

**СОВРЕМЕННАЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ:
ОТКРЫТЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ**

Мальцева Н. Г., Мищенко Е. О.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Трансплантология является одной из самых перспективных областей медицинской науки и практики: она аккумулирует новейшие достижения современной хирургии, реаниматологии, анестезиологии, иммунологии, фармакологии.

Начало развития трансплантологии можно датировать 1954 г., когда американский хирург осуществил первую успешную пересадку почки. В Советском Союзе первая успешная операция по пересадке почки от живого донора была произведена в 1965 г. Академиком Б. В. Петровским. В следующем году им же была осуществлена удачная пересадка почки от трупа.

Уровень трансплантологии в разных странах мира не одинаковый. В целом, к службе трансплантации предъявляются следующие требования: высококачественная профессиональная подготовка специалистов; проведение научных исследований; соблюдение принципов международной кооперации; формирование школы национальной трансплантологии.

«Запретительные тенденции» в БМЭ коснулись и эту отрасль медицины, которая демонстрирует как возможности клинической медицины, так и сложность порождаемых ею этических проблем. К этим проблемам относят: проблему справедливого распределения дефицитных ресурсов здравоохранения; проблему справедливости в распределении между потенциальными реципиентами дефицитных ресурсов (органов и тканей) трансплантологии; моральные проблемы процедуры забора органов от живых доноров; моральные проблемы пересадки органов от трупа; этические проблемы, связанные с торговлей человеческими органами и тканями; проблему донора (особенно при трансплантации таких непарных жизненно важных органов, как сердце, печень, поджелудочная железа и т. д.); научное установление критериев биологической смерти; моральные проблемы трансплантации фетальных органов и тканей; этические аспекты ксенотрансплантации; совершенствование правовых аспектов трансплантации и др.

Этические проблемы сегодняшней трансплантологии, с одной стороны, порождаются самим ее развитием, а с другой — препятствуют ему.

Выбор донора и реципиента. Наиболее оптимальный и высокоморальный вариант — это добровольная жертва одного из своих органов родственником больного. Но не всегда такой вариант возможен, и тогда встает вопрос о постороннем доноре. Если нужный орган близкого человека не подходит больному для пересадки и если его невозможно взять от постороннего лица, то необходимый орган может быть изъят у трупа, причем, чем раньше, тем лучше. Здесь возникает серьезное этическое противоречие. С одной стороны, реаниматологи до последней возможности пытаются спасти жизнь умирающего человека (даже безнадежного больного). С другой — чем скорее умрет один, тем больше вероятность для трансплантологов спасти другого. Поэтому разрешение этой дилеммы остается одной из самых сложных в моральном и правовом отношении.

Добровольное и сознательное согласие человека на взятие у него органов и тканей. При пересадке органа от живого донора основными считаются следующие проблемы: как и в какой степени гарантировать добровольное согласие донора (согласие по принуждению; продажа органов и тканей и т. д.). Операция трансплантации, в соответствии с принципами БМЭ, допустима лишь при наличии информированного согласия не только со стороны больного, но и донора. В то же время их согласие не отменяет личной моральной ответственности врача, ибо именно он решает на калечащую человека операцию изъятия здорового органа. Моральный выбор врача в данном случае остается внутренне противоречивым: с одной стороны, при наличии самоотверженной позиции кого-то из родных ис-

пользуется шанс спасения обреченного больного, с другой — нарушается этическая заповедь «Не навреди!». Тем более что в трансплантологии врач сталкивается не только с удвоенным *оперативным риском* (оперируются не один, а два человека), но и с гораздо большим, чем в остальных областях медицины, *этическим риском*.

В случае изъятия и пересадки органов и тканей от умершего донора долгое время оставался нерешенным вопрос относительно критериев понятия «умерший донор». В соответствии с традиционными критериями, необратимое прекращение работы сердца и легких — достаточное основание для констатации смерти, тогда какой смысл пересаживать нежизнеспособные органы? В обратном случае, нет оснований признать человека умершим. Со временем использовать органы умерших доноров стало возможным, когда был узаконен новый критерий смерти человека — смерть мозга. Именно после этого в течение нескольких дней можно искусственно поддерживать работу сердца, легких, печени.

Выделяют две юридические модели забора органов от трупных доноров: «презумпция согласия» (неиспрошенное согласие) и «презумпция несогласия» («испрошенное согласие», информированное). Первая предполагает, что забор и использование органов из трупа осуществляется, когда умерший при жизни не высказывал возражений против этого, или, если возражения не высказывают его родственники. То есть, если человек не запретил пересадку органа при жизни, то он автоматически становится донором после смерти. Вторая юридическая модель предполагает, что до своей смерти человек явно заявлял о своем согласии на изъятие органа, либо член семьи четко выражает согласие на изъятие в том случае, когда умерший не оставил подобно заявлений. В этой модели важно наличие документально подтвержденного согласия.

Проблема коммерциализации трансплантологии. Возможность продлить жизнь человека и улучшить ее качество с помощью трансплантации органов и тканей таит в себе опасность превращения донорства в коммерческую сделку, где возможны злоупотребления, подкуп, коррупция (покупка или продажа органов человека, покупка приоритетного права в списке очередников на тот или иной донорский орган). Однако запреты и преследования этих проблем не решают. Нельзя, например, опасаясь злоупотреблений, запретить обмен донорскими органами с другими странами и операции по пересадке органов гражданам других государств. Это означало бы не иметь возможности не только передавать, но и получать необходимые обреченным людям органы по международным системам сотрудничества. Так же несостоятельно предложение некоторых законодателей запретить изъятие органов у трупов без прижизненного письменного согласия умерших людей. Это привело бы к закрытию всех программ трансплантации органов и тканей, которые сегодня спасают жизнь и здоровье тысячам людей.

Проблема справедливости в распределении дефицитных ресурсов для трансплантации. Распределение дефицитных ресурсов в соответствии с социальной значимостью индивида или группы является обычным механизмом, более или менее распространенным во всех сообществах. Для реализации равноправия граждан при распределении дефицитных ресурсов здравоохранения, включая такой в высшей степени дефицитный ресурс, как органы и ткани для пересадки, обычно используется два основных критерия: критерий лотереи (отбор пациентов для трансплантации проходит по принципу совместимости пары «донор — реципиент», так называемая «Природная лотерея»); критерий очередности. Однако во многих странах мира существуют возрастные ограничения для реципиентов, а также иногда считается морально оправданным ограничивать доступность программ по пересадке органов, для тех, кто потерял здоровье из-за ненормального образа жизни — наркоманов, алкоголиков. В Беларуси при распределении органов для трансплантации специалисты-трансплантологи руководствуются тремя критериями: степень совместимости; экстренность ситуации; длительность нахождения в «листе ожидания». Все три критерия абсолютно объективны, но всегда есть сомнения, которые создают врачебный опыт и интуиция. Поэтому выбор реципиента — это всегда этический поступок для членов трансплантационной бригады.

Этические аспекты ксенотрансплантации. Ксенотрансплантация — это пересадка органов и тканей от животных к человеку. Попытки переливать кровь от животных к человеку и пересаживать органы имеют давнюю историю. Общественный интерес к ним подогревается неуклонно растущим дефицитом человеческих донорских органов и тканей. В

США ежегодно более 3 тыс. человек умирают, не дождавшись подходящего органа. Наиболее генетически близкими человеку являются приматы. Однако именно вследствие эволюционной близости человеку использование их в качестве доноров вызывает возражения защитников прав животных. Поэтому исследователи предпочитают создавать универсальных доноров органов для человека на базе некоторых пород свиней, физиологическое и анатомическое строение внутренних органов которых достаточно близко человеческому. Умерщвление свиней для этих целей не противоречит сложившимся традиционным стандартам. Более того, условия содержания и умерщвления этих животных в специализированных медицинских лабораториях значительно более гуманны, чем содержание на ферме и забой на скотобойне. Однако, пересаживая человеку органы, к примеру, свиньи, мы рискуем одновременно перенести ему такие заболевания, как бруцеллез, грипп свиней и целый ряд других инфекций. Ряд вирусов, безвредных для животных, попав в условия организма человека, могут стать источником тяжелейших заболеваний. Ксенотрансплантация ставит фундаментальную этическую проблему — является ли человек высшей моральной ценностью, во имя которой можно причинять страдание и боль, а также вызывать смерть других живых существ.

Этико-правовые проблемы в области трансплантации мозга. Несмотря на имеющийся опыт удачного осуществления подобных операций, на их проведение до сих пор наложен мораторий. Здесь к вышеперечисленным вопросам добавились еще более сложные. Во-первых, мозг для пересадки должен быть взят до истечения критического срока его жизни и начала необратимых процессов его разрушения. А это убийство, даже если у умирающего имеются другие травмы, несовместимые с жизнью. Во-вторых, учитывая, что мозг — это орган личности, как определить статус человека с пересаженным мозгом? Становится ли он (юридически и фактически) тем, кем был прежний «владелец» мозга (в семье, в бизнесе и т. д.), или он — тот, кем было и является его тело? Эти проблемы, не имеют пока однозначного ответа, но их актуальность очевидна.

Сегодня современная трансплантология обладает небывалым ранее в ее распоряжении арсеналом средств, которые могут быть использованы как во благо, так и во вред не только конкретному человеку, но и человеческому роду в целом на разных уровнях. Врач располагает средствами, с помощью которых осуществляется значительный контроль над деторождаемостью, жизнью и смертью, человеческим поведением. Действия врача способны влиять на демографию и экономику, право и мораль. И поэтому, игнорирование биоэтических проблем, не только в трансплантологии, но и в медицине в целом, утрата или отказ от моральных оснований врачевания, могут привести к обесцениванию традиционных человеческих христианских ценностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов, С. Д. Биомедицинская этика: практикум / С. Д. Денисов, Я. С. Яскевич. — Минск, 2011. — С. 166–167.
2. Орлова, И. И. Биомедицинская этика: учеб.-метод. пособие / И. И. Орлова. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — С. 19–22.
3. Биомедицинская этика: слов.-справ. / Т. В. Мишаткина [и др.]; под ред. Т. В. Мишаткиной. — Минск: БГЭУ, 2007. — С. 21–22.
4. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. сб. статей / отв. ред. и сост. Б. Г. Юдин. — М., 1998.

УДК 61:378-057.875:687.15

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ПРОБЛЕМЕ СОБЛЮДЕНИЯ ДЕЛОВОГО СТИЛЯ В ОДЕЖДЕ

Мохорева Г. А., Протасовицкая Я. В., Толкач Д. С., Чубукова Т. Н.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Из истории медицины известно, что внешний вид врача внушает доверие пациенту, которое необходимо для успешного лечения больного. Во времена античности и средневе-

ковья еще не существовало представлений об асептике и антисептике. Вместе с тем, методом наблюдения было установлено, что опрятный доктор в чистых одеяниях чаще добивается выздоровления пациента. Во второй половине XX столетия были сформулированы основные правила этики и деонтологии, которые регулируют не только морально-нравственные аспекты поведения медицинских работников, но и касаются внешнего облика врача [1].

В 2016 г. Минздравом был разработан проект постановления, утверждающий Нормы медицинской этики и деонтологии, в котором также были представлены нормы внешнего вида современного работника здравоохранения [2]. В УО ГомГМУ использование делового стиля в одежде принято официально в рамках Положения от 01.09 2014 г.

Вместе с тем, не все молодые врачи и студенты придерживаются делового стиля в одежде. Важное значение для молодых людей играет мода и молодежная культура, что является нормальным явлением в процессе социализации личности. Однако для пациента важен внешний вид и манера общения врача, что может отразиться на успехе лечения. По мнению д.м.н. М. М. Дятлова, студенту медицинского вуза необходимо учиться искусству врачевания и общей культуре врача [1].

Цель

Изучить отношение студентов 3 курса УО ГГМУ к проблеме соблюдения делового стиля в одежде.

Материал и методы исследования

Нами было проведено исследование на базе УО ГГМУ среди студентов 3 курса (19–21 года). Было опрошено 30 девушек и 30 парней. В опрос входили вопросы о внешнем виде врача, регламентировании формы в медицинских учреждениях. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica» 6.0'.

Результаты исследования и их обсуждение

Было опрошено 60 человек в возрасте от 19 до 21 года, являющихся студентами медицинского университета. Среди них 50 % — девушки, 50 % — юноши.

Проведенный опрос показал следующие результаты:

На вопрос «Считаете ли Вы необходимым строгое регламентирование формы в медицинских учреждениях?» ответили утвердительно 39 человек (из них 56,67 % — парни и 73,3 % — девушки). 7 (11,67 %) человек выбрали вариант «При определенных условиях» (а именно: не сильно вычурно, при больших проверках, когда приезжают важные люди, на торжественных мероприятиях, на клинических кафедрах), (рисунок 1).

На вопрос «Как Вы относитесь к врачам на каблуках?» и юноши (17 (56,67 %)), и девушки (19 (63,33 %)) ответили, что каждый сам решает, в чем ему ходить. Менее 10 % опрошенных считают, что каблуки — это неприемлемо (рисунок 2).

Считаете ли Вы необходимым строгое регламентирование формы в медицинских учреждениях?

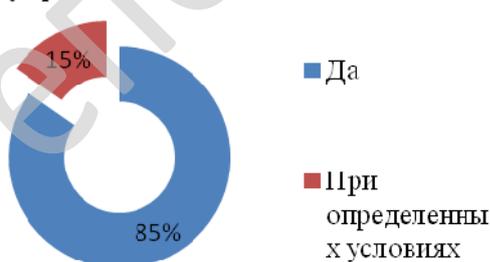


Рисунок 1 — Необходимость регламентирования формы в медицинских учреждениях

Как Вы относитесь к врачам на каблуках?

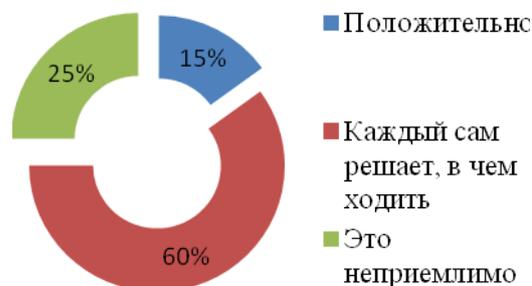


Рисунок 2 — Отношение к врачам на каблуках

На вопрос «Как Вы считаете, насколько длинным должен быть халат у медработника?» большинство (21 (70 %) девушка и 16 (53,33 %) юношей) ответили — две трети бедра. Всего 2 человека высказали мнение о том, что халат у медработника должен быть ниже колена.