

УДК 617-089.844

https://doi.org/10.33619/2414-2948/53/16

## О РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

©*Ташполотов К. Ж., Ошская межобластная клиническая детская больница,  
г. Ош, Кыргызстан*

## ON LIVING-RELATED TRANSPLANTATION

©*Tashpolotov K., Osh Interregional Clinical Children's Hospital, Osh, Kyrgyzstan*

*Аннотация.* В статье приводятся суждения о природе родственной трансплантации. Нужно исходить из того, что любой обреченный на смерть больной, пока дышит, остается личностью, нацеленной на будущее. При родственной пересадке органов врачи поступают нравственно, но с элементами погрешности. А если учесть тот момент, что у врачей есть альтернативный способ — пересадка органов, взятых от трупа; то есть в линейном порядке, тогда они бы поступали нравственно без каких-либо оговорок. В моральных вопросах врачи должны стремиться к доступному оптимуму, руководствуясь моральной ответственностью.

*Abstract.* Article describes the judgment on the nature of living-related transplantation. We must proceed from the fact that any patient who is doomed to death, while breathing, remains a person aimed at the future. With a related organ transplant, doctors act morally, but with elements of error. And if you take into account the fact those doctors have an alternative way — transplantation of organs taken from a corpse; that is, in a linear order, then they would act morally without any reservations. In moral matters, doctors should strive for an affordable optimum, guided by moral responsibility.

*Ключевые слова:* родственная трансплантация, сфера здравоохранения.

*Keywords:* living-related transplantation, field of health care.

Трансплантация, с нравственной точки зрения, оправдана, так как спасает жизнь больного [1]. А с другой стороны, почему врачи, выполняя свой профессиональный долг, должны действовать, исходя из нравственных побуждений, а не на основании доводов здравого смысла? [2]. Начало рассуждений на данную тему уже предлагалось автором в более ранних работах [1–5].

Нас стараются переубедить, что в условиях высокотехнологичной медицины принцип «Не навреди» теряет непогрешимость из-за своей пассивности, тогда как активный принцип — «Помоги обреченному!» — наоборот, актуализируется. Если это касается лишь реципиента, то однозначно 2-й имеет более высокий потенциал и соответствующий вектор приоритетности. Ну, а если это касается донора? И, какой из этих принципов в этом случае демонстрирует более высокую нравственность?

Одни, считают, что 2-й имеет более высокую мораль, чем другие, которые уверены, что у них нет такого долга, что они обязались лишь не причинять лишнего вреда (1-й).

В каком смысле первое убеждение может быть выше второго убеждения, или наоборот? Убеждение о помощи обреченному является истинным. Есть не что иное, как установка, обусловленная высокими технологическими возможностями медицины, с одной стороны, а просчет принципа (2) вызвало бы более высокое моральное негодование, чем другой



принцип (1), с другой стороны; то есть убеждения В просто таковы, что не вызывают в обществе такого чувства [2].

В этой связи, по степени универсальности можно утверждать, что мораль В выше, чем А, так как такая мораль более фундаментальна. Если врачи не последовательны в этом, то они поступают безнравственно. Получается, что более целесообразно придерживаться морали В, чем морали А. А если поискать другие доводы? В основе любого действия лежит добрая воля, намерение, побуждение.

Согласно деонтологической теории нравственности, нравственный или безнравственный характер действия врача определяется тем, на каком побуждении они базируются. Намерения А и В благие, но результаты их действия разные — пассивность в одном случае (1-й) и активность — в другом (2-й). Консеквенциализм утверждает, что нравственность или безнравственность любого действия определяется их последствиями. В таком случае последствия действий В вызовут меньше остракизма, чем действий А. А между тем, в трансплантационной медицине все больше врачей вопреки беспристрастности, последовательно перенимают опыт А, которого, оказывается, нельзя считать нравственно безукоризненным. Вероятно, это и есть проявление «инерции момента». А если взглянуть на проблему с иной стороны [3–5].

Как известно, основанием для поступков являются те или иные ценности. В новой ситуации ценности могут трансформироваться в сторону повышения своей эффективности. К примеру, суперценностями современной медицины уже становится призыв «Помоги обреченному!». В результате этого происходит целенаправленная коррекция этической неопределенности с наращиванием сторонников А.

Вот так возникло новое неравновесие принципов (1-й и 2-й). Возможно ли максимальное расширение пространственно-временной границы 2-ого принципа? Или же, как ответственный принцип, обеспечивающий интегральную эффективность, такую перспективу имеет призыв «Не навреди!»? Вопрос вовсе не праздный. В ее основе лежит представление о парном сравнении предпочтений (1-й и 2-й). Успехи родственной пересадки органов очевидны и это, несомненно, влияет на пересмотр ценностей.

Ситуация, когда нравственные доводы вступают в конфликт с благоразумным, и когда медики отдают предпочтение именно нравственным доводам, начали возникать все чаще. Почему приоритет в решении моральных проблем, начали приписывать возможностям самой медицины? Почему врачи должны быть нравственным за счет донора? Пока никто не отменял «Клятву Гиппократу» — свода нравственных правил, опирающихся на принципе общественного соглашения; нравственно поступает тот, кто подчиняется его условиям. Получается, что нравственные принципы сводятся к доводам благоразумия [4].

По Канту, такой исход логически последовательный: если верить в А, то должны верить и во все, что проистекает из этого А. Поступок нравственно оправдан, если в его основе лежит намерение исполнить не только свой долг, но и если лежащий в основе его принцип (А, В) может быть последовательно принят другими людьми («Универсальный закон»). А может ли принцип «Помоги обреченному!» получить такой статус?

К другим доводам. «Поступай так чтобы все люди, включая тебя самого, были для тебя не только средством, но и, в то же время, целью» — так звучит практический императив Канта. Но что значит обращаться с людьми как со средством? Средство — это нечто для достижения цели. При родственной пересадке — это, донор с которым трансплантологи обращаются как со средством, используя его органы не только в интересах реципиента, но и в своих: так как эта категория врачей относятся к заинтересованной стороне, а потому в их действиях есть последовательность, но нет беспристрастности [3].

Все средства обладают определенного рода ценностью. Каждый ценен сам по себе, так как имеет свою цель, интересы, намерения, возможности, которых целиком невозможно свести к интересам и намерениям других; это внутренняя ценность, игнорировать которую считается безнравственным. Итак, каждый человек не только средство, но и еще и цель. Это напрямую касается и донора, у которого врачи забирают одну почку либо часть печени, снижая при этом его морфофункциональный резерв и, как следствие, понижая его качество жизни [4].

Говоря иначе, врачи искусственно уменьшают у них горизонты будущего. Они же не бесформенная онтологическая масса. В таком случае, можно ли признать метод соответствующим «универсальному закону»? А как быть, когда в трансплантационной практике и врачей используют в качестве средства. Государство или врачебное сообщество, скрепленные общественным соглашением, ценит их лишь потому, что они содействуют реализации здравоохранительной политики [2].

В этом случае врачи рассматриваются как средство. Именно они ответственны за здравоохранительную политику с ее концептом (безусловного!) «долга» и «долженствования».

Нравственно, когда доноры, врачи и реципиенты заслуживают равного к себе уважения: и как цели-в-себе, и как средства, способствующие реализации задач трансплантационной медицины. Поступая с донорами, врачами и реципиентами как со средствами нарушают принципы последовательности и беспристрастности. Человек не может быть средством или иначе условием возможности достижения результата. Он может быть только целью. Каково же соотношение наших поступков, имеющих, казалось бы благоразумное основание и нравственностью? Можно ли считать наши поступки благоразумными вообще? Имеем ли мы право цепляться за нравственные законы, отрицая в то же время саму возможность сохранения жизни человека, во что бы то ни стоило?

Смерть больного следует воспринимать как потерю. Это урон, которого можно назвать растянутым во времени. Со смертью связана такое понятие как нереализованная возможность умершего человека или иначе утрата его будущего. Представьте себе, что больной наполнен планами, мыслями, желаниями, надеждами. Однако, он не дождался донорского органа, от которого зависела его жизнь и умер. В этом случае все они, по сути равнозначные долговременным желаниям больного, утратились, а вместе с ним и будущее больного, как очередная его возможность [1].

Нужно исходить из того, что любой обреченный на смерть больной, пока дышит, остается личностью, нацеленный на будущее. В действиях врачей, пересаживающих обреченному больному донорский орган, содержится концепция будущего (А). Назовем их умонастроение концептуальным [2]. Ну, а с другой стороны, забирая органы от живого донора, врачи также нацелены на будущее, но при этом поступают не концептуально, так как наносят урон здоровью донора (В).

Надо полагать, что нравственный поступок врачей, обладающих будущим в концептуальном смысле, более выше ( $A > B$ ). Можно ли считать, что, поступающие неконцептуально, безнравственны? Способствуя переходу одного состояния человека (донора или реципиента) в другое, врачи определяют, по сути, качество их существования; то есть не просто существовать, а существовать определенным способом. В первом случае, спасая жизнь, а вместо с тем и улучшая качество жизни (А), а во втором, наоборот, нанося урон здоровью донора, ухудшая качества его жизни (В) [3].

В любом случае врачи, устремленные в будущее не концептуально, имеют слабое будущее, тогда как врачи, нацеленные на будущее с концептуальным желанием, обладают более сильным ( $A > B$ ). Однако, вся проблема заключается в том, что врачами эти моменты выполняются в единовременном порядке; то есть, одновременно забирая органы у донора (B) и пересаживая их реципиенту (A) [1].

Итак, при родственной пересадке органов врачи поступают нравственно, но с элементами погрешности. А если учесть тот момент, что у врачей есть альтернативный способ — пересадка органов, взятых от трупа; то есть в линейном порядке, тогда они бы поступали нравственно без каких-либо оговорок. Логика такова, что в моральных вопросах, врачи должны стремиться к доступному оптимуму, руководствуясь моральной ответственностью.

В заключении общее рассуждение. Насколько оптимален в философии медицины концепт-аттрактор «цель–средство–результат»? Нужно отметить, что такой концепт выстраивается на основе метода диалектико–онтологического конструирования и репрезентирует никогда не закликивающейся процесс в современной медицине, порождающий все новые и новые соотношения «цель–средство–результат» [3].

Полагаем, что такая система для философии медицины возможна, а потому есть основание отстаивать ее базисные аксиомы, принципы и построения. Для этого необходима общепринятая и единая методология анализа и синтеза сверхпроблем медицины, так как это продуцирует единообразие философской рефлексии над вопросом: затрата «средства», получения планируемого «результата» как реализация «цели».

Именно такая система может стать внутренней сутью для медицины, сутью отношения медиков к своему объекту профессиональной деятельности, да и социальному миру в целом.

#### *Список литературы:*

1. Ташполотов К. Ж. Сущностные противоречия в природе трансплантологии // Вестник Ошского государственного университета. 2016. №1. С. 57-61.
2. Ташполотов К. Ж., Ешиев А. М. Очерк о некоторых проблемах организации пересадки жизненно важных органов // Медицина: вызовы сегодняшнего дня. 2016. С. 71-73.
3. Ашимов И. А., Ташполотов К. Ж., Ешиев А. М. Суждения о природе родственной трансплантации // Наука и современность. 2015. С. 210-213.
4. Ташполотов К. Ж., Ешиев А. М. Очерк о некоторых проблемах организации пересадки жизненно важных органов // Медицина: вызовы сегодняшнего дня. 2016. С. 71-73.
5. Сагымбаев М. А., Ташполотов К. Ж. О заболеваемости жизненно важных органов в Киргизской Республике // Наука и инновация. 2015. №1. С. 68-72.

#### *References:*

1. Tashpolotov, K. Zh. (2016). Sushchnostnye protivorechiya v prirode transplantologii. *Vestnik Oshskogo gosudarstvennogo universiteta*, (1), 57-61. (in Russian).
2. Tashpolotov, K. Zh., & Eshiev, A. M. (2016). Ocherk o nekotorykh problemakh organizatsii peresadki zhiznennno vazhnykh organov. *In Meditsina: vyzovy segodnyashnego dnya*, 71-73. (in Russian).
3. Ashimov, I. A., Tashpolotov, K. Zh., & Eshiev, A. M. (2015). Suzhdeniya o prirode rodstvennoi transplantatsii. *In Nauka i sovremennost'*, 210-213. (in Russian).

4. Tashpolotov, K. Zh., & Eshiev, A. M. (2016). Ocherk o nekotorykh problemakh organizatsii peresadki zhiznenno vazhnykh organov. *In Meditsina: vyzovy segodnyashnego dnya*, 71-73. (in Russian).

5. Sagymbaev, M. A., & Tashpolotov, K. Zh. (2015). O zabolevaemosti zhiznenno vazhnykh organov v Kyrgyzskoi Respublike. *Nauka i innovatsiya*, (1), 68-72. (in Russian).

*Работа поступила  
в редакцию 02.03.2020 г.*

*Принята к публикации  
11.03.2020 г.*

---

*Ссылка для цитирования:*

Ташполотов К. Ж. О родственной трансплантации // Бюллетень науки и практики. 2020. Т. 6. №4. С. 130-134. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/53/16>

*Cite as (APA):*

Tashpolotov, K. (2020). On Living-related Transplantation. *Bulletin of Science and Practice*, 6(4), 130-134. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/53/16> (in Russian).