ГБОУ ВПО "Курский государственный медицинский университет"

Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Кафедра философии

Реферат

по дисциплине: Биоэтика

Пересадка органов от трупа

Выполнила: Студентка 3курса 3 группы

фармацевтического факультета

Курск

2012

**Введение**

Внимание к этическим вопросам неизменно сопутствует медицинской науке и практике на протяжении всей истории их существования. Однако в последние годы оно особенно обострено в связи с развитием интенсивной терапии, клинической трансплантации органов и тканей, репродуктивных технологий, медицинской генетики и т. п.

Со времен Гиппократа к основным этическим понятиям относятся: долг, человеколюбие, любовь к своей профессии. С нашей точки зрения, нет ничего более неизменного, чем эти понятия врачебной этики. Изменение, или "трансформация" этих понятий, будет означать лишь одно — катастрофическое вырождение медицины, потерю кардинальной ориентации в решениях и действиях врача на "благо" и "добро". Как правило, эта потеря проявляется не в форме прямого нигилистического отказа от "добра", а в форме трансформации понятия "добро", в ходе которой оно наполняется вполне конкретным смыслом "частного интереса" весьма ограниченной группы людей. С нашей точки зрения, в современной медицинской литературе, посвященной, к примеру, этическим проблемам клинической трансплантации органов и тканей человека, все большее распространение получает эта весьма опасная тенденция, отдающая приоритет "частному интересу" над "добром" как "универсальным благом".

Этика является системой знания о человеческих взаимоотношениях. Понятие "доброе действие", "добро" под углом зрения этого определения весьма конкретно: оно предполагает учет воли и интересов всех участников взаимодействия и взаимоотношения. Специфика "этического" в трансплантации заключается в наличии трехсторонних отношений: реципиент — донор — врач. Информированное согласие на трансплантацию необходимо иметь не только от реципиента, но и от донора, который при жизни дал свое согласие на донорское использование своего тела после смерти. Это согласие или несогласие необходимо выполнять. В этом заключается уважение к человеческой личности, которое не ограничивается относительным временем жизнеспособности тела, но заключается в способности сохранения памяти о воле, желаниях, идеях, мыслей личности.

Признаком развитого общества является нравственная неспособность врачей нарушить право человека на волеизъявление и на согласие в любой форме: или украдкой, или лишь предполагая наличие согласия, или допуская в качестве руководящей и все оправдывающей идеи демагогическое суждение — "смерть служит продлению жизни". Продлению жизни человека служит осознанная, а не предполагаемая воля другого человека спасти человеческую жизнь. Именно такая нравственная воля, отражаясь в гражданском законодательстве, может стать преградой на пути не только к предполагаемым, но и реальным нравственным и юридическим преступлениям, которые вызываются "к жизни" и являются неизбежным следствием "существенных трансформаций" понятий морали и этики.

# 1. Моральные проблемы пересадки органов и тканей от трупов

В современной медицинской литературе, посвященной этическим проблемам клинической трансплантации органов и тканей человека, все большее распространение получает эта весьма опасная тенденция, отдающая приоритет "частному интересу" над "добром" как "универсальным благом".

Согласно Закона РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека" трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан и должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом, при этом интересы человека должны превалировать над интересами общества или науки.

Такие выдающиеся открытия, как изобретение, например, шприца и игл, или использование рентгеновского излучения, или открытия микробиологии и бактериологии, и даже формирование "эры антибиотиков", не сопровождались созданием и принятием новых законодательных актов. Это свидетельствует о том, что выход трансплантации на уровень "физического" управления смертью человека является не узкоспециальным, частным медицинским вопросом, но серьезной социокультурной проблемой.

Физиологии, философии и религии давно известно, что естественная смерть есть не мгновенный акт, а относительно длительный процесс. Биологическая смерть определяется как "состояние необратимой гибели организма" и традиционно исчисляется единством трех признаков: прекращением сердечной деятельности (исчезновение пульса на крупных артериях; прекращение биоэлектрической активности сердца); прекращением дыхания; исчезновением всех функций центральной нервной системы. В 1959 году французские невропатологи П.Моллар и М.Гулон описали состояние запредельной комы, что было началом становления концепции "смерти мозга".

В течение 20 лет вопрос о тождестве понятий "биологическая смерть" и "смерть мозга" не стоял. В 80-е годы под влиянием целей и задач трансплантологии начинается процесс сближения этих понятий. Н.В. Тарабарко констатирует, что в 80-х годах "концепция смерти мозга как биологической смерти индивидуума применительно к задачам трансплантации было законодательно закреплено во многих странах". В России еще в 1984 году Большая Медицинская Энциклопедия фиксировала: "Понятие "смерть мозга" не идентично понятию "биологическая смерть", хотя наступление биологической смерти в этих случаях неизбежно".

Но уже в 1993 году в Приложении к Приказу Минздрава РФ от 10.08.93 № 189 — Инструкции по констатации смерти мозга человека на основании диагноза смерти мозга — говорится: "Смерть мозга эквивалентна смерти человека".

Трудно не согласиться с конкретной оценкой подобного и весьма условного отождествления, как с "исключительно прагматической констатацией конца жизни". Если общество принимает "прагматическую смерть мозга", то нет оснований не придерживаться аналогичной логике и при решении вопроса об искусственном поддержании умершего в его жизненных функциях до тех пор, пока его органы не станут необходимы, и лишь после "забора" или "изъятия" (опять же искусственно) обеспечить смерть, теперь уже биологическую. "Прагматический" исход трансплантации в значительной степени способствует формированию у медицины, наряду с традиционно здравоохранительной, новой функции — смертеобеспечения. А это, в свою очередь, равнозначно принципиальной переоценке отношения общества к медицине и здравоохранению, пациента к врачу, переосмыслению традиционного социального доверия к этической безупречности врачевания.

В настоящее время трансплантация — одно из направлений практического здравоохранения.

Пока трансплантологические операции исчислялись единицами и носили экспериментальный характер, они вызывали удивление и даже одобрение. 1967 год — год, когда К. Бернардом была произведена первая в мире пересадка сердца. За ней в течение 1968 года была произведена еще 101 подобная операция. Эти годы называли в прессе временем "трансплантационной эйфории". Она была вызвана не только профессиональной уникальностью подобных операций. Пересадка сердца, как никакое другое достижение современной культуры, с особой остротой поставила перед ней блок философско-антропологических проблем: что такое человек? что определяет личность? в чем заключаемся человеческая самоидентичность?

Расширение практики трансплантологии не снимает антропологическую "остроту" и сопровождаемся усилением этико-правовой напряженности вокруг этого вида медицинской деятельности. Среди многочисленных видов и подвидов морально-этических вопросов, которые сопровождают буквально каждую трансплантологическую операцию, можно выделить следующие: можно ли говорить о сохранении права человека на свое тело после смерти? каков морально-этический статус умершего человека? возможно ли научно обоснованное донорство? морально ли продление жизни одних людей за счет других? обладает ли смерть этическим смыслом? Один из способов нахождения ответов на эти вопросы заключается в обращении к истории трансплантации.

## 

## 1.1 История трансплантации

Историки медицины не случайно выделяют в истории трансплантации начало собственно научной трансплантации, датируя его ХIХ веком.

Первые исследования по проблемам трансплантации историки медицины связывают с итальянским доктором Г. Баронио, немецким врачом Ф. Райзиндером. Особое внимание уделяется деятельности по созданию костно-пластической хирургии Н.И. Пирогова. Нельзя не упомянуть и о первой диссертации П. Берта (1865) на тему "О трансплантации тканей у животных".

Исследователи Е.К. Азоренко и С.А. Позднякова разделяют развитие трансплантологии на два этапа. На первом этапе трансплантация предполагало удаление хирургическим путем патологических изменений тканей и аутопластику. Второй этап связан с собственно "гомотрансплантацией", т.е. заменой утратившего функциональность органа новым (будь-то почка, сердце, легкие). Значимыми вехами второго этапа являются экспериментальные пересадки почки А. Карреля; первая ксенотрансплантация почки (от свиньи) Е. Ульмана (1902); первая в мире пересадка кадоверной почки (от трупа так называемая аллотрансплантация) Ю.Вороным (1931); первая имплантация искусственного сердца В. П. Демиховым (1937); первые успешные пересадки почки от живых доноров в клинике Д. Хьюма (1952); разработка действующей модели искусственного сердца для клинических целей У. Колффом и Т. Акуцу (1957); первая в России успешная пересадка почки в клинике Б. Петровским (1965); первая в мире пересадка сердца от человека к человеку К. Бернардом (1967); публикация "гарвардских" критериев "смерти мозга" (1967); организация Евротрансплантата В.Роодом для обмена органами по тестам гистологической совместимости (1967); создание НИИ трансплантации органов и тканей АМН СССР Г. Соловьевым (1967); первая в России успешная пересадка сердца в клинике В.Шумаковым (1986); принятие Верховным Советом РФ Закона "О трансплантации органов и (или) тканей человека" (1992).

Рассматривая историю трансплантации, не случайно останавливаются на проблеме переливания крови. Переливание крови как обеспечение "переноса жизни" является логическим началом теории и практики пересадки органов и тканей. Но можно говорить не только о логической связи между трансплантацией и переливанием крови, но и о связи конкретно-исторической. Исследователи В. Прозоровский, Л. Велишева, Е. Бурштейн, Ч. Гусейнов, И. Воронова, А. Сокольский, А. Ульянов констатировали: "Развитию современной проблемы трансплантации органов послужило оригинальное открытие русских хирургов — переливание трупной крови. Это явилось толчком к созданию первого советского законодательства о праве изъятия у трупов крови, костей, суставов, кровеносных сосудов и роговиц".

## 1.2 Этико-правовые принципы трансплантации человеческих органов

С 1937 по 1992 годы в России действовало Постановление Совнаркома "О порядке проведения медицинских операций", согласно которому тела сограждан после смерти становились как бы собственностью государства и практически автоматически обслуживали "интересы науки и общества". Еще в 1980 году историки медицины констатировали: "Широкое применение в клинической практике кадаверных (трупных) тканей и органов составляет неоспоримый приоритет советской медицины". Этот "приоритет" основывался на отрицании права человека распоряжаться своим телом после смерти, что является естественным следствием прагматическо-материалистического понимания человека. Согласно этой позиции, со смертью человека теряют силу и все его права, так как он перестает быть субъектом воли, право и требований (тем более, если он, в силу определенных исторических условий, не получил возможность стать субъектом права и при жизни).

В 1992 году законодательство России в сфере медицины было приведено в соответствие с принципами защиты прав и достоинства человека, разработанными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Основная позиция ВОЗ по вопросу о праве человека на свое тело после смерти сводится к признанию этого права по аналогии права человека распоряжаться своей собственностью после смерти.

Основываясь на рекомендациях ВОЗ Закон РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека" вводит презумпцию согласия (неиспрошенное согласие), согласно которой забор и использование органов из трупа осуществляется, если умерший при жизни не высказывал возражений против этого, или если возражения не высказывают его родственники. Отсутствие выраженного отказа трактуется кок согласие, т. е. каждый человек практически автоматически превращается в донора после смерти, если он не высказал своего отрицательного отношения к этому.

"Презумпция согласия" является одной из двух основных юридических моделей регулирования процедурой получения согласия на изъятие органов от умерших людей.

Согласно раздела 2 "Изъятие органов и (или) тканей у трупа для трансплантации" Закона РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека":

Статья 8. Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей

Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

Статья 9. Определение момента смерти

Органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов.

Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития.

В диагностике смерти в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею.

Статья 10. Разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа

Изъятие органов и (или) тканей у трупа производится с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего Закона.

В том случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа должно быть дано также судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

Второй моделью является так называемое "испрошенное согласие", которое означает, что до своей кончины умерший явно заявлял о своем согласии на изъятие органа, либо член семьи четко выражает согласие на изъятие в том случае, когда умерший не оставил подобного заявления. Доктрина "испрошенного согласия" предполагает определенное документальное подтверждение "согласия". Примером подобного документа являются "карточки донора", получаемые в США теми, кто высказывает свое согласие на донорство. Доктрина "испрошенного согласия" принята в законодательствах по здравоохранению США, Германии, Канаде, Франции, Италии. При этом специалисты полагают, что принцип "презумпция согласия" является более эффективным, т. е. более соответствует целям и интересам клинической трансплантации. Российские же трансплантологи считают, что "процесс получения согласия на изъятие органов по-прежнему является в нашей стране основным фактором, сдерживающим развитие (расширение) донорства". Прямое обращение врачей к пациенту или его родственникам ("испрошенное согласие") в силу культурно-исторических особенностей России, как правило, ответного движения не вызывает (одни исследователи называют это "недостаточной цивилизованностью", а другие — "нравственной чуткостью"). В то же время принятие врачом "решения о "неиспрошенном согласии" в условиях почти полной неинформированности населения по правовым вопросам органного донорства может иметь в дальнейшем негативные последствия для должностного лица со стороны родственников умершего".

Тем не менее, в современной медицине продолжается процесс расширения показаний к различным видам пересадок, что является одним из объективных оснований того, что одной из устойчивых особенностей современного общества становится "дефицит донорских органов". Состояние "дефицита донорских органов" — это хроническое несоответствие между их "спросом" и "предложением". В любой момент времени приблизительно 8000-10000 человек ожидают донорский орган. Это заставляет специалистов-трансплантологов искать, определять и прокладывать "пути" к стабильным источникам донорского материала. Один из путей приводит к необходимости определения "момента смерти", что значительно расширит, с точки зрения специалистов, возможности получения органов для трансплантации. Еще одним путем становится "ранняя констатация смерти мозга" и выявление "потенциальных доноров".

Эти два пути — движение в направлении к прагматическому отношению к смерти человека, с возможностью недопустимых для общества последствий, например, к утверждению прагматико-потребительного отношения к человеку, тело или части тела которого становятся объектом коммерческих сделок. С тенденциями коммерциализации трансплантации связан запрет на куплю-продажу органов и (или) тканей человека, зафиксированный в статье 1 Закона РФ "О трансплантации", что лишь свидетельствует о реальности этих процессов. Характерно, что сами трансплантологи на основании несложных расчетов приходят к выводу: "Приобретение и использование живых почек и роговиц оказывается значительно доходнее, чем промышленное предпринимательство". Формой противостояния коммерциалицации трансплантации является запрет на трансплантацию донорских органов от живых неродственных индивидуумов в Законе "О трансплантации".

Трансплантация органов от живых доноров не менее проблематична в этическом плане, чем превращение умершего человека в донора. Нравственно ли продлевать жизнь на какое-то время ценою ухудшения здоровья, сознательной травматизации и сокращения жизни здорового донора? Гуманная цель продления и спасения жизни реципиента теряет статус гуманности, когда средством ее достижения становится нанесение вреда жизни и здоровью донора.

Не менее драматичными являются ситуации дефицита донорских органов.

Относительно проблемы выбора между получателями донорских органов российскими специалистами принимаются два общих правила. Одно из них гласит: "Приоритет распределения донорских органов не должен определяться выявлением преимущества отдельных групп и специальным финансированием".

Второе: "Донорские органы должны пересаживать наиболее оптимальному пациенту исключительно по медицинским (иммунологическим) показателям".

Определенной гарантией справедливости при распределении донорских органов является включение реципиентов в трансплантологическую программу, которая формируется на базе "листа ожидания" регионального или межрегионального уровня. Реципиенты получают равные права на соответствующего им донора в пределах этих программ, которыми предусмотрен также обмен донорскими трансплантантами между трансплантационными объединениями. Обеспечение "равных прав" реализуется через механизм выбора сугубо по медицинским показаниям, тяжестью состояния пациента-реципиента, показателям иммунологической или генотипической характеристик донора. К известным трансплантационным центрам относятся Евротрансплантант, Франстрансплонт, Скандиотрансплант, Норд-Италия-трансплант и др. Оценивая такую систему распределения органов как гарантию от всевозможных злоупотреблений, рекомендация по созданию "системы заготовки донорских органов на региональном или национальных уровнях" оценивается кок одно из общих этических правил.

## 1.3 Либеральная позиция

Либеральная позиция сводится к оправданию, обоснованию, пропаганде трансплантации как нового направления в медицине. В качестве характерного примера либерального обоснования донорства может быть приведена концепция "физиологического коллективизма", разработанная в 20-е годы А. Богдановым, организатором первого в мире Института переливания крови. Согласно этой концепции, донорство — это не только новая этическая, но и социальная норма, а переливание крови — один из способов "братания людей" (буквального) и создания из отдельных индивидуумов общества как (опять же буквального) "единого социального организма".

Современные трансплантологи не создают утопических концепций, но стремятся выйти на уровень этических правил и норм своей деятельности.

Различные формы рекомендаций и правил, которые принимают специалисты-трансплантологи в границах либеральной позиции, имеют своим фундаментальным основанием два принципа антропоцентризма. Первый касается натуралистическо-прагматического понимания человека, второй — конечности жизни (отрицания бессмертия души).

Расширение практики трансплантации либеральные идеологи связывают с преодолением "мифического отношения к сердцу, как вместилищу души" и символу человеческой идентичности, с преодолением отношения к смерти как "переходному состоянию". Они видят прямую связь между прогрессирующим развитием трансплантации и преодолением общественного психологического барьера в виде традиционно-религиозной культуры с ее системой ритуалов и отношением к смерти. Они полагают, что успех трансплантологии возможен только в условиях "развитого и подготовленного общественного мнения, признающего безусловность гуманистических ценностей по всему кругу вопросов практики трансплантации органов". Среди безусловных гуманистических ценностей особо выделяются следующие три: "добровольность, альтруизм, независимость".

Особое место в либеральной биоэтике занимает понятие "анатомические дары". Подчеркивая "дарственность", т. е. безвозмездность "анатомических даров", либеральная биоэтика пытается преодолеть и исключить возможные экономические мотивы данного поступка. Включение любой формы экономического расчета означает потерю ценностно значимого, нравственного статуса "дарения". Тем не менее либеральная биоэтика представлена и попытками объединения "экономической выгоды" и "гуманности". Широко известен аргумент, что высокая цена органов, которую в состоянии заплатить предприниматели, обеспечит донорам стран "третьего мира" нормальный уровень жизни и спасет многих людей от голода. В ряду подобных аргументов оказывается и следующее суждение: "Не должна запрещаться оплота разумных расходов за медицинские услуги, связанные с предоставлением донорского органа (но не за орган)".

"Разумность расходов" и гуманность целей трансплантации могут не вызывать сомнений. Но средства ее реализации, предполагающие экономические отношения по типу "купли-продажи", включая и их превращенные формы ("дарение"), с неизбежностью умаляют ее этический смысл. Кантовский критерий этичности — рассмотрение человека как "цели", а не как "средства" — несоразмерен с подобной экономической разумностью и целесообразностью. Именно кантовский критерий этичности положен в основание статьи 1 Закона РФ "О трансплантации", где четко оговорено: "Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи".

В Предисловии "Руководству по трансплантологии" академик В.И. Шумаков ставит задачу организации "научно обоснованной пропаганды донорства". Токая постановка задачи, в контексте либерализма, чревато возможностью иметь своим следствием какой-нибудь новый вариант богдановского "физиологического коллективизма". Стремление науки научными средствами обосновать донорство не вполне корректно. Обоснование донорства — не задача науки, будь то физиология, биология, химия, генетика и т. п. Обоснование донорства — это задача этики, в том числе этики религиозной. Об этом свидетельствует все то же понятие "дарение органов", которое по сути дела представляет собой попытку трансформации традиционно-религиозной идеи жертвы.

## 

## 1.4 Консервативная позиция

Консервативная позиция менее всего склонна содействовать тому, чтобы современная российская наука вновь вставала на исхоженный советским атеизмом вдоль и поперек тупиковый путь противопоставления науки и веры. Сегодня естествознание получило возможность понять, что действительное различие между наукой и верой является условием их самоценности, и осознать, насколько произвольно и упрощенно их "воинственное" взаимоисключение.

В православном Символе Веры утверждается вера в Воскресение мертвых. Вопрос, включает ли "оживление костей" воссозданию целостности тела, которое стало жертвой трансплантологической практики, является предметом веры. И какую бы научную форму не принимал атеизм, он также обречен всего лишь на веру, правда атеистическую, в невозможность Воскресения мертвых, так как никакими научными доказательствами атеизм не располагает и располагать не может. Путь противопоставления одной веры другой — бесперспективен для сторонников и идеологов "научно обоснованного донорства". Реальные же возможности обоснования донорство заключены не в науке, а в самой религии.

Все мировые религии сохраняют почтительное отношение к телу покойного. К сожалению, понимание смерти в натуралистическо-материалистическом мировоззрении порождает весьма типичное к ней отношение. Оно проявляется, например, в следующей рекомендации врачам и сестрам, которые находятся в состоянии "эмоционального раздвоения" в своем восприятии человека с диагнозом смерти мозга как определенной личности: "В таких случаях надо четко осознавать: при смерти мозга пациент перестает быть человеческой индивидуальностью".

Христианская позиция, которую ясно выразил профессор богословия В. И. Несмелов, исходит из того, что физическая смерть — не столько переход в новую жизнь, сколько "последний момент действительной жизни". Понимание смерти как пусть последней, но "стадии жизни", как "личностно значимого события", отношение к которому — это область человеколюбия, область собственно нравственного отношения между человеком умершим и человеком живым, в частности, между умершим больным и врачом как субъектом нравственных отношений.

В христианстве мертвое тело остается пространством личности. Почтение к умершему непосредственно связано с уважением к живущему. Утрата почтения к умершему, в частности, нанесение повреждений "телу, влечет за собой потерю уважения к живущему. Прагматическое использование трупов в медицине, как правило, влечет за собой усиление потребительского отношения к человеку. Это проявляется в устойчивой и, к сожалению, неизбежной тенденции коммерциализации медицины. Закон Российской Федерации "О трансплантации органов и тканей" запрещает куплю-продажу человеческих органов и тканей, что как нельзя более убедительно свидетельствует о реальности подобных сделок, создавая при этом новый набор "мотивов" и для так называемых преднамеренных убийств, и для легализации производства поздних абортов кок единственного "источника" фетальных тканей. Остальные ткани — это человеческие эмбрионы, извлеченные в результате прерывания беременности но поздних сроках (16-22 недели). Появление Постановления Правительства РФ 1996 года о введении расширенного перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности сроком до 22 недель было связано со стремительным развитием такого вида трансплантации, как фетальная, использующая зародышевые ткани человека. По данным директора Международного института биологической медицины проф. Г. Т. Сухих, в его институте "собран самый крупный в мире банк фетальных тканей". Этот самый крупный в мире сбор — результат опережающего все мировые показатели количества абортов, в том числе и поздних сроков беременности, производимых в России. Новые "возможности" и методики новы прежде всего тем, что работают вне каких-либо границ, определяемых традиционной моралью и этикой.

Архиерейский Собор 2000 года подтвердил отрицательное отношение к фетальной терапии православной общественности и Церковно-общественного Совета по биомедицинской этике: "Безусловно недопустимым Церковь считает употребление методов так называемой фетальной терапии, в основе которой лежат изъятие и использование тканей и органов человеческих зародышей, абортированных но розных стадиях развития, для попыток лечения различных заболеваний и "омоложения" организма. Осуждая аборт как смертный грех. Церковь не может найти ему оправдания и в том случае, если от уничтожения зачатой человеческой жизни некто, возможно, будет получать пользу для здоровья. Неизбежно способствуя еще более широкому распространению и коммерциализации абортов, такая практика (даже если ее эффективность, в настоящее время гипотетическая, была бы научно доказана) являет пример вопиющей безнравственности и носит преступный характер".

Перечисленные "явления" вопиют о том, что даже такая фундаментальная цель, как лечение и спасение человеческой жизни, требует обеспечения множества условий, среди которых — свобода и добровольность, т. е. ценности, которые неотделимы от самопожертвования. " ...Посмертное донорство органов и тканей может стать проявлением любви, простирающейся и по ту сторону смерти. Такого рода дарение или завещание не может считаться обязанностью человека. Поэтому добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости эксплантации. В случае, если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившись при необходимости к его родственникам".

Донорские органы и ткани усвояются воспринимающему их человеку (реципиенту), включаясь в сферу его личностного душевно-телесного единства. Поэтому ни при каких обстоятельствах не может быть нравственно оправдана токая трансплантация, которая способна повлечь за собой угрозу для идентичности реципиента, затрагивая его уникальность как личности и как представителя рода. Об этом условии особенно важно помнить при решении вопросов, связанных с пересадкой тканей и органов животного происхождения".

В православной этической традиции никогда не шла речь о том, что нельзя жертвовать собою во имя спасения жизни человека. Напротив, "нет больше той любви, как если кто положит душу свою за друзей своих". Само жертвенная смерть Спасителя является неоспоримым свидетельством этической ценности самопожертвования. Но самопожертвование кок сознательное и добровольное действие человека исключает любое воздействие внушения и насилия. Определенным видом нравственного "насилия", с нашей точки зрения, может стать превращение человеческой способности к жертвенности в обязательную норму, или жесткое правило, или новый критерий гуманности.

Практика трансплантации органов вышло сегодня из узкоэкспериментальных рамок на уровень обычной медицинской отрасли. Найти, понять и принять меру сотворчества Бога и человека в спасении жизни - это действительно непростая задача разумного отношения к этическим проблемам трансплантации. Но путь разума, и особенно разума нравственного, не исключает, о, напротив, предполагает и запреты, и самоограничение. Для религиозной нравственной философии очевидно, что все разумное имеет свои пределы, беспредельны только глупость и безумие.

## 1.5 Моральные проблемы трансплантологии

Моральные проблемы получения органов от живых доноров

Этические проблемы трансплантологии существенно различаются в зависимости оттого, идет ли речь о заборе органов для пересадки у живого человека или из тела умершего.

В данной работе рассматриваются моральные проблемы пересадки органов и тканей от трупов.

Использование трупа человека в качестве источника органов для пересадки вызывает целый спектр непростых моральных проблем. Все мировые религии запрещают нанесение повреждений телу умершего человека, предписывают бережное и почтительное отношение к нему. Со светской, секулярной точки зрения смерть человека не обрывает действенности его воли в отношении того, что ему принадлежит. Завещание представляет собой особую форму волеизъявления, которая как бы продлевается за черту, отделяющую жизнь человека от смерти. Также признается, что любой акт надругательства над телом покойного является предосудительным поступком, оскорбляющим его память. Иными словами, как для религиозного, так и для светского сознания мертвое тело обладает особым моральным статусом и предполагает определенные нормы, регулирующие обращение с ним. Целесообразно выделить несколько групп проблем, возникающих при пересадке органов от трупа:

1. Моральные проблемы процедуры забора органов (принципы информированного согласия, презумпции согласия и рутинного забора);

2. Проблема справедливости в распределении между потенциальными реципиентами дефицитных ресурсов (органов и тканей) трансплантологии:

3. Этические проблемы, связанные с торговлей человеческими органами и тканями в трансплантологической практике

Концепция смерти мозга была разработана в неврологии независимо от целей и потребностей трансплантологии. Однако именно для трансплантологов концепция мозговой смерти открыла широчайшие возможности, недоступные при использовании традиционных легочно-сердечных критериев смерти. Не случайно поэтому, что именно в с вязи с развитием трансплантологии эта проблема подверглась всестороннему обсуждению с этической и правовой позиции.

Среди них центральное место занимает вопрос о надежности диагностики смерти мозга. Он почти целиком входит в рамки профессиональной компетенции неврологов и становится моральной проблемой тогда, когда речь заходит о доверни населения к достоверности и качеству практического использования этих процедур перед принятием решения о заборе органов для трансплантации.

Неинформированность населения о мерах, осуществляемых органами здравоохранения по обеспечению надежности применения процедур постановки диагноза смерти мозга, создает благоприятную почву ил я необоснованных обвинений, распространения слухов и, в целом, подрывает общественное доверие в отношении деятельности медиков в области трансплантологии.

Важнейшим принципом, который охраняет процедуры диагностики смерти мозга от влияния корыстных интересов "заготовителей" органов и тем самым обеспечивает их надежность, является организационная и финансовая независимость медицинских учреждений, осуществляющих диагностику и забор органов, от трансплантологов.

# Заключение

В результате написания контрольной работы была изучена нормативно-правовая документация, касающаяся проблем трансплантологии; изучить этические проблемы трансплантологии и дан анализ моральных проблем пересадки органов и тканей от трупов.

Были сделаны следующие выводы.

Трансплантация – это замещение поврежденных или отсутствующих тканей или органов собственными тканями либо тканями и органами, взятыми из другого организма. Возможность подобного рода операций волновала умы человечества на протяжении многих столетий. Первые исследования и научные публикации по вопросам трансплантации были произведены еще в середине 19 века. А в 20 веке уже появились первые операции по трансплантации, достигнуты первые успехи. Современная трансплантология, в условиях всестороннего развития медицины, получила широкое распространение, однако многие вопросы в этой области и по сей день не нашли своего разрешения.

Сложность вопроса заключается в тесном сочетании 2-х критериев – медицинского и юридического. То есть, помимо непосредственно медицинских "технических" вопросов, таких, как устранение биологической несовместимости тканей, разработка и реализация способа выполнения пересадки, установление момента изъятия органов и тканей с точки зрения биологической целесообразности и некоторых других, существует масса юридических аспектов.

В условиях современного положения в нашей стране первой, наиболее острой моральной проблемой, которая с необходимостью возникает при обсуждении ситуаций в трансплантологии, является вопрос об оправданности развития трансплантологии как таковой. Пересадки органов - это дорогостоящие хирургические операции, которые потребляют значительные ресурсы здравоохранения. В условиях острой нехватки в российских больницах зачастую самых элементарных лекарственных средств, инструментария и оборудования морально ли тратить столь скудные ресурсы для спасения жизни незначительному числу граждан, если другие пути их использования в системе практического здравоохранения позволят вылечить и спасти большее число людей.

Актуальность проблемы пересадки органов в клинической практике обусловлена и тем, что в каждом случае она связана с решением судеб двух людей – донора – человека, который может отдать свои органы или ткани для пересадки – и реципиента – лица, нуждающегося в такой пересадке.

Трансплантология ставит перед законодателем и обществом ряд проблем, касающихся как донора и его личной неприкосновенности, так и реципиента и статуса самого трансплантанта. При этом наблюдается определенное запаздывание разработки соответствующих законодательных актов по отношению к развитию трансплантологии, разработке новых источников и технологий получения трансплантантов. Ситуацию также осложняет коммерциализация в здравоохранении, которая требует как определения условий возмездного донорства, так и более тщательной защиты прав донора и реципиента.

**Список использованных источников**

1. Закон Р "О трансплантации органов и (или) тканей человека". [Закон РФ Ф от 22.12.1992 N 4180-1 : по состоянию на 29 октября 2007 г.] // Российская газета. – 2007.
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [ утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1 : по состоянию на 30 декабря 2008 г.] // Российская газета. – 2008.
3. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: "Грантъ", 2001. – 192с.
4. Силуянова И.В. О сущности этических проблем современной медицины / Журнал "Медицинское право и этика", № 4, - 2000. - с.50-54.
5. Биоэтика: вопросы и ответы / Под ред. Б.Г.Юдина, П.Д.Тищенко. – М.: Прогресс- Традиция, 2005. – 63с.
6. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика: Пер. с англ.: Учебное пособие для вузов. Под ред. Ю.М.Лопухина, Б.Г.Юдина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 400 с.
7. Сгречча Элио, Тамбоне Виктор. Биоэтика: Учебник. Пер. с итал. – М., 2001. – 415с.
8. Уильямс Джон Р. Руководство по медицинской этике: Пер. с англ.: русское издание под ред. Ю.М.Лопухина, Б.Г.Юдина, Л.А.Михайлова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 126 с.
9. Правовые и морально-этические проблемы трансплантации органов и тканей человека / Э.Ф. Мунасыпова // Доклад на Международной студенческой научной конференции ЁГлобализация и право: Общепризнанные принципы и нормы национального законодательства – www.law.edu.ru.