

Трансплантация органов: этические и юридические аспекты

О. В. Галибин¹, И. Г. Беляева²

¹ — Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга

² — Лаборатория трансплантологии НИЦ, Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И. П. Павлова

Трансплантация органов и работа трансплантационной службы в Российской Федерации в настоящее время регламентируется двумя законами, положения которых находятся в прямом противоречии. Это — Закон Российской Федерации от 22 декабря 1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (в редакции от 20 июня 2000 № 91-ФЗ) и Федеральный закон от 12 января 1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле».

Трансплантация вне закона

Один из основополагающих принципов Закона «О трансплантации органов...» изложен в ст. 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 или его близкие родственники или законный представитель **заявили о своем несогласии** на изъятие органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту».

В то же время **Закон не обязывает** медицинских работников **испрашивать разрешение родственников** на изъятие органов у трупа **в момент смерти** близкого им человека.

Разработчики Закона, учитывая существующие социально-экономические и морально-этические реалии в стране, сочли целесообразным использовать принцип «неиспрошенного согласия» в соответствии с основополагающими принципами трансплантации человеческих органов, одобренными в 1991 году 44-й сессией Всемирной организации здравоохранения. На этом принципе построены национальные законы о трансплантации в Австрии, Бельгии, Дании и других странах.

Задачи Закона «О погребении и похоронном деле» сформулированы в ст. 1 и касаются только вопросов погребения. Однако положения ст. 5 «Волеизъявление лица о достойном отношении к его телу после смерти» выходят за пределы предмета закона и регулируют отношения в вопросе согласия или несогласия на изъятие органов и (или) тканей умершего:

Статья 5. Волеизъявление лица о достойном отношении к его телу после смерти

1. Волеизъявление лица о достойном отношении к его телу после смерти (далее — волеизъявление умершего) — пожелание, выраженное в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме:
 - о согласии или несогласии быть подвергнутым патологоанатомическому вскрытию;
 - о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела;
 - быть погребенным на том или ином месте, по тем или иным обычаям или традициям, рядом с теми или иными ранее умершими;
 - быть подвергнутым кремации;
 - о доверии исполнить свое волеизъявление тому или иному лицу.
2. Действия по достойному отношению к телу умершего должны осуществляться в полном соответствии с волеизъявлением умершего, если не возникли обстоятельства, при которых исполнение волеизъявления умершего невозможно, либо иное не установлено законодательством Российской Федерации.
3. В случае отсутствия волеизъявления умершего право на разрешение действий, указанных в пункте 1 настоящей статьи, имеют супруг, близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушка, бабушка), иные родственники либо законный представитель умершего, а при отсутствии таковых иные лица, взявшие на себя обязанность осуществить погребение умершего.

В результате противоречий в указанных законах работа трансплантологов практически оказалась вне правового поля. В настоящее время на рассмотрение Государственной Думы в качестве законодательной инициативы вносятся проекты, направленные на устранение существующего противоречия и сохранения презумпции согласия:

- «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О трансплантации органов...»;
- о признании утратившими силу абзацев 2 и 3 п. 1 ст. 5 ФЗ «О погребении и похоронном деле»;
- проект Закона «О патологоанатомической службе и проведении патологоанатомических исследований в Российской Федерации».

Самый ранний законодательный документ, позволяющий производить забор органов и тканей у трупа для трансплантации, «О порядке проведения медицинских операций» (15 сентября 1937), давал право судебно-медицинскому эксперту в отдельных случаях разрешать изъятие трупного материала для медицинских учреждений, проводящих заготовку и консервацию тканей с целью их трансплантации [7]. Закон был далек от совершенства, в нем не была определена процедура констатации смерти, разрешалось производить забор органа непосредственно в морге.

В 1977 году была принята «Временная инструкция для определения биологической смерти и условий, допускающих изъятие почки для трансплантации», в 1985 — «Временная инструкция по констатации смерти», в которой впервые прозвучало понятие «смерть мозга» — развитие тотального некроза головного мозга, ствола и первых шейных сегментов спинного мозга при работающем сердце [7].

Концепция смерти мозга была разработана в неврологии независимо от целей и потребностей трансплантации. Главной причиной смерти мозга является черепно-мозговая травма, в трети случаев — инсульты, разрывы аневризмы, обширные инфаркты [5]. При современном развитии реаниматологии жизнеспособность сердечно-сосудистой и дыхательной систем при смерти мозга можно поддерживать в течение неопределенно долгого срока, но в этом состоянии невозможна самостоятельная жизнедеятельность организма, восстановление ментальных, интеллектуальных функций.

При подтверждении наличия смерти мозга необходимо избежать гипердиагностики в силу неопытности или корыстных интересов, поэтому констатация смерти мозга производится независимой комиссией в соответствии с протоколом. Комиссия должна состоять из заведующего отделением, врача-реаниматолога, невролога и специалиста по функциональной диагностике (для расшифровки ангиограммы и электроэнцефалограммы).

В комиссию не могут входить лечащие врачи-реаниматологи, врачи, имеющие отношение к трансплантации и забору органов. Во всех случаях, когда смерть возникает при сомнительных обстоятельствах, необ-

ходимо участие в акте изъятия судебно-медицинского эксперта. Он должен решить правомерность изъятия органов после консультации со следователем, если имеются обоснованные подозрения, что убийство было умышленным. Задача судебно-медицинского эксперта — наблюдение за тем, чтобы изъятие органов не препятствовало проведению экспертизы.

Закон и мораль

Многими религиями запрещается нанесение повреждения телу умершего человека. Со светской точки зрения, смерть человека не обрывает действительности его воли в отношении того, что ему принадлежит. Выражением этой воли может быть письменное ее изложение (завещание) или устное волеизъявление.

При трансплантации органов от трупов возникают морально-этические проблемы, связанные как с процедурой забора органов, так и со справедливым распределением дефицитных ресурсов трансплантологии между потенциальными реципиентами.

Кому принадлежат органы трупа?

В этом вопросе применяются три подхода: принципы информированного согласия, презумпции согласия и рутинного забора органов.

Рутинный забор пригодных для трансплантации органов у трупов в нашей стране долгое время оставался основным типом решения данного вопроса. При этом власти по собственному усмотрению могут распоряжаться телом умершего. В этом случае реализуется установка утилитарной этики, согласно которой действие морально оправданно, если оно производит наибольшее количество блага для наибольшего количества людей. Однако при этом нарушается право человека распоряжаться своим телом (пусть даже после смерти) и затрагиваются моральные ценности семьи покойного, в ряде случаев нанося родственникам дополнительную моральную травму.

Американский философ Р. Витч писал: «В обществе, которое ценит достоинство и свободу личности, мы должны иметь возможность контролировать то, что происходит с нашими телами, не только при жизни, но, и, в разумных пределах, и после ее окончания» [2].

Презумпция согласия. Данный тип забора органов заложен в современное российское законодательство. При этом констатируется отсутствие отказа от подобной манипуляции (как самого человека при жизни, так и родственников после его смерти). Вследствие распространенной в России правовой безграмотности этим правом пользуются редко, что, с другой стороны, является благом, так как большинство населения, не доверяя современной системе здравоохранения, с предубеждением относится к забору органов. Из-за отсутствия широкой системы позитивной информации о трансплантологии и обилию негативных публикаций

в средствах массовой информации и других изданиях люди (пока не затрагиваются их личные интересы) весьма критично относятся к трансплантологии.

Информированное согласие (презумпция несогласия) предусматривает прижизненное распоряжение донора или согласие членов его семьи после его смерти. Этот тип забора органов применяется в ряде развитых стран (США, Голландия, Португалия). В США в 1968 году принят закон об анатомическом даре (для лиц старше 18 лет) [7]. Дар выражается в виде устной изъявления воли или путем заполнения специальной донорской карты.

Этично ли спрашивать у родственников умершего разрешение на забор органов (причем задавать этот вопрос будет врач, который курировал больного)? С одной стороны, это нанесет им дополнительную моральную травму. С другой — отчасти снимает с врача персональную ответственность за принятие решения. Именно поэтому в некоторых американских штатах закон обязывает медиков обращаться к родственникам за разрешением на забор органов.

Справедливое распределение

Важнейшей проблемой трансплантологии является нехватка полноценных донорских органов. Существует несколько теорий справедливого распределения этих дефицитных ресурсов.

Согласно одной из них, следует отдавать предпочтение лицам, чья социальная значимость выше, чем среднестатистического человека, и, следовательно, восстановление их жизнедеятельности сможет принести благо обществу. Так, американец Н. Ришер пишет: «Общество «инвестирует» ограниченный ресурс в данного индивида, а не в другого, потому что ожидает при этом большего возврата своих инвестиций» [2]. В этом случае нарушается принцип справедливости и равноправия. Принося клятву Гиппократу, врач обязуется оказывать помощь людям независимо от их социального и имущественного положения.

В большинстве стран распределение донорских ресурсов идет по принципу равноправия. Тем не менее, существуют критерии, лимитирующие этот принцип. Прежде всего, это критерий «лотереи»: при получении донорского трупного органа к нему подбирается максимально совместимый по ряду антигенных систем реципиент. Этот реципиент может находиться в листе ожидания как в течение недели, так и в течение нескольких лет. Следует отметить, что при прочих равных условиях, предпочтение будет отдано реципиенту, у которого прогнозируется лучший эффект трансплантации (в первую очередь трансплантация осуществляется лицам молодого возраста без тяжелой сопутствующей патологии).

Существует еще ряд этических проблем. Следует ли «отдавать» полученный орган лицам с асоциальным поведением (например, людям, страдающим наркоманией)? Известно, что наркоман погибает в среднем

через 5 лет после первой инъекции. Будет ли справедливо лечить подобных индивидов, в то время как в листе ожидания находятся сотни детей, молодых трудоспособных людей?

В России при распределении донорских органов руководствуются, как правило, тремя принципами: совместимость пары «донор — реципиент», экстренность ситуации, длительность нахождения пациента в листе ожидания.

Органы живых доноров

Альтернативой трупному донорству является трансплантация органов живых доноров. Метод имеет ряд преимуществ по сравнению с трансплантацией трупных органов: лучшие непосредственные и отдаленные результаты, более раннее функционирование трансплантата, отсутствие необходимости длительного ожидания операции и ее плановый характер; использование более мягких режимов иммуносупрессивной терапии [6]. По данным одного из ведущих трансплантационных центров мира, трехгодичная выживаемость почечных трансплантатов, полученных от идентичных сиблингов, равна 95 %, от родственных идентичных доноров — 85 % а при использовании почек, полученных от умерших людей — 65 %. Средняя длительность выживания почечного трансплантата, взятого от живых родственных доноров — 15-20 лет, для трупного трансплантата — 7-9 лет [10].

Наибольшая активность по использованию почек живых доноров наблюдается в Норвегии — 16 трансплантаций на 1 млн. населения ежегодно, США — 13, Швеция — 14. Настороженно к данной проблеме относятся в Германии, Финляндии, Австрии, но и они из-за нехватки органов понемногу меняют свое мнение [9].

Этические проблемы при трансплантации почки от живых доноров привлекли к себе внимание сразу же после первых проведенных операций. Доктор Френсис Мур писал: «Впервые в истории медицины общество одобрило процедуру, при которой полностью здоровому человеку наносилось повреждение с целью улучшить существование другого» [4].

Естественно, при подобных операциях существует определенный риск для донора: риск оперативного вмешательства, риск заболевания оставшегося парного органа (редко, но у доноров встречается протеинурия, гипертензия, иногда даже почечная недостаточность). Законом запрещается пересадка органа, если априорно известно, что она нанесет необратимый вред здоровью пациента.

В настоящее время риск удаления одной почки у донора минимален, послеоперационная летальность практически отсутствует (составляет 0,03 %) [6], доноры с одной почкой живут длительно. Тем не менее, среди врачей и части общества существует мнение, что использовать органы живых доноров можно лишь

в исключительных случаях, когда трупные почки полностью недоступны.

Донорство при данном виде трансплантаций должно отвечать ряду этических требований [2]:

- **добровольность** (отсутствие родственного, административного и финансового принуждения);
- **альтруизм** (исключение финансовой заинтересованности донора, коммерческой сделки);
- **осознанность** жертвы.

Донорство недееспособных (в силу возраста или состояния здоровья) лиц не допускается. Однако известны случаи, когда американский суд допускал донорство и от несовершеннолетних. Так, имел место инцидент, когда пересадили почку от психически больного ребенка его брату, не имеющему психопатологии. При этом суд мотивировал свое решение долгосрочными интересами донора: старший брат, будучи здоровым, сможет помочь ему, когда родители будут уже не в состоянии сделать это [2]. Также широко известен случай семьи Айяла. 7-летняя Анисса заболела лейкемией. В течение долгого времени ей не могли подобрать донора костного мозга. Родители зачали ребенка, у которого сразу после рождения был проведен забор костного мозга [1].

Тем не менее, приведенные случаи являются исключением из правил. Основой трансплантации органов живых доноров является альтруизм. Необходимо учесть, что не всегда принятие решения бывает добровольным. На донора оказывают давление родственники, друзья, врачи. Особое внимание необходимо уделить возможным донорам из специфических этнических групп, где, например, низко ценится право женщины на свободу выбора. В некоторых трансплантационных центрах любая медицинская информация о потенциальном доноре (или реципиенте) передается даже родственникам только с его прямого согласия (таким образом, исключается родственное давление).

В России трансплантация органов от живых доноров законодательно разрешается только при условии их генетически прямого родства с реципиентом. Однако в некоторых странах в последние годы широко используются почки, полученных от живых генетически неродственных доноров — друзей, жен, мужей. Это т. н. эмоциональное, или альтруистическое донорство [11]. Существуют как сторонники, так и противники данного метода. Одним из самых серьезных аргументов, выдвигаемых противниками данного метода: возможная криминализация при использовании неродственных доноров.

Число лиц, обращающихся в центры США с желанием добровольно отдать почку или костный мозг, растет. Данный вид альтруизма — альтруизм высшей степени, т. к. при этом часто нет никакой заинтересованности и связи с больным человеком. Многие даже не знают, кому будет пересажен их орган.

Однако только решения, принятого донором-добровольцем, недостаточно. Необходимо оценить пра-

вильность принятого решения и возможный вред для здоровья донора. Эту оценку выполняют, как правило, специалисты трансплантационного центра, выступающие с патерналистических позиций. Патернализм в данном случае подразумевает отказ или неохотное согласие с желанием, мнением или действием человека в интересах другого человека. Патернализм вызывается соблюдением этических принципов милосердия и принципа «не навреди». Врач является третьим участником процесса трансплантации наряду с донором и реципиентом. Врач должен профессионально оценить приемлемость решения донора и быть уверенным, что нет противопоказания к донорству, риска для здоровья донора, что волонтер компетентен, его альтруизм мотивирован, и что для реципиента трансплантация от живого неродственного донора является оптимальным способом лечения.

В случае отказа врачей использовать почку для трансплантации, необходимо открыто сообщить донору причину этого, а также указать центры, где могут быть приняты другие решения.

Таким образом, альтруизм, осознанное согласие, малый риск односторонней нефрэктомии, польза для больного человека делает живое неродственное донорство этически полностью оправданным. Невозможно по принципам морали запретить свободное решение донора дать свой орган больному человеку, если у того нет альтернативы.

Использование живых неродственных доноров оговаривается рядом условий: процесс должен быть легализован, трансплантационная бригада и реципиент должны быть уверены, что донорство носит альтруистический характер.

Причина смерти — несовершенство законов

Одна из важнейших проблем современной трансплантологии — существенный недостаток донорских органов. Ежегодно в мире выполняется более 26 тыс. операций по трансплантации почки, и их количество неуклонно растет [3]. Но, несмотря на увеличение количества операций в абсолютных и относительных цифрах, отмечается рост листа ожидания. Почечный трансплантат получают лишь 15% больных, которым необходима трансплантация почки. Из пациентов, стоящих в листе ожидания трансплантации сердца и/или печени ежегодно, не дождавшись операции, погибают более 20% [10]. Ежегодная потребность России в операциях пересадки почек оценивается в 5-7 тысяч. Последние 5 лет в России выполнялось всего около 300 трансплантаций почки в год.

После начала до сих пор не законченного «дела трансплантологов» ситуация катастрофически ухудшилась. Вот данные по Москве:

- В 2003-2005 годах использованы органы 172 трупных доноров — в два раза меньше, чем в предыдущие годы. За первый квартал 2006 года изъяты органы всего у 19 доноров.

- Потенциальных доноров, погибших от травм или инсультов, в столице бывает до 1500 в год. Но их органы не изымаются: либо непригодны, либо врачи не хотят делать это из-за угрозы судебного преследования.
- В московском листе ожидания на пересадку почки стоит более 1000 человек, 66 ждут почку, еще 66 — сердце. По стране ожидающих тысячи, пересадки измеряются десятками [11].

Нищета российского здравоохранения — важная, но не единственная причина того, что сотни, а то и тысячи больных ежегодно умирают, не дождавшись подходящего донора. Для их спасения необходимо, прежде всего, законодательное решение вопросов трансплантации органов.

Литература

1. Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю., Истомина Л.Б. Правовые аспекты проведения некоторых видов биомедицинских и клинических экспериментов. Вестник новых медицинских технологий. 2001; 8: 3: 79-82.
2. Ивановский А.Я., Игнатьев В.И., Коротких Р.В. и др. Введение в биоэтику. М.: Прогресс-Традиция, 1998; 381.
3. Козлов С.П. Основные достижения в трансплантологии. Трансплантология и искусственные органы. 1998; 4: 3.
4. Мур Ф. История пересадок органов. М: Мир, 1973; 310.
5. Попова Л.М. Этические проблемы, возникающие при диагностике смерти мозга. Анестезиология и реаниматология 1992; 5-6: 69-72.
6. Розенталь Р.Л. Этические проблемы при трансплантации органов от живых доноров. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2001; 1: 42-47.
7. Розенталь Р., Сободев В., Сондоре А. Донорство в трансплантации органов. Рига: «Звайгзне», 1987; 167.
8. Bir V.J., Ramos T.L., Danovich G.V. Evaluation of living renal donors — a current practice of UNOS transplant centers. Transplantation 1995; 60: 322-327.
9. Chapman J.R., New B. Transplantation. In J.Chapman, M.Deierhoi, C.Wight. Organ and tissue donation for transplantation. London, 1997; 1-19.
10. Najarian J.S., Chavers D.V., McHagh L.E., Matas A.G. 20 years or more of follow up of living kidney donors. Lancet. 1992; 340: 807-810.
11. Squifflet J.P., Pirson Y., Poncellet A. Unrelated living kidney transplantation. Transplant Int., 1990; 3: 32-35.
11. Татьяна Батенёва, Верховный суд вновь отменил приговор по «делу врачей». «Известия науки», 30.03.2006.