**Министерство здравоохранения Республики Коми**

**Коми филиал Кировской Государственной Медицинской Академии**

**Кафедра гуманитарных и социальных наук**

**Дисциплина: Правоведение**

**РЕФЕРАТ**

*Правовые аспекты трансплантологии и реаниматологии*

**Выполнил: Стариков Александр Сергеевич 207 гр.**

**Проверил: Наумов Эдуард Сергеевич.**

Сыктывкар 2003

**Содержание:**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение | 3 |
| Проблема трансплантации органов | 3 |
| Правовые принципы трансплантологии | 5 |
| Взятие органов и тканей от живого человека | 10 |
| Взятие органов и тканей от трупов | 13 |
| Состояние отечественной трансплантологии | 14 |
| Правовое регулирование реанимации  | 17 |
| Заключение | 19 |
| Список литературы  | 20 |

**Введение:**

Несомненно, что трансплантация органов и тканей человеческого тела есть значительный успех современной медицины. Трансплантация на данном этапе — это комплекс как медико — биологических мероприятий, включающий в себя решение таких проблем, как

— устранение биологической несовместимости тканей,

— разработка техники выполнения пересадки органов и тканей,

 — установление момента изъятия органа,

так и уголовно - правовых и морально — этических, направленных на охрану прав донора и пациента, на предупре­ждение возможных злоупотреблений со стороны медицинских работников.

**Проблема трансплантации органов**

Связана с многими вопросами, имеющими отношение к этике и праву. Специфичным здесь является то, что они касаются всегда двух лиц — донора и реципиента. Помимо вопроса об оправданности или неоправданности трансплантации органов как терапевтической пробы (эксперимента), при этом возникают и другие про­блемы, связанные с вопросом об оправданности применения органа живого донора, далее — с проблематикой пересадки органов от трупа, что влезет за собой целый ряд проблем, касающихся многих медицинских и этико-правовых вопросов.

Первый этико-правовой вопрос касается оправданности или неоправданности трансплантаций жизненно важных ор­ганов в клинике. Основной чертой проблематики трансплан­тации органов с клинической точки зрения является большая дифференциация. Еще 15 лет назад пересадка почек в клинике оценивалась как биологический эксперимент, ибо здесь пре­обладал интерес чисто научного дознания, позже уже стало возможным говорить о терапевтическом эксперименте. Со­стояние на сегодняшний день дает нам право видеть в трансплантации почек не лечебный эксперимент, а лечебный метод. В период биологического эксперимента возникли сомнения (с этической и правовой точек зрения) относительно его оп­равданности, которые были опровергнуты, так как, например, большую действенность иммунодепрессии у человека по сравнению с результатами, полученными у подопытных жи­вотных, нельзя было выявить ничем иным, как проверкой в клинике. Точно так же сведения об обратимости криза от­торжения, о том, что этот синдром поддается лечению, можно было получить только при изучении человеческих трансплантатов. Сомнения в оправданности трансплантации почек, имевшие место в период, когда эти операции являлись тера­певтическим экспериментом, постепенно рассеивались по мере того, как улучшались результаты. В настоящее время эта проблема превратилась в необходимость ввести транспланта­цию в широкую практику, несмотря на различные, особенно организационные, трудности, вытекающие из специфичности пересадок органов.

Что касается других органов, с точки зрения этики и права, здесь положение совсем иное. Трансплантация этих органов находится где-то между биологическим и терапевтическим экспериментом. Можно лишь согласиться с Starzl и другими авторами, подчеркивающими, что подобные эксперименты оправданы лишь в тех медицинских учреждениях, где имеется большой опыт ее не только по трансплантациям органов, но и по клинической пересадке почек. Только там есть гарантия, что вмешательства будут выполняться с достаточным знанием общей трансплантационной проблематики, т.е. иммунодепрессии, консервации и взятия органов и т.п. . Другой подход к этой проблеме может лишь повредить дальнейшему разви­тию трансплантации органов. Примером может послужить история клинической трансплантации сердца. Под влиянием нездоровой кампании ажиотажа, поднятой вокруг этого вме­шательства, его стали выполнять и в таких медицинских учреждениях, у которых не было опыта по трансплантационной проблематике. Мировая статистика закономерно заставила прийти к заключению, что попытки, связанные с трансплан­тацией сердца, следует прекратить, хотя в некоторых, клиниках получены результаты, приближающиеся по эффективности к таковым при пересадке почек.

Если обобщить современное состояние проблематики трансплантации органов, то можно сделать вывод, что тре­бование о введении трансплантации почек в клинику возможно в большем объеме, является этичным, но, с другой стороны, этичным является и требование о введении транс­плантаций других .органов в клинику с возможно большей осторожностью.. Не исключено, конечно, что такая этическая позиция по отношению к трансплантации будет с течением времени изменяться и развиваться аналогично отношению, имевшемуся к проблеме трансплантации почек, т.е. в направ­лении: биологический эксперимент —> терапевтический экс­перимент ~~> клинический метод.

Другой вопрос относится: к взятию почек от живых доно­ров. Общепризнанным является мнение о правомочности до­норства почки Считается, что каждый человек имеет право пожертвовать собой в пользу своего ближнего, который, в противном случае, был бы приговорен к смерти. Поступок, направленный на спасение человека, считается проявлением наивысшей этичности. Однако, при этом учитываются два основных условия: донорство должно быть безвозмездным, а принятие решения — добровольным, без принуждения. В настоящее время характерным является отклонение от этого способа, что вызвано улучшающейся результативностью взятия органов от мертвых. Врач при этом избавляется от реше­ния иногда сложной дилеммы: соглашаться ли с донорством почки, которую предлагает живой человек. Донор в таких случаях подвергает себя риску, что же касается врача, то его гнетет моральный запрет, ибо он проводит вмешательство не в пользу оперированного.

Во всем мире наблюдается тенденция отклонения от взятия почек от живых доноров, хотя она не всюду проявляется рав­номерно. В некоторых клиниках, например в США, все же преимущественно трансплантируют почки от добровольцев. В Чехии трансплантации почек от живых допоров почти прекратились. Можно сказать, что практически они выполнялись лишь в двух ситуациях: во-первых, если речь шла о HLA-идентичных родственниках (брат и сестра, сестра и сестра, брат и брат) и, во —вторых, когда донор прямо требовал про­ведения вмешательства. Но и в таких случаях, критерии к его выполнению очень строги. Очень тщательно следует разобраться в полноте свободного принятия решения о донорстве, что необходимо для признания его правомочным. Нередко такое решение принимается под моральным давлением ос­тальных членов семьи, а у донора остаются определенные сомнения. Мировой опыт показывает, что именно в таком положении часто оказываются взрослые ближайшие родст­венники, имеющие собственные семьи. Хотя здесь л имеется 25%-ная вероятность обнаружения идентичности HLA--системы, но одновременно не меньшей будет вероятность того, что произойдет столкновение интересов "старой" и мо­лодой семьи.

Большое количество этических и правовых вопросов связано с проблематикой взятия органов от трупов. Прежде всего, возникает вопрос: правомерно ли применять в лечеб­ных целях ткань из тела умершего? Подход к этому вопросу в законодательстве России в последние годы определился, он принципиально отличается от такового в законодательствах капиталистических стран, например США. Существующая в РФ правовая норма позволяет применять в медицинских це­лях, для охраны здоровья, граждан трупные ткани и органы.

**Правовые принципы трансплантологии**

Конституция РФ провозглашает право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст.41). Основами Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан это право гарантируется (ст.1) и обеспечивается государст­венной (ст. 12,13) и частной (ст. 14) системами здравоохранения,

Право граждан на медицинскую помощь (ст.20) при забо­леваниях, утрате трудоспособности и в иных случаях гаран­тировано как оказанием первичной (ст. 33), скорой (ст.39) и специализированной (ст.40) Медицинской помощи, так и раз­решением биомедицинских исследований (ст.43) с запреще­нием эвтаназии (ст. 45). Основами предусмотрено изъятие органов и тканей че­ловека для трансплантации (ст.47),а Законом РФ " О транс­плантации органов и (или) тканей человека" (введен в дейст­вие с 01 мая 1993 года Постановлением Верховного Совета РФ от 22.12.92 года № 4180—1) определены условия и порядок (ст.1), перечень органов и (или) тканей - объектов транс­плантации (ст.2), в том числе оговорены условия изъятия ор­ганов и (или) тканей от донора — трупа (ст.ст.1Д9).

Из существующей правовой нормы вытекают принципы трансплантации, которые можно коротко выразить в сле­дующих, пунктах:

1. взятие органов могут проводить медицинские учреждения,
непосредствен но установленные министерствами здраво —
охранения и находящиеся на уровне,, который гарантирует,
что ресусцитация потенциального донора и констатация
смерти в том числе и так называемой мозговой, будут со­
ответствовать наивысшему профессиональному уровню и
выполняться с максимальной степенью ответственности;
2. коллектив, лечащий предполагаемого донора и устанав­ливающий смерть, должен быть изолирован от трансплантационного коллектива;
3. момент смерти определяет комиссия, во главе которой стоит
руководитель реанимационного отделения и в которую
входит несколько специалистов, заранее выбранных для
этой цели. Констатация смерти должна быть единогласной;

Можно сказать, что многолетний опыт работы с этим правовым документом, который приобрел окончательную форму после многочисленных дискуссий и сопоставлений правовых и медицинских подходов, в принципе является по­ложительным. Главная идея — отделить друг от друга реани­мационный коллектив и коллектив, выполняющий транс — плантацию, оказалась правильной. У обоих коллективов ощу­щение, что они борются за жизнь; реанимационный коллектив — за жизнь умирающего, а трансплантационный — за воз­можность вернуть жизнь другому умирающему, Все это под­черкивается здесь потому, что в первоначальных размышле­ниях фигурировала возможность противоречащих позиций обоих коллективов. С точки зрения трансплантационного коллектива это стремление вполне понятно: получить качественный трансплантат. С точки зрения реанимационного отделения такое стремление мотивируется по крайней мере двумя аспектами: бесполезное продление искусственной жизни затрудняет работу в отделении, блокирует место для другого нуждающегося в помощи больного. Обреченный больной становится, кроме того, все в большей степени под — ходящей почвой для микроорганизмов и позже превращается в одну из причин ухудшения эпидемиологической ситуации в отделении. То обстоятельство, что речь идет о микроорганиз­мах, резистентных к антибиотикам, еще более осложняет по­ложение.

Точное, безукоризненное определение смерти по-прежнему остается одной из наиболее сложных проблем в медицине. Можно только приветствовать такое положение, когда в установлении диагноза участвуют специалисты разных профилей, хотя в практике организационное обеспечение такого принципа бывает иногда довольно сложным. Применяемые критерии для определения так называемой мозговой смерти (полная потеря сознания, арефлексия, остановка дыхания, плоская линий ЭЭГ) в большинстве случаев являются достаточными. Но иногда на их основе нельзя сделать однозначное заключение, поэтому вполне обоснованным пред­ставляется стремление, Направленное на поиски других под­ходящих критериев, которые могут помочь (как, например, церебральная ангиография) уточнению и ускорению поста­новки диагноза.

Российское здравоохранение может гордиться тем, что ни в прошлом, ни в настоящем не наблюдалось случаев серьез­ного нарушения моральных принципов и тем, что клинические эксперименты проводятся у нас в соответствии с этическими нормами. Система поиска новых лекарственных препаратов, их апробация и введение в практику могут' служить образцо­вым примером того, каким путем следует идти при решении сложной этической дилеммы, перед которой стоит каждый исследователь. Р этой системе используются клинические эксперименты, но одновременно имеется гарантия того, что не произойдет злоупотребления здоровьем больных. Именно так следует поступать и во всех других областях медицинской науки.

Основными вопросами, которые не­обходимо решить в уголовно — правовом порядке, являются следующие;

1. правомерность пересадки органов;
2. возможность изъятия органа у донора;
3. значение согласия донора и реципиента при производстве
такого вмешательства;
4. юридическая квалификация возможных злоупотреблений со
стороны медицинских работников.

Все эти проблемы необходимо разрешить своевременно, еще до того, как трансплантация органов приобретет массовый характер.

Сущность трансплантации заключается в пересадке орга­нов или тканей из одного организма другому. Во время этого оперативного вмешательства из организма реципиента уда­ляется больной орган, который не может нести своей физио­логической нагрузки, и ему пересаживается здоровый от другого индивида. Последнему (его здоровью) причиняется определенный вред (при изъятии одного из парных органов - почки) или даже смерть (при изъятии важного для жизни органа –печени, сердца, легких, поджелудочной железы и т.д.). Источником трансплантационного материала может быть как живой человек (15% доноров является живыми людьми), так и труп человека.

На разных континентах и в разных странах данный вопрос решается специфично, в соответствии как с традициями, так и уровнем и степенью развития общества. Статьей 8 Закона Венесуэлы о пересадке органов и других анатомических ма­териалов указывается, что роль донора могут выполнить только родственники реципиента (родители, взрослые дети, взрослые братья и сестры) и не только в отношении органов, но и дру­гих анатомических материалов. По мнению И.И. Горелика, для правомерности получения трансплантата от живого донора необходимы следующие условия:

- отсутствие возможности оказания помощи реципиенту иным путем, кроме пересадки органа от живого донора;

- наличие согласия донора;

- причинение донору меньшего вреда по сравнению с уст­раненным для реципиента.

Следует согласиться с мнением автора о необходимости формулирования условий правомерности трансплантата от живого донора в нормативном акте. С его точки зрения, проблему правомерности, трансплантации нельзя решить на ос­новании института крайней необходимости в существующей в настоящее время его редакции.

М.Д. Шаргородский полагает, что ненаказуемость деяний, совершенных в состояний крайней необходимости, должна быть Ограничена причинением только отдельных видов вреда. При пересадке органов человека возникает реальная опасность причинения смерти или тяжких повреждений как до­нору, так и реципиенту, В данном случае нарушается и важ­нейший деонтологический принцип медицины, завещанный Гиппократом, - «не вреди больному». Однако устранить имеющуюся опасность не представляется возможным, ибо обычные традиционные лекарственные или оперативные средства не могут уже оказать положительного лечебного воздействий. При этом нанесенный вред является менее зна­чительным, чем предотвращенный (при пересадке непарного жизненно важного органа — сердца, печени и т.д.), — из двух человек, могущих умереть, один может выжить, но с условием взятия здорового трансплантата из тела погибающего донора.

По мнению В.И. Алисиевича, получение органа или ткани от донора будет правомерно при двух обязательных условиях: « оказал не помощи реципиенту невозможно другими сред­ствами, кроме трансплантации;

• донору при этом причиняется менее значительный вред,
'чем предотвращенный реципиенту Важным вопросом, не урегулированным в настоящее время в праве, является определение момента изъятия органа у до — нора. Академик Б.В. Петровский справедливо полагает, что пересадку сердца можно производить только в том случае, если оно остановилось и больной погиб, т.е. находится в со­стоянии "мнимой”, или "клинической", смерти и никакие средства реанимации не помогают восстановить его функции, или в случаях конечных стадий неизлечимых болезней. Со­гласно Закону о пересадке органов и других анатомических материалов (Венесуэла), пересадку органов можно произво­дить только после использования обычных методов и средств лечения. Определение момента изъятия органа тесно связано с другим важным вопросом — определением момента смерти человека. Смерть - это прекращение жизнедеятельности организма, а вследствие этого — гибель индивидуума как обособленной живой системы, сопровождающаяся разложе­нием белков и других полимеров, являющихся основным материальным субстратом жизни. Смерть - понятие не только медицинское, но и юридическое. Выделяется два типа смерти. Первый (общепринятое представление) — прекращение работы сердца и дыхания; второй — смерть мозга.

Действия врача, не производящего реанимацию донору, внешне похожи на неоказание помощи больному. Однако состав данного преступления неприемлем в этом случае. Благодаря огромнейшим достижениям в области реанимато­логии и анестезиологии» жизненные процессы в организме можно поддерживать довольно длительное время. Но этими методами не всегда можно вернуть человека к жизни, Иными словами, реанимация не может существовать ради реанима­ции. Правомерность ее прекращения при пересадке органов человека упирается в вопрос — жизнеспособен ли был донор до изъятия у него органа. Крайне важно определить, когда должна и когда не может предприниматься реанимация, кто должен решать эти вопросы (отдельное лицо или консилиум), когда могут прекращаться попытки реанимации, с чьего со­гласия, по чьему разрешению. (с точки зрения медицинской науки, наступление клинической смерти (остановка сердца, дыхания, потеря сознания) не может служить основанием для

прекращения реанимационных мероприятий. В случае смерти мозга, установленной консилиумом врачей при помощи со­временных методов исследования, дальнейшее проведение реанимации не имеет смысла. Принятие решения о прекра­щении реанимационных действий в условиях гибели мозга является компетенцией врачей.

Законом о трансплантации органов и (или) тканей человека (ст.4) определено, что забор и заготовку можно осуществлять только в государственных учреждениях здравоохранения, а трансплантацию — в специализированных учреждениях, пе­речень которых утверждается Минздравом РФ совместно с Российской академией медицинских наук. Для реализации данной статьи Закона медицинской науке предстоит вырабо­тать оптимальный момент пересадки тех или иных органов и тканей человека и зафиксировать его в юридическом акте, отразив в нем следующее;

1. какие лечебные учреждения имеют право пересадки орга­нов человека и каких органов;
2. состав комиссии, которая должна определить момент изъя­тия органа у донора, и какие конкретно специалисты участвуют в трансплантации;
3. показания и противопоказания к пересадке применительно
к каждому органу.

Основная масса правонарушений в области транспланта­ции будет исходить от медицинских работников, учитывая особую специфичность этих операций. Здесь можно выделить два аспекта:

1. медицинский - подтасовка показаний для пересадки
(неправильное определение момента пересадки органа или
смерти донора), преждевременное изъятие органа, ненад­лежащее выполнение пересадки;
2. правовой — производство пересадки без согласия донора
или реципиента, либо их законных представителей, подделка
медицинских документов, отражающих процесс пересадки
органов и тканей человеку.

дал того, чтобы изъять орган у погибшего человека, необ­ходимо решение специальной группы незаинтересованных компетентных специалистов, ответственных за определение момента изъятия. Факт смерти должен констатироваться не менее чем двумя врачами, которые не должны быть членами бригады по пересадке Так, в нашей стране при пересадке сердца такая комиссия обычно состоит из реаниматолога, нейрохирурга, электрофизиолога и судебного медика. С нашей точки зрения, действия этих лиц носят организационно-распорядительный характер. Поэтому их необходимо отнести к должностным. Остальные лица, участвующие в пересадке и не входящие в состав такой комиссии, являются недолжностными.

Особого освещения требуют юридические и морально-этические аспекты трансплантации органов и тканей.

Выход трансплантации из этапа теоретических и экспе­риментальных исследований в область практического приме­нения повлек за собой необходимость разрешения ряда сложных вопросов о нравственном праве врача на пересадку органов и тканей от человека к человеку и от труда к человеку, о границах этого права, о предупреждении возможных злоупотреблении, о критериях смерти и др. Решение этих вопросов также необходимо, как и проблем чисто медицинского характера: технической стороны пересадки органов и тканей, преодоления иммунологической несовместимости, профилактики послеоперационных осложнений и др,.

Можно сформулировать вопросы» нуждающееся в регла­ментации законом или специальными и подзаконными актами, а также в четкой оценке в морально — этическом аспекте:

\* взятие органов и тканей от живого Человека для пере­садки их больному;

» взятие органов и тканей от трупа для пересадки их больному;

1. решение вопроса о том» когда можно брать органы и
ткани от трупа;
2. определение показаний для операций пересадки органов,
кто и где может делать операции по пересадке органов?

Данные аспекты требуют дальнейшей разработки и за­креплений в ведомственных документах в силу того, что действующий Закон (о трансплантации органов и (или) тканой) разрешает их, приводя лишь общие положения о взятии ор­ганов от живого человека в трупа (ст.стЛ,2,3}.общие показания по пересадке (ст.5) и моменту забора (ст.9).

**Взятие органов и тканей от живого человека для пересадки больному.**

В случаях, когда необходимо произвести пересадку органов или тканей, взятых от живого человека, возникает отношение: донор - реципиент.

Разрешение этой коллизии может быть произведено только и полном соответствии с принципами гуманизма Требуется учитывать не только интересы реципиента (больного), нуж­дающегося в пересадке органа, но и донора, человека, который должен дать этот орган, поскольку оказание помощи реципи­енту невольно, но обязательно сопровождается причинением того или иного вреда донору. Здесь необходимо установить, как говорят юристы, приоритет интересов, т.е. решить вопрос: кому должно быть отдано предпочтение в подобных случаях — донору или реципиенту. И юристы (В. Горелик, 1968) отвечают на этот вопрос так. необходимо соблюсти максимальную заботу об интересах донора и с этой позиции решать возни­кающие вопросы.

Совершенно очевидно, что взятие трансплантата у живого человека может быть произведено только в добровольном по­рядке: органы и ткани не могут быть предметом купли - продажи. Это находится в полном соответствии с принципами гуманизма и морали, 'нашло закрепление в Законе о транс­плантации органов и (или) тканей человека в статье 1.

2 марта 1968 г. еженедельник "Пари - Матч" опубликовал письмо женщины из Ниццы, подписанное "Р.М.": "Я убеждена, что профессор Бернард прекрасно владеет своей специаль­ностью и является безукоризненным человеком с профессио­нальной и моральной точек зрения, Я предлагаю ему мое сердце за большую сумму денег. У меня нет ничего другого и я хочу это сделать ради своей семьи. Никто не смеет мне за­претить. Возможно, кто-нибудь скажет, что это самоубийст­во, но в таком случае это самоубийство разумное и полезное, я ничего не жду от жизни. Какое имеет значение, умру ли я сейчас или через 30 лет, в то время, как благодаря мне, бога­тый больной сможет приобрести для себя 30 лет жизни. Ни один богатый больной не должен колебаться перед этой сделкой, выгодной обеим сторонам... ".

Это письмо, рожденное извечными противоречиями между богатством и нищетой, дает почву для размышлений.

Но даже и у нас пока вопрос о добровольном и безвоз­мездном донорстве не всегда решается просто. Так, например, широко распространено донорство крови, как безвозмездно, так и за определенное вознаграждение. Поэтому естественно может возникнуть вопрос: если донор за свою кровь получает деньги, то почему донор не может отдать за плату участок кожи или кисти? Как должен быть решен этот вопрос?

По - видимому, следует исходить из того, что нельзя провести знак равенства между донорством крови, не причи­няющим ощутимого вреда здоровью донора, и донорством других тканей, и особенно органов, являющихся жизненно важными (хотя бы они и были парными). Такое донорство не разрешается ни за какое вознаграждение и может быть ис­ключительно в добровольном порядке, когда донор руково­дствуется только высокими морально — этическими, а не мер­кантильными соображениями. Известно много случаев, когда люди добровольно и совершенно сознательно дают участки кожи для пересадки больным с ожогами и этим спасают их жизнь.

Очень сложно предусмотреть все вопросы, возникающие в плане взаимоотношения "донор— реципиент",

Возьмем, например, такие случаи. Можно или нельзя вос­препятствовать взятию роговицы у одного из родителей для пересадки слепому ребенку? Можно или нельзя брать ткани и органы у несовершеннолетних для брата или сестры при со­гласии родителей или опекунов? Эти и подобные им вопросы требуют своего разрешения.

Пока нет однозначного мнения и по вопросу о взятии для пересадки у живого человека одного из парных органов, на­пример, почки.

'Академик Б.В. Петровский, первый о СССР произведший пересадку почки в 1965 году - пишет: "Сейчас уже можно сказать, что пересадка почек из стадии эксперимента перешла в клинику. Операция пересадки почки основана на прочной научной базе и позволяет продлить жизнь некоторых тяжелых больных:”.

В настоящее время тысячи людей долгие годы живут с пересаженной почкой, И очень много еще таких, кто нужда­ется в замене большой почки здорово\*. Где же брать материал для трансплантации? От трупов или от живых людей?

Операция удаления дочки у донора с целью пересадки достаточно серьезная. Нельзя дать 100% гарантии» что каждая такая операция, даже произведенная весьма квалифициро­ванным хирургом и при соблюдении всех необходимых мер предосторожности не даст каких-либо осложнений, вплоть до смертельного исхода. А если это произойдет? Видимо, должны быть предусмотрены и подобные случаи.

Каждое оперативное вмешательство по пересадке органа может и должно осуществляться только после всестороннего обследования здоровья донора, предупреждения его о возможных осложнениях, как вследствие самой операции, так ив дальнейшем.

Необходимо, видимо, и документальное оформление до­норства в виде акта, составляемого в медицинском учрежде­ний и подписываемого самим донором, в котором должны быть отражены его добровольное согласие и знание возмож­ных осложнений, на что указывал Авдеев М.И.,(1968) и что нашло свое отражение в статье 11 Закона о трансплантации. Таким образом, могут быть сформулированы два обязательных условия: для донорства тканей и органов {Горелик В.,1968):

1. Оказание помощи больному, в интересах которого производится пересадка, когда спасение его жизни, невозможно другими средствами, кроме пересадки органа или ткани.

Иными словами, для пересадки органа или ткани должны иметься только абсолютные показания.

2. Донору причиняется менее значительный вред, чем предотвращенный вред больному.— реципиенту, т.е. польза от

пересадки реципиенту должна быть большей, чем вред здо­ровью донора.

Если даже одно из этих условий не может быть соблюдено, донорство не должно иметь места. При этом необходимо учитывать и возможные в будущем последствия для донора. Сегодня, например, его почка спасла жизнь больному— реципиенту и, следовательно сохранено более ценное - жизнь реципиента за счет менее ценного — причинения вреда здоровью донора. Однако в дальнейшем положение может изменит "я. Обязательным условием для добровольного донорства является вменяемость донора, т.е. он должен быть психически здоровым и отдавать отчет в своих действиях.

Из сказанного видно, как много вопросов причем очень сложных для разрешения, выдвигает жизнь по проблеме донор — реципиент при пересадке органов и тканей.

**Взятие органов и тканей от трупов для пересадки больному.**

Сложность решения вопросов о взятии органов и тканей от живого человека заставила обратиться к другой возмож­ности — использованию с целью трансплантации органов и тканей от трупа умершего- человека.

Не следует, однако, думать, что в этих случаях не возни­кает каких-либо морально — этических или правовых вопро­сов. Они существуют и представляются достаточно сложными.

Дело в том, что органы и ткани для пересадки должны быть взяты от. трупа как можно быстрее сразу же после .наступления биологический смерти. И вот здесь возникает один из самых основных и сложных вопросов: что считать моментом смерти и как установить его? Этот вопрос до возникновения реаниматологии и развития трансплантации считался довольно простым. За момент наступления' смерти принималась остановка сердца. Теперь мы знаем о клинической смерти, т.е. периоде, пусть исчисляемом несколькими (5-6) минутами, но в течение которого в ряде случаев можно вернуть человека к жизни с полным восстановлением функ­ций всех органов. Последнее следует особо подчеркнуть, т.к. при помощи реанимационных мероприятий можно вернуть человека к жизни и э более поздние сроки, но при этом вы­падает функция корн головного- мозга — сознание. Такие больные иногда живут в течение многих месяцев.

Исходя из сказанного, следует принять, как обязательное условие, что брать органы и ткани можно только при насту­пившей биологической смерти — необратимом прекращении жизненных функций организма, когда исчерпаны все воз­можности возвращения человека к жизни.

При изъятии от трупа органов ли тканей нужно быть уверенным в наступлении биологической смерти. Отсюда очень важное значение приобретает ее констатация.

Перед хирургом появляется дилемма: с одной стороны, необходима пересадка жизнеспособного органа, с другой стороны, недопустимо брать орган даже у тяжело больного или перенесшего травму, но еще живого человека, у которого не погасли функции сердца, легких, мозга и имеется надежда на оживление.

Достоверные признаки биологической смерти — ранние трупные явления: трупные пятна и трупное окоченение. Поздняя регистрация - через 30— 40 минут и позднее — делает их непригодными для установления факта смерти с целью взятия органов для пересадки : за это время в органах и тканях развиваются аутолитические и гипоксические процессы, что делает органы непригодными для пересадки.

С этой целью более пригодны инструментальные методы исследования, прежде всего электроэнцефалография для констатации прекращение жизнедеятельности головного

Биологическая смерть удостоверяется несколькими врачами с составлением протокола.

Поскольку чаще всего для пересадки используются органы и ткани трупов лиц, погибших от насильственных воздействий и бывших до травмы практически здоровыми, то при изъятии необходимых объектов обязательно должен присутствовать судебно-медицинский эксперт, который, в последующем, будет проводить исследование трупа,

В соответствии с приказом Министра здравоохранения СССР N 166 от 10.04.62 г. в исследовательской части акта

(заключения) эксперт указывает, какие органы или ткани и для какой цели изъяты из трупа.

В настоящее время подготавливаются законодательные положения и вытекающие из них ведомственные инструкции, регламентирующие порядок изъятия из трупа органов и тканей для целей трансплантации.

Следует согласиться с мнением М.И. Авдеева (1968) о том, что вследствие исключительной сложности и общественной значимости проблемы пересадки органов и тканей, ее спе­цифические правовые и медицинские аспекты требуют самого осторожного подхода к разрешению и строгой регламентации. В этом плане операции по пересадке органов и тканей Могут производиться лишь в определенных лечебных учреждениях, располагающих высококвалифицированными специалистами и соответствующим оборудованием.

Академик АМН СССР В.В. Кованов (1969) писал, что "В наших условиях решение всех ответственных вопросов, связанных с пересадкой органов, может быть, мне думается, доверено не одному хирургу, а компетентному консилиуму. Это исключит всякие недоразумения". Сказанное полностью относится и к вопросу об определений показаний для пересадки органов и тканей.

**Состояние и перспективы развития отечественной трансплантологии.**

Вторая половина XX столетия ознаменовалась становлением новой комплексной медико — биологической научной медицины — трансплантологии, объединяющей такие крупные разделы науки, как иммуногенетика, трансплантационная иммунология, консервация донорских органов, экспериментальная и клиническая хирургия, биомеханика и др. ,

Последние два десятилетия операции по пересадке органов — сердце, сердечко — легочного комплекса, печени, почки, поджелудочной, железы — во всем мире вышли из стадии эксперимента и являются целесообразным и эффективным методом лечения, спасающим жизнь и приводящим, в большинстве случаев, к полной физической, психологической и социальной реабилитации. Во многом это стало возможным благодаря признанию обществом диагноза "смерть мозга" как эквивалента "биологическая смерть" человека, что представ­ляется, несомненно, чрезвычайным событием не только в ме­дицинском мире, но в истории человечества в целом, в развитии его этики, философии, религии. Проблема пересадки органов в клинической практике в каждом случае связана с решением судеб двух людей, донора к реципиента, и поэтому является одной из наиболее драматичных в медицине. Этим объясняется тот факт, что трансплантология поставила перед обществом принципиально новые морально- этические, правовые, социально — экономические проблемы.

Развитие клинической трансплантологии в нашей стране сопряжено со значительно большими трудностями! чем в других государствах. Длительное время отсутствовало правовое регулирование в данной области, в том числе в отношении заготовки донорских органов. Так, официальное разрешение на постановку диагноза смерти мозга у нас появилось примерно на двадцать лет позже, чем в большинстве экономически развитых стран, что обусловило значительное отставание отечественной трансплантологии.

Ее правовая база была заложена в России лишь в 1992 г. с принятием Закона Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека". Введенный в действие Постановлением Верховного Совета РФ от 22 декабря 1992 г. N 4181 — 1 он полностью отражает все основополагающие принципы, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения в области трансплантации человеческих органов, опирается на современные достижения науки и медицинской практики и является основной правовой базой для дальнейшего развития и совершенствования клинической трансплантологии в России, гарантирующей права как донора, так и реципиента, определяющей невозможность неэтических поступков в этой области медицины. Изданный на основании Закона приказ Минздрава N 189 от 1008.1993 I7, регламенти­рует порядок установления диагноза смерти мозга и изъятия донорских органов для клинической трансплантации, что делает возможным решение основной задачи трансплантационных центров - оказания высококвалифицированной медицинской помощи больным, нуждающимся в пересадке органов.

Однако на сегодняшний день количество операций по трансплантации органов в России крайне мало: за год-7 ортотопических трансплантаций сердца, 3 ортотопических трансплантации печени, не более 450 аллотрансплантаций почек. примем 4/5 общего числа операций выполняется в Москве (по существу, квалифицированная трансплантологическая помощь организована только в Москве). Потребность же в сотни раз выше.

Как указывает академик В.И. Шумаков, сложившаяся ситуация объясняется целым рядом объективных и субъективных причин.

Во — первых, это явно недостаточное количество транс— плантационных центров, их неравномерное расположение на территории Российской Федерации (трансплантации сердца и печени в России выполняют только два центра, расположенные в Москве, - НИИТ и ИО МЗМП и НЦХ РАМН) и крайне слабая материальная база, полное отсутствие служб, координирующих взаимодействие лечебно — профилактических учреждений и трансплантационных центров в регионах (функционирует только Московский координационный центр органного донорства).

Во — вторых, неготовность из-за низкой технической оснащенности реанимационных, нейрореанимационных отделений, отделений интенсивной терапии ЛПУ к констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга. Отсутствует диагностическая, лабораторная, следящая аппаратура, недостаточна кадровая подготовка, что, в значительной степени, ограничивает возможности донорских служб по заготовке органов.

Кроме того, имеет место непонимание общественностью всей значимости работы трансплантационных служб, что, как это ни парадоксально, наблюдается даже в среде медицинских работников, со стороны которых трансплантологии часто встречают прямое противодействие. Это говорит о низком уровне пропаганды гуманистической сути донорства как акта дарения".

Благодаря длительной целенаправленной разъяснительной работе через средства массовой информации в экономически развитых зарубежных странах в различных слоях общества сформировалось правильное представление о донорстве. Результатом этого стало возможным появление в широких масштабах "акта дарения" — документа размером с водительские нрава, где его владелец подписываете под тем, что если с ним произойдет несчастный случай и его органы будут пригодны для пересадки другому человеку, он заранее дает согласие на эту процедуру.

В ближайшее время планируется создание единой сети трансплантационных центров, равномерно распределенных по всей России во главе с Координационным центром, представ--ленным головным учреждением (НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава РФ) В этих центрах будут работать квалифицированные кедры, прошедшие постдипломную специализацию на кафедре, которая' практически уже организована при НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава РФ. Все существующие и вновь открываемые трансплантационные центры будут лицензированы для того, чтобы качество обслуживания -поступающих' к ним профильных больных было приблизительно на одном уровне, отвечающем всем современным требованиям.

С точки зрения развития трансплантологии как науки, будут продолжены исследования по разработке новых методов консервации органов, совершенствованию методов тканевого типирования, мониторинга иммуносупрессивнной терапии после операции пересадки того или иного органа, созданию эффективных отечественных иммуносупрассупрессантов. Нужно отметить, что уже разработаны такие отечественные аналоги препаратов, как циклоспорин — А, эритропоэтин, моноклональные антитела ОКТ—3. Проверка их в клинике на ограниченном контингенте больных показали эффективность этих препаратов. Сейчас решается вопрос о налаживании их промышленного выпуска для нужд отечественной трансплантологии.

• Очень перспективной является проблема пересадки органов от животных человеку. Ее решение позволит поднять трансплантологию на качественно более высокий уровень, превратить операции по пересадке органов в плановые, а не экстренные вмешательства, ликвидировать постоянный дефицит донорских органов, который существует сейчас во всем мире. Кроме того, это позволит уйти от всех волнующих .общество морально -этических проблем связанных с пересадкой органов,

Наиболее перспективным животным для пересадки от него органов человеку является свинья. Свиньи по размеру своих органов подходят человеку. Можно вырастить практически стерильных животных, что предотвратит опасность заноса в организм реципиента инфекций от донора.

НИИТиИО МЗ РФ, как и другие учреждения этого про­филя в экономически развитых зарубежных странах, работает над этой проблемой в комплексе с рядом научных учреждений, занимающихся генной инженерией. Предстоит создать трансгенное животное, которое в генетическом отношений будет промежуточным между человеком и свиньей.

Хочется верить, что ,несмотря на все сложности, отечест­венная трансплантология, основанная на прочных традициях, будет успешно развиваться и займет достойное место в мире.

**Правовое регулирование реанимации**

По мнению многих ученых, остается открытым сам вопрос: вправе ли в принципе медики и законодатели предписывать людям, кого следует считать живым, а кого – мертвым?

Различают смерть клиническую и биологическую. Клиническая смерть является обратимой, так как предполагает возможность восстановления жизнедеятельности, но в строго ограниченный период. Биологическая смерть необратима, и никакие медицинские манипуляции не могут привести к оживлению человека. В состоянии клинической смерти гражданин является субъектом права. Это означает, что за медицинскими работниками сохраняется обязанность оказания ему медицинской помощи.

На протяжении всей истории человечества синонимом смерти считалось обнаруживаемое прекращение работы сердца и самопроизвольного дыхания. В наши дни, когда появилась возможность поддержания кардиореспираторной функции, указанный критерий во многих странах стал недействительным.

Если после реанимационных мероприятий восстановить функции головного мозга не удается, но аппаратом искусственно поддерживается дыхание и кровообращение, то создается только видимость жизни. По мнению академика В.Наговского (а теперь и в соответствии с законом) оживленный таким способом больной уже не личность, а лишь её иллюзия в прежнем телесном облике, своеобразный сердечно- легочный аппарат, который не может мыслить, не может воспринимать ни себя, ни внешнюю среду.

Теперь заключение о смерти даётся на основе констатации гибели всего головного мозга (регистрируется даже при работающем сердце и ИВЛ), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной Минздравмедпромом РФ.

Отдельно надо упомянуть лиц, которые находятся в летаргическом сне или состоянии, близком к нему. Люди «засыпают» в результате травмы, стресса, воздействия наркоза во время операции. Если приборы показывают, что мозг жив, то права людей, находящихся в летаргическом сне, должны быть защищены. Такой пациент не находится даже в состоянии клинической смерти, и использоваться в качестве донора не может.

Во избежание злоупотреблений в отношении предполагаемого донора закон запрещает участие в диагнозе смерти трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею.

Изъятие органов и тканей у трупа производится с разрешения главного врача учреждения здравоохранения, а если требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, необходимо дополнительно разрешение на изъятие судебно-медицинского эксперта и уведомление об этом прокурора.

Нельзя забывать, что российским законодательством разрешено возмездное донорство крови и спермы. И хотя возможно отчуждение этих тканей, коммерчески эти сделки не признаются.

***Заключение***

В соответствии с Основами законодательства об охране здоровья граждан допускается изъятие органов и тканей человека для трансплантации (ст. 47). Более подробно порядок трансплантации определен в Законе «О трансплантации органов и (или) тканей человека» 1992 г. и в Законе «О донорстве крови и ее компонентов» 1993 г.

Наибольшее распространение в настоящее время приобрела трансплантационная система «Евротрансплант». Данная система «возникла в 1967 г., когда многие трансплантологии Европы пришли к выводу, что подбор пар донора и реципиента с наилучшей гистосовместимостью может быть осуществлен быстро и точно при наличии большого пула реципиентов, ожидающих трансплантацию почки, находясь на лечении диализом, и зарегистрированных в специальном листе ожидания».

Интегративные направления Российской Федерации в области медицины и здравоохранения должны быть отражены и в трансплантации органов и тканей. Дополнительным аргументом в пользу взаимодействия с подобными транснациональными организациями является тот факт, что «существующий порядок и правила деятельности этих организаций не дают возможности врачу-трансплантологу использовать донорский орган в пользу конкретного лица вместо передачи его в единый фонд реципиентов для последующего централизованного распределения по «листу ожидания» или обмена между центрами трансплантации».

Таким образом, интеграция нашей трансплантационной службы в международные организации по обмену информацией, органами и тканями, консультационной помощью представляется необходимой и оправданной.

**Список литературы:**

* + - 1. Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 22.12.1992 г. // Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ, 1993. № 2. ст. 62.
			2. Мельников В.С. Социальные и правовые аспекты медицинской деятельности. Киров: Кировский государственный медицинский институт. 1997
			3. Розенталь Р.Л., Соболев В.В., Сондоре А.А. Донорство в трансплантации органов. Рига, 1987.
			4. Трансплантология. Руководство / Под ред. акад. В.И.Шумакова. М., 1995.
			5. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. – М.: БЕК, 1995.
			6. Янгст Э. Некоторые проблемы научной этики. М. 1960.