

ДОНОРСТВО ОРГАНОВ ПОСЛЕ ЭВТАНАЗИИ. ОБЗОР И КРИТИКА ЗАРУБЕЖНОЙ ПРАКТИКИ

О.Н. Резник¹⁻³

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ ФГБУН «Институт философии Российской академии наук», Москва, Российская Федерация

В статье анализируется проблема эвтаназии, приводится история данного феномена, представляются традиционные этические аргументы «за» и «против», критически оцениваются сложившиеся в некоторых странах Евросоюза, США и Канаде практики донорства органов после эвтаназии или эвтаназии вследствие донорства органов. Дается оценка современному статусу данной неоднозначной практики.

Ключевые слова: эвтаназия, донорство органов, донорство органов после эвтаназии.

ORGAN DONATION AFTER EUTHANASIA. REVIEW AND CRITICISM OF FOREIGN PRACTICE

O.N. Reznik¹⁻³

¹ St. Petersburg Research Institute of Emergency Medicine, St. Petersburg, Russian Federation

² Pavlov University, St. Petersburg, Russian Federation

³ Institute of Philosophy, Moscow, Russian Federation

This paper analyzes the problem of euthanasia, gives the history of this phenomenon, presents traditional ethical arguments for and against this practice, critically evaluates the practice of organ donation after euthanasia or euthanasia as a consequence of organ donation as established in some countries of the European Union, the US and Canada. The current status of this controversial practice is assessed.

Keywords: euthanasia, organ donation, organ donation after euthanasia.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на наметившееся размежевание с западным сообществом, научные идеи, их взаимопроникновение и сотрудничество между профессионалами всегда оставались приоритетом научной жизни, особенно в области высоких медицинских технологий, к которым, безусловно, относится трансплантационная медицина. Для иллюстрации можно привести пример такого обмена идеями, как имплементация в западном научном сообществе открытий С.С. Брюхоненко в области искусственного кровообращения и практики «оживления» органов и хирургических приемов, разработанных В.П. Демиховым в области трансплантации органов [1]. В свою очередь, принятие российским медицинским сообществом

концепции смерти мозга последовало спустя 25 лет после международного признания протокола ее установления согласно критериям Медицинской школы Гарварда [2]. Взаимопроникновение идей целесообразно при сохранении этической основы технологии трансплантации вне зависимости от культурных кодов разных стран и цивилизаций.

Философско-этические и нравственные основы оказания трансплантационной помощи так же важны, как и хирургические технологии. Общеизвестными являются следующие проблемы, препятствующие повсеместному планомерному развитию трансплантации: это появление впервые в истории медицины в связке «пациент–врач» наличия дополнительного субъекта – донорских органов, которые являются «лечебным средством» для нуждающихся

Для корреспонденции: Резник Олег Николаевич. Адрес: 190031, Санкт-Петербург, пер. Гривцова, д. 9. Тел. (921) 935-51-91. E-mail: onreznik@gmail.com

Corresponding author: Oleg Reznik. Address: 9, Pereulok Grivtsova, Saint-Petersburg, 190031, Russian Federation. Phone: (921) 935-51-91. E-mail: onreznik@gmail.com

в пересадке пациентов. Получение же донорских органов является трудной задачей не только в контексте хирургического и других медицинских аспектов, таких как работа мультидисциплинарных команд в процессе диагностики смерти мозга и организации эксплантации, но и с точки зрения повседневной просветительской работы с обществом, с широкими слоями населения. Получение и сохранение кредита доверия со стороны общества по отношению к врачам-трансплантологам является важнейшей задачей. В результате существования означенных выше проблем главным препятствием для повсеместного распространения трансплантационной помощи остается дефицит донорских органов. Так, по данным организации Global Observatory on Donation and Transplantation, представленным в ежегодном Информационном бюллетене по трансплантации за 2023 год, в мире было выполнено 102 090 пересадок, а в листе ожидания находилось 361 197 пациентов (на примере пересадки почки, информация из отчетов 86 стран, в том числе, Китая, Индии, Испании и Соединенных Штатов Америки (США), актуальная на 31.12.2022) [3]. Ситуация в отечественной трансплантологии регулярно освещается в Регистре Российского трансплантологического общества, и согласно его XV сообщению, в 2022 году в России было выполнено 2555 трансплантаций [4], а количество пациентов в листе ожидания донорских органов составляло 8378 человек (данные 2019 года из Отчета главного внештатного специалиста трансплантолога МЗ России академика С.В. Готье) [5].

Традиционными источниками донорских органов являются доноры с установленным диагнозом «смерть мозга», доноры после необратимой остановки кровообращения, прижизненные доноры органов или их частей (почки, часть печени, поджелудочной железы или легкого).

Однако в последнее время в некоторых странах Евросоюза, 8 штатах США и Канаде сложились такие практики преодоления дефицита донорских органов, которые носят ультралиберальный характер, в частности, осуществление посмертного донорства органов после эвтаназии и в том числе реализация эвтаназии вследствие донорства органов.

Несмотря на запрет эвтаназии в Российской Федерации, этические опасности осуществления донорства органов после добровольного ухода из жизни требуют внимательного анализа, так как подобные, достаточно проработанные, методы решения проблемы дефицита донорских органов способны подорвать альтруистическую основу данного вида медицинской помощи.

Предпринятое исследование научной литературы имеет своей целью с критической точки зрения осветить историческую перспективу эвтаназии, проследить ее становление и превращение в неотъем-

лемую составляющую современной медицинской зарубежной практики, дать оценку противоречивой технологии донорства органов после эвтаназии.

ИСТОРИЯ ДИЛЕММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО УХОДА ИЗ ЖИЗНИ

Споры об этической обоснованности прекращения жизни безнадежно больного или испытывающего невыносимые страдания человека по его воле – эвтаназии – ведутся на протяжении вот уже почти трех тысяч лет и восходят к античным временам. Платон и Сократ, например, считали вполне приемлемым заканчивать жизнь тех, кто к ней не приспособлен. Стоики, от Зенона до Сенеки, рассматривали акт добровольного ухода из жизни как храбрый шаг и благородную альтернативу пассивному принятию тяжелых последствий долгой болезни или действий других людей. Аристотель считал поиск смерти как избавления от страданий или боли актом трусости и потому отвергал эвтаназию, а Пифагор и его последователи верили в священную природу жизни и не допускали возможности ее добровольного прекращения человеком. Уже тогда выделяли *активную* эвтаназию, против которой выступал Гиппократ прямо в тексте своей клятвы («я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла»), и *пассивную*, которую он же поддерживал, считая допустимым, если врач не станет лечить «пациента, над которым болезнь взяла верх» [6–8].

Обозначенная в древние времена философская дилемма эвтаназии актуальна и сейчас, при этом примечательно изменение тона дискуссии о ней: вместо абстрактных философских изысканий сегодняшние специалисты по биоэтике рассматривают эту неоднозначную практику как неотрывно связанную с современной медицинской деятельностью.

В своем основательном труде «Медицина и забота об умирающих: современная история» специалист в области проблем общественного здравоохранения, профессор Милтон Дж. Льюис обстоятельно исследует отношение общества и отдельных людей к смерти, прослеживает, как на протяжении веков феномен гибели человека постепенно лишался сакральной и религиозной основы, утрачивал статус важнейшего ритуала, превращаясь по мере становления медицины во все более рутинное явление, пока наконец умирание и смерть не превратились в одну из частей врачебной деятельности и стали сначала медицинской обыденностью, а затем приобрели утилитарный компонент [9].

В этой же работе приводится одно важное уточнение. Эвтаназию как *убийство из милосердия* впервые серьезно начал пропагандировать в 1901 году представитель британской медицинской школы К.Э. Год-

дард, врач – организатор здравоохранения, не клиницист. Он выделил два класса больных, для которых прекращение жизни желательно: безнадежно больные и пациенты с наследственной патологией, чью бесполезную жизнь предлагалось принудительно прекращать. Когда к этой риторике присоединился философ Морис Метерлинк, критикуя врачей за стремление продлевать жизнь пациентов любой ценой, с ответом выступили представители практической медицины в лице врача, писателя и исследователя проблемы лечения боли Роберта У. МакКены: *«Абстрактные аргументы об убийстве из милосердия incurable больных с легкостью подбираются, когда их автор не имеет дела с такими больными и не несет личной ответственности за подобные действия – медицина есть искусство врачевания, а не ведения дел со смертью; в конечном счете призывы такого рода основаны на эгоизме тех, кто не выносит тяжести собственных переживаний о страданиях других»* [9]. Представленная выдержка наглядно иллюстрирует, насколько далеко могут быть друг от друга практикующие специалисты и отвлеченные мыслители при обсуждении методик и практик, не только косвенно затрагивающих пациента, но и непосредственно относящихся к его жизни и смерти. Рассмотрим в общих чертах основные аргументы в пользу эвтаназии и против нее.

Аргументы в пользу эвтаназии

В обзорной статье от 1994 года «Эвтаназия. Исторические, этические и эмпирические перспективы» практикующий онколог, специалист по биоэтике и противник эвтаназии Иезекииль Дж. Эмануэль приходит к заключению, что аргументы в поддержку эвтаназии остаются удивительно постоянными с того момента, как были впервые сформулированы в 1870 году, и приводит их.

1. Автономия личности – поскольку универсального права на достойную жизнь для всех людей не существует и каждый волен жить в соответствии со своим определением достоинства, обществу ничего не остается, кроме как делегировать человеку право не только достойно жить, но и уходить из жизни, сохраняя достоинство, то есть отказавшись от лечения, если он этого действительно хочет.
2. Принцип благотворительности/благодеяния, как и автономия личности, один из фундаментальных биоэтических принципов, который приравнивается к «не навреди» и предписывает врачу действовать в интересах пациента, прекращая его страдания, когда речь идет об эвтаназии.
3. Эвтаназия ничем не отличается от приостановления или прекращения поддерживающей жизни терапии у терминальных больных, так как в обоих случаях пациент в конечном счете умирает.

Разница лишь в том, что при эвтаназии врач сам вводит препарат, который заканчивает страдания больного, и в этом сторонники эвтаназии не видят морального противоречия, замечая, тем не менее, что действия врача по природе принципиально разные.

4. Наконец, утверждается, что вероятные негативные последствия разрешения эвтаназии абстрактны и слишком умозрительны для того, чтобы можно было на основе этого выстраивать государственную политику в отношении данной практики. Так, например, разрешение эвтаназии в Нидерландах не привело к ожидаемому снижению доверия граждан к медицинским специалистам [10].

Аргументы против эвтаназии

Противники эвтаназии, подбирая контраргументы, обращаются к уже упомянутому базовым принципам биоэтики.

1. Так, например, считается, что автономия личности эвтаназию не оправдывает. Автономия личности как этический принцип действует только в «идеальных условиях», когда по умолчанию подразумевается, что на выбор, решения, убеждения и желания человека не оказываются влияния извне, он не является объектом манипуляции и/или принуждения [11].
2. Принцип благотворительности/благодеяния также не является достаточным основанием для эвтаназии, так как ни врачи, ни система здравоохранения в целом не предлагают на сегодняшний день полноценных протоколов по достаточному купированию болевого синдрома у безнадежных пациентов, равно как и нет алгоритмов по избавлению от страданий в достаточной степени, и потому обращаться к эвтаназии преждевременно.
3. Оппоненты эвтаназии однозначно разделяют с позиции этики «медицинское убийство», когда врач предпринимает активные действия по прекращению страданий пациента, и прекращение участия врача в естественном течении неизлечимой болезни, которая однозначно приведет со временем к гибели больного, считая неуместными какие-либо интервенции и приемлемым пассивное наблюдение за уходом из жизни терминального больного.
4. Наконец, противники эвтаназии рассматривают ее легализацию как «опасную государственную политику» (*perilous public policy*), способную оказать пагубное влияние как на взаимоотношения врача с пациентом, так и на медицинскую деятельность вообще. Кроме того, легализация эвтаназии может подорвать сострадательную и гуманистическую основы заботы о неизлечимо больных, когда вместо вдумчивого контроля проявлений заболевания выбор будет делаться в пользу «облегчения» страданий пациента и «решения»

проблем врача вплоть до установки в конечном счете знака равенства между убийством и исцелением [10].

При обсуждении эвтаназии нередко используется аргумент «наклонной плоскости», «скользкого склона» или «скользкого пути» (slippery slope), смысл которого передал директор Наблюдательного совета по биоэтике Института наук о жизни Католического университета Валенсии Юсто Азнар в своей недавней статье следующим образом: *«Когда открываются условные двери для этически неоднозначного явления, мы знаем, что это явление сквозь них пройдет. Но мы не можем знать, что еще будет проходить через эти двери с течением времени и будет ли в какой-то момент то, что через них проходит, этически не приемлемым»* [12]. В указанной работе приводятся три вызывающих вопросы последствия легализации эвтаназии: 1) практика эвтаназии может быть применена к людям с психиатрическими расстройствами, которые не являются терминальными больными в классическом понимании и не испытывают невыносимых страданий; 2) становится возможной эвтаназия для новорожденных, детей и подростков; 3) возникают предпосылки для недобровольной эвтаназии [12].

В книге «Эвтаназия, этика и государственная политика (аргументы против легализации)» соответствующая глава под названием «Аргументы о скользком пути» начинается с такого определения: *«Скользкий путь» заключается в том, что если предлагается принять предложение «А», которое, по мнению людей, не является аморальным, то оно, тем не менее, должно быть отвергнуто, поскольку это, скорее всего, приведет к «Б», которое, по всеобщему мнению, является аморальным»* [13]. Далее авторы делают вывод о том, что эвтаназия неприемлема, приводя эмпирические и логические доводы в пользу такой позиции. Если эвтаназия приемлема для «безнадежно больных», которые испытывают «невыносимую боль» и которые также дали «добровольное и информированное согласие», выразив его в форме «последнего желания», то нет никаких препятствий «ослабить» законодательство в будущем, дав возможность добровольно уходить из жизни тем, кто «не терминально болен», а, например, «испытывает хроническую боль», «физический дискомфорт» или «экзистенциальный кризис», так как автономия личности «не знает» условных границ, определенных законодательством, а обеспечить соответствующие гарантии и/или составить детально проработанные рекомендации, обеспечивающие реализацию социально приемлемой «идеальной эвтаназии», государство, по мнению авторов, не в силах [13]. В книге «Эвтаназия и помощь в самоубийстве: опыт Бельгии» исследуется возможность легализации добровольного ухода из жизни для людей, которые жизнью не

удовлетворены, при этом не страдают от неизлечимого заболевания и не испытывают невыносимых страданий, но не желают продолжать жить по субъективным причинам. В качестве примера приводится случай, когда гражданка Великобритании, *«устав от жизни в современном обществе»* обратилась в швейцарскую организацию Dignitas, где ей была оказана медицинская помощь в самоубийстве [14].

Как будет показано далее, биоэтическая рефлексия традиционно отстает от прогресса в медицине, тем не менее успевая точно предсказать последствия «скользкого пути».

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭВТАНАЗИИ: ОТ «МЕДИЦИНСКОГО САМОУБИЙСТВА» К «СМЕРТИ С ДОСТОИНСТВОМ»

В качестве иллюстрации приведем классическую классификацию эвтаназии и проследим затем эволюцию терминологии.

1. Добровольная активная эвтаназия (voluntary active euthanasia). Намеренное введение лекарственных препаратов или использование других медицинских средств, приводящих к смерти пациента, которое осуществляется по явно выраженному запросу последнего и производится после получения полностью добровольного информированного согласия.
2. Принудительная активная эвтаназия (involuntary active euthanasia). Намеренное введение лекарственных препаратов или использование других медицинских средств, приводящих к смерти пациента, которое осуществляется в случае, когда пациент был дееспособен, но не выражал явного запроса и/или не давал добровольного информированного согласия на процедуру, например, в случае, когда его не спросили.
3. Недобровольная активная эвтаназия (nonvoluntary active euthanasia). Намеренное введение лекарственных препаратов или использование других медицинских средств, приводящих к смерти пациента, которое осуществляется в случае, когда пациент является недееспособным и поэтому не может запросить эвтаназию, например, находясь в коме или страдая от психиатрического заболевания.
4. Прекращение поддерживающего жизнь лечения (passive euthanasia). Отказ в оказании медицинской помощи, направленной на поддержание жизни пациента, или прекращение оказания такой помощи, с тем чтобы позволить ему умереть.
5. Непрямая эвтаназия (indirect euthanasia). Введение наркотических или других лекарственных средств для купирования болевого синдрома в достаточных для угнетения дыхания и смерти пациента дозировках.

6. Самоубийство при содействии врача (physician-assisted suicide). Врач предоставляет пациенту лекарственные средства или выражает готовность провести вмешательства, осознавая, что пациент таким образом планирует совершить самоубийство [10].

Интерес представляет последний пункт, так как в нем впервые артикулируется непосредственное участие медицинских специалистов в прекращении жизни пациентов. Характерно изменение тона рассуждений о «самоубийстве при содействии врача», проявляющееся в смещении акцентов от потенциально тревожащих терминов «самоубийство», «убийство» в сторону медицинской *помощи* или *содействия в умирании*. В соответствии с определением Американской медицинской ассоциации врачебное содействие в умирании представляет собой «средства и/или информацию», *способствующие* принятию решения об уходе из жизни [15]. В публикации на страницах Йельского журнала биологии и медицины приводятся и такие синонимы: «право на смерть», «смерть по назначению врача», «смерть с достоинством», аббревиатуры AiD (Aid in Dying) и MAiD (Medical Aid/Assistance in Dying), которые считаются как «помощь» или производное от «прислуживания» и позволяют сторонникам эвтаназии не только говорить о смерти, но и принимать непосредственное участие в ней, избегая негативной трактовки своих действий [16]. Авторы, занимая нейтральную позицию, выражают обеспокоенность неявными или непредумышленными последствиями легализации практики добровольного ухода из жизни.

Во-первых, это «распространение самоубийств» (англоязычный термин suicide contagion буквально переводится как «инфекция самоубийств»), явление, впервые описанное социологом Дэвидом Филлипсом в 1970 году, которое сводится к следующему: за самоубийством известной личности следует всплеск самоубийств среди простых членов общества [17]. В качестве примера приводится случай Бриттани Мейнард, американской активистки, которая страдала от глиобластомы последней стадии, пропагандировала «помощь в умирании» и добровольно ушла из жизни 1 ноября 2014 года в возрасте 29 лет. В следующие месяцы количество «смертей с достоинством» в штате Орегон, где эвтаназия легализована с 1997 года имеющим подходящее название «Актом о смерти с достоинством» [18], удвоилось [16]. Существование в США и Канаде таких организаций, как Death with dignity [19] и Dying with dignity [20] соответственно, отражает направленную политику по популяризации добровольного ухода из жизни. Так, например, на домашней странице американского ресурса пользователя встречается лозунг «Мы все должны иметь право умереть с достоинством», а канадский ресурс открывается слоганом «Это твоя

жизнь. Это твой выбор». Данные ресурсы носят не только информационный характер, но предлагают занять активную позицию в отношении добровольного ухода из жизни, буквально предлагая «бороться» за право на эвтаназию.

Во-вторых, уделяется внимание проблеме клинической депрессии. До половины пациентов с онкологическим диагнозом и люди старшей возрастной группы, рассматривающие добровольный уход из жизни, имеют признаки депрессивного расстройства, однако целенаправленный скрининг депрессии у них не проводится. Обозначенные категории лиц составляют более 70% от общего числа добровольно ушедших из жизни в штате Орегон, при этом профессиональная психиатрическая или психотерапевтическая помощь предлагается менее чем 5% из них [16]. В официальных источниках приводится следующая информация: за 2021 год в штате Орегон было зафиксировано 383 случая эвтаназии, а психиатрическое освидетельствование проводилось только у 2 пациентов [21]; в 2020 году из 188 пациентов психиатрическая помощь была предложена лишь одному [22]. В Канаде, где эвтаназия также легализована, в 2021 году зафиксировано 10 064 случаев добровольного ухода из жизни, при этом консультация психиатра состоялась лишь в 644 из них [23]. Проведение эвтаназии у нетерминальных пациентов психиатрического профиля отражено в практике добровольного ухода из жизни граждан Бельгии [24]. Помимо упомянутых Канады, Бельгии, Швейцарии и штата Орегон «медицинская помощь в умирании» сегодня легальна в Нидерландах, еще 7 штатах США (Вашингтон, Калифорния, Монтана, Колорадо, Нью-Мехико, Мэн, Вермонт; в Пенсильвании, Мичигане, Нью-Йорке и Массачусетсе законопроекты о легализации эвтаназии находятся на рассмотрении), Австралии, Колумбии, Люксембурге, Португалии, Испании и Новой Зеландии [25].

Приведенные выше примеры позволяют судить о либерализации практики эвтаназии, когда достаточным основанием для добровольного ухода из жизни может служить не неизлечимая болезнь или невыносимые страдания дееспособного человека, но психиатрические расстройства, такие как депрессия, шизофрения, расстройства аутистического спектра, посттравматические стрессовые расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности, анорексия [26, 27], равно как и субъективная неудовлетворенность жизнью, «усталость от нее» [14]. В комплексном обзоре по результатам первого «круглого стола», посвященного донорству органов после эвтаназии, опубликованном на страницах American Journal of Transplantation в 2022 году, суммируются показания к «добровольному уходу из жизни с медицинской помощью». К ним относятся: 1) невыносимые страдания без перспективы улучшения со-

стояния больного; 2) невыносимые физические или психические страдания; 3) постоянные физические или *душевные* страдания без перспективы улучшения состояния пациента; 4) невыносимые физические или *психологические* страдания, которые невозможно облегчить способом, приемлемым для человека, их испытывающего; 5) страдания, которые невозможно облегчить способом, приемлемым для человека, их испытывающего (но *не обязательно* невыносимые); 6) постоянные и невыносимые физические или *психологические* страдания (без уточнения о возможных способах их облегчения); 7) интенсивные страдания без доступного способа их облегчить. Там же указывается, при каких *особых* медицинских условиях возможна эвтаназия: 1) неизлечимая болезнь или состояние; 2) тяжелая болезнь или инвалидность; 3) тяжелая прогрессирующая болезнь; 4) тяжелое, прогрессирующее заболевание, которое неминуемо приведет к смерти пациента. При этом в Нидерландах, Бельгии и Колумбии соблюдения особых медицинских условий не требуется [28]. Представленная информация указывает на отсутствие консенсуса в сообществе экспертов, открытыми остаются вопросы о возможности объективной оценки психологических и/или душевных страданий, действительно ли невозможно вылечить *тяжелое* (не неизлечимое) заболевание, полноценно ли используются средства паллиативной помощи нуждающимся в ней пациентам, наконец, не являются ли представители гражданского общества объектами манипуляции со стороны заинтересованных профессионалов.

Популяризация концепции эвтаназии в западном обществе косвенно подтверждает возможность такой манипуляции и формирует предпосылки для необдуманных и потенциально опасных решений, касающихся вопросов жизни и смерти, представителями уязвимых социальных групп. Так, например, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается около 280 миллионов человек с установленными признаками депрессивного расстройства, более 700 тысяч смертей ежегодно происходят в результате самоубийств, которые к тому же являются одной из ведущих причин смерти молодых людей в возрасте 15–29 лет [29].

В связи с изложенным выше требуют отдельного внимания устоявшиеся в Бельгии, Канаде, Нидерландах и Испании практики донорства после эвтаназии, в которых под гуманистической идеей спасения жизни нуждающихся в трансплантации пациентов за счет органов тех, кто принял решение из жизни добровольно уйти, может скрываться утилитарное стремление радикально расширить пул доступных донорских органов за счет этически не обоснованных способов, подрывающих альтруистическую основу трансплантации.

КРИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРАКТИКУ ДОНОРСТВА ОРГАНОВ ПОСЛЕ ЭВТАНАЗИИ

Пионерский опыт донорства органов после эвтаназии принадлежит Бельгии, где первый такой случай был зафиксирован в 2005 году, спустя 3 года после ее легализации. Если в 2002 году в Бельгии было зафиксировано всего 24 случая эвтаназии, то в 2022 году добровольно ушли из жизни 2966 человек, всего же за 10-летний период к данной практике обратилось 30 185 человек [30]. Нидерланды являются лидерами по количеству добровольно ушедших из жизни людей – в период с 2002-го по 2021 г. эвтаназия была одобрена для 82 963 человек [26]. В Канаде эвтаназия была легализована в 2016 году, и по данным «Третьего ежегодного отчета о медицинской помощи в умирании», который «с гордостью» анонсировал министр здравоохранения Канады, за 2021 год, в этой стране добровольно ушли из жизни 31 664 человека [23]. Можно констатировать, что неуклонный рост случаев эвтаназии в странах, где она легализована, в последние годы приобретает характер эпидемии.

Еще в 2017 году на страницах JAMA Network известный исследователь проблемы донорства органов после эвтаназии Ян Боллен предположил, что около 10% умерших вследствие эвтаназии могли бы стать донорами органов и высоко оценил перспективы продвижения добровольного донорства органов после эвтаназии как эффективного способа борьбы с дефицитом донорских органов [31]. Данная практика находится на начальном этапе своего развития, о чем свидетельствуют скромные показатели донорства вследствие эвтаназии: до 2021 года было зафиксировано всего 286 случаев донорства органов после добровольного ухода из жизни [28]. Нереализованный пул доноров в перечисленных странах, если использовать предложенную оценку, насчитывал приблизительно 14 500 пациентов, что не может находиться вне поля зрения специалистов-трансплантологов.

В 2016 году команда авторов под руководством Я. Боллена опубликовала на страницах American Journal of Transplantation статью под названием «Донорство органов после эвтаназии: голландское практическое руководство» [32], в котором обстоятельно описываются организационные основы донорства органов после эвтаназии. Особое внимание уделяется этической составляющей процедуры. Врачу предписывается выяснить, не является ли желание пациента уйти из жизни результатом *давления* со стороны нуждающегося в трансплантации больного, постараться не препятствовать альтруистическим намерениям будущего донора, обозначается также обязанность врача провести беседу о возможном донорстве органов после эвтаназии в тех случаях, когда пациент не знает о такой перспективе, апеллируя к праву

пациента на самоопределение как частного случая автономии личности и формируя у него благородный образ акта донорства [32].

В 2023 году на страницах издания «JBI Evidence Synthesis» был опубликован фундаментальный анализ научной литературы, посвященный донорству органов после эвтаназии, представленный в двух частях. Первая часть посвящена этическим и правовым основам данной практики (они были рассмотрены выше). Вторая – существующим клиническим алгоритмам донорства органов после эвтаназии. Характерен выбор издания, поскольку «JBI», как следует из описания на официальном сайте, – это всемирная организация, продвигающая и поддерживающая научно обоснованные решения и лучшие практики, улучшающие здоровье и оказание медицинских услуг [33]. Предполагается, видимо, что донорство органов после эвтаназии и есть научно обоснованное решение и лучшая практика по преодолению дефицита донорских органов. Так как на самом деле реализуется практика донорства органов при эвтаназии?

Донорство органов после медицинского содействия при уходе из жизни является многоступенчатым процессом, который может реализовываться в условиях клиники, у пациента дома или начинаться дома, а завершаться в клинике. Пациенты, выражающие желание стать донорами после эвтаназии, как правило, госпитализируются, так как это позволяет специалистам постоянно контролировать состояние пациента, своевременно перемещая его в операционную, с тем чтобы свести к минимуму ишемическое повреждение органов. Основными этапами добровольного ухода из жизни с последующим донорством органов в условиях стационара являются: 1) получение запроса на медицинское содействие при уходе из жизни; 2) обработка и подтверждение запроса; 3) обстоятельное обсуждение возможности донорства органов; 4) получение информированного добровольного согласия; 5) проведение необходимых исследований, подтверждающих возможность донорства; 6) планирование процедуры получения донорских органов; 7) определение даты проведения процедуры; 8) госпитализация; 9) повторное подтверждение согласия на добровольный уход из жизни; 10) собственно медицинское содействие в умирании; 11) констатация смерти; 12) эксплантация донорских органов [34].

Альтернативным, и как считают авторы, более гуманным алгоритмом донорства органов после эвтаназии представляется инициация процедуры ухода из жизни в домашних условиях, в знакомом окружении, в кругу родственников, что обеспечивает дополнительный комфорт и поддерживает автономию личности пациента. В таком случае после получения запроса на медицинское содействие при умирании домой к пациенту направляется специ-

альная комиссия, члены которой проводят беседу о перспективе донорства органов с ним и его родственниками, предоставляют при необходимости информационные материалы о процедуре эвтаназии и следующей за ней эксплантации донорских органов, отвечают на вопросы и выражают готовность оказать необходимую поддержку на всех этапах процедуры. После получения добровольного информированного согласия определяется дата проведения процедуры, в назначенный день врач вводит пациента в медикаментозный сон, проводит объективный контроль отсутствия реакции на внешние раздражители, затем в домашних условиях проводится эндотрахеальный наркоз, и только после этого будущий донор транспортируется в стационар, где, не приходя в сознание, умирает при содействии врачей и после констатации смерти становится донором органов [25]. В некоторых случаях смерть пациента может наступать в домашних условиях, тогда интубация трахеи осуществляется после констатации смерти, и вслед за этим умерший транспортируется в стационар для эксплантации донорских органов.

В странах, где донорство органов после эвтаназии возможно, желание добровольно уйти из жизни сегодня неразрывно связано с необходимостью принимать решение о донорстве органов. Отдельно уточняется, что вести беседы с пациентом и/или его родственниками о донорстве до окончательного решения о добровольном уходе из жизни не следует. Вместе с тем делается акцент на корректном освещении как практики добровольного ухода из жизни, так и перспективы донорства органов после эвтаназии в средствах массовой информации, поскольку успех процедуры зависит от ее восприятия обществом и осведомленности о ней граждан [34]. Подчеркивается, что согласие на донорство органов после эвтаназии – это достойное и благородное выражение «последней воли» решившегося на добровольный уход из жизни человека, которое имеет альтруистическую основу, соотносится с автономией личности, в полной мере соответствует идее о «смерти с достоинством» и позволяет *«передать дар жизни тем, кто в нем нуждается»* [35].

Легитимизация донорства органов после эвтаназии как проработанной и этически приемлемой практики заложила основу новой, более смелой концепции – эвтаназии вследствие донорства органов. Такой подход активно обсуждается как «оптимальный способ сохранения качества донорских органов» [36, 37], при котором смерть пациента наступает вследствие эксплантации органов с соблюдением почти всех необходимых этических принципов: пациент, исходя из автономии своей личности, добровольно соглашается на эвтаназию вследствие донорства органов, действуя на финальном этапе своей жизни из альтруистических соображений. Нерешенной остается

проблема соблюдения одного из фундаментальных правил посмертного донорства – правила смерти донора, которое гласит: «донор должен быть признан умершим прежде, чем будет произведена эксплантация». Решения, однако, предлагаются. В 2021 году Д. Гардье и соавторы на страницах *British Journal of Anesthesia* опубликовали современный взгляд на правило смерти донора. Авторы указывают на неоднозначность данного принципа, ссылаясь для примера на регулярно изменяющиеся неврологические критерии смерти, которые с момента формулировки «Гарвардских критериев» в 1968 году претерпели 7 крупных пересмотров, а стартовавший в 2019 году *World Brain Death Project* дополнительно подтверждает отсутствие консенсуса в профессиональном сообществе [38]. В конечном счете, по мнению Д. Гардье, правила остаются правилами ровно до тех пор, пока специалисты готовы им следовать.

В Журнале по этике Американской медицинской ассоциации в 2020 году вышла статья под названием «Пересмотр ошибочных правовых основ правила смерти донора», в которой предлагается радикально его переосмыслить как неполноценный способ защиты врачей-трансплантологов от юридической ответственности и перейти к разработке таких правовых основ донорства органов, которые допускали бы донорство органов у еще живых пациентов и делали бы возможным *«убийство, оправданное с медицинской точки зрения»*, приводя в качестве примера таких *«допустимых форм убийств»* практику эвтаназии [39]. В качестве подкрепления своей позиции авторы приводят результаты небольшого социологического исследования, проведенного в 2015 году в США, в котором участникам предлагалось ответить на гипотетический вопрос о том, насколько допустимо, по их мнению, наступление смерти пациента в коме вследствие эксплантации у него органов. Такую практику посчитали приемлемой с правовой точки зрения 778 из 1096 респондентов [40]. Теперь необходимо дождаться результатов аналогичных социологических исследований, в которых бы рассматривался *гипотетический* сценарий эвтаназии вследствие донорства органов у пациентов, испытывающих не всегда невыносимые страдания, физические или душевные, а в некоторых случаях чувствующие неудовлетворенность жизнью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сторонники эвтаназии, и в том числе практики донорства органов после добровольного ухода из жизни, говорят о них как о «прогрессивных направлениях», основанных в первую очередь на сострадании. Вместе с тем они встречают активную критику со стороны врачей-онкологов и специалистов паллиативной медицины. Врачи этих специальностей в своей ежедневной практике сталкиваются с паци-

ентами, шансы которых выздороветь невелики, так почему же они выступают против такого *гуманного* способа облегчить страдания как добровольный уход из жизни?

В критической статье на страницах журнала Американского общества клинической онкологии Марк А. О'Рурк с соавторами выступают против легализации добровольного ухода из жизни при участии врача, рассматривая такую практику как порочную и основанную на феномене «экстремальной автономии», сводящемся к стремлению неизлечимо больного человека точно контролировать время и обстоятельства своей смерти, при этом основанием для требования прекратить свою жизнь при помощи врача являются не невыносимые страдания, но утрата чувства собственного достоинства и неспособность выполнять «приятные повседневные дела». Авторы обращаются к главному постулату паллиативной помощи – не существует ситуации, в которой ничего нельзя сделать, а практики медицинского самоубийства рассматривают как в корне противоречащие призванию врача, который обязан использовать все свои силы, знания и навыки, чтобы помочь пациенту, но никак не убить его [41].

В публикации под названием «Ассистированный суицид – проблема XX века, паллиативная помощь – решение XXI века» врач паллиативной медицины Мэттью Доре также выступает с резкой критикой эвтаназии, называя ее регрессивной практикой, не имеющей ничего общего с «достоинством» и «состраданием». Приведем короткую цитату из его работы: *«Доктор Мэтт, знаете, мой отец научил меня пользоваться ложкой, кататься на велосипеде, стирать и одеваться, быть справедливым и щедрым. Он научил меня быть хорошим мужем и отцом, он научил меня достойно встречать старость... Он научил меня всему, что я знаю, и знаете что, теперь он научил меня еще и тому, как умирать»* [42]. В этой несколько наивной цитате угадывается истинная сущность эвтаназии, обращение к ней конкурирует с естественным течением жизни, лишает ее исполненности, законченности, когда, переживая трагический опыт, в конечном счете мы осознаем, что умирание и смерть есть интимные и неотъемлемые составляющие жизни. Медицинский суицид представляется в этом смысле суррогатным способом «достойного» ухода из жизни, формирует необоснованный страх перед процессом умирания и лишает нас понимания, что единственный способ с этим страхом справиться – упредить его.

При анализе научной литературы по проблеме эвтаназии и донорства органов после эвтаназии становится очевидной неоднозначная природа устоявшихся в Европе и США практик. Отмечается деградация института биоэтики, которая из морального стража медицины превратилась в ряде стран в «этическую

ширму», прикрывающую эксплуатацию членов уязвимых социальных групп и их принуждение, по сути, к смерти («с достоинством») под благородным предлогом спасения чужой жизни. Автономия личности, альтруизм, личное достоинство и принцип благодеяния из фундаментальных принципов биоэтики целенаправленно превращаются в суррогатные этические нормы, оправдывающие «медицинское убийство» ради решения проблемы дефицита донорских органов.

Еще в 2012 году австралийский философ и специалист по биоэтике Джулиан Савулеску и профессор медицинской этики Университета Оксфорда Доминик Вилкинсон в статье «Следует ли разрешить донорство органов при эвтаназии? Альтернативы для максимального увеличения количества и качества органов для трансплантации» призвали профессиональное сообщество следовать этическому принципу максимальной полезности (principle of maximum utility), с тем чтобы «максимально увеличить количество доступных для трансплантации органов» [43]. Приходится констатировать, что принцип утилитарности (от англ. utility) соблюдается неукоснительно, но, к сожалению, не упоминается в публикациях о благородной «смерти с достоинством» не всегда безнадежных больных. Принятие решения о прекращении жизни человека сегодня, с последующим донорством органов или вследствие донорства органов, все чаще делегируется медицинским специалистам, которые опираются на детально проработанную правовую базу [35] и потому могут не сомневаться в этической обоснованности своих действий, принуждая и без того пребывающих в уязвимом положении людей к смерти через искушение оказаться полезными хотя бы в ней.

В России эвтаназия запрещена законом и не признается Русской православной церковью [44]. Критика эвтаназии и донорства органов после эвтаназии необходима как дополнительное подтверждение правильности выбранной просветительской политики в нашей стране. Диалог с обществом обращен к базовым принципам биоэтики, которые составляют основу культурного кода нашего общества, и направлен на формирование общественного консенсуса в атмосфере доверия к деликатной проблеме донорства органов и трансплантации.

Подготовлено при финансовой поддержке гранта РНФ, проект № 23-18-00400.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Иванюшкин АЯ, Юдин БГ, Попова ОВ, Резник ОН. Первая клиническая пересадка сердца в истории отечественной и зарубежной медицины. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2017; 19 (3): 104–115. Ivanyushkin AY, Yudin BG, Popova OV, Reznik ON. First human heart transplantation in the national and foreign history of medicine. *Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs*. 2017; 19 (3): 104–115. (In Russ.). doi: 10.15825/1995-1191-2017-3-104-115.
2. A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA*. 1968; 205 (6): 337–340. doi: 10.1001/jama.1968.03140320031009.
3. Dominguez-Gil B. International figures on organ, tissue & hematopoietic stem cell donation & transplantation activities. Documents produced by the Council of Europe european committee (partial agreement) on organ transplantation (cd-p-to). *Council of Europe and Organización Nacional de Trasplantes*. 2023.
4. Готье СВ, Хомяков СМ. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2022 году. XV сообщение регистра Российского трансплантологического общества. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2023; 25 (3): 8–30. Gautier SV, Khomyakov SM. Organ donation and transplantation in the Russian Federation in 2022. 15th Report from the Registry of the Russian Transplant Society. *Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs*. 2023; 25 (3): 8–30. [In Russ, English abstract]. doi: 10.15825/1995-1191-2023-3-8-30.
5. minzdrav.gov.ru [Internet]. Отчет главного внештатного специалиста трансплантолога Минздрава России С.В. Готье об итогах работы в 2020 году. Otchet glavnogo vneshstatnogo spetsialista transplantologa Minzdrava Rossii S.V. Gautier ob itogakh raboty v 2020 godu. [cited 2023 Nov 02]. Available from: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/057/001/original/%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82_%D0%B7%D0%B0_2020_%D0%B3%D0%BE%D0%B4_%D0%93%D0%BE%D1%82%D1%8C%D0%B5.pdf?1625044703.
6. Gourevitch D. Suicide among the sick in classical antiquity. *Bulletin of the History of Medicine*. 1969; 43 (6): 501–518. PMID: 4904692.
7. Momeyer RW. Western philosophical thought. In *Encyclopedia of bioethics*. Vol. 1. Ed. W.T. Reich. New York: Macmillan Library Reference, 1995: 498–504.
8. Papadimitriou JD, Skiadas P, Mavrantonis CS, Polimeropoulos V, Papadimitriou DJ, Papacostas KJ. Euthanasia and suicide in antiquity: viewpoint of the dramatists and philosophers. *J R Soc Med*. 2007; 100 (1): 25–28. doi: 10.1177/014107680710000111. PMID: 17197683.
9. Lewis MJ. *Medicine and Care of the Dying: A Modern History*. New York; 2006. doi: /10.1093/acprof:oso/9780195175486.002.0003.

10. Emanuel EJ. Euthanasia. Historical, ethical, and empiric perspectives. *Arch Intern Med*. 1994; 154 (17): 1890–1901. doi: 10.1001/archinte.154.17.1890. PMID: 8074593.
11. Varelius J. The value of autonomy in medical ethics. *Med Health Care Philos*. 2006; 9 (3): 377–388. doi: 10.1007/s11019-006-9000-z. PMID: 17033883.
12. Anzar J. The slippery slope of euthanasia. *Medicina e Morale*. 2021; 1: 111–120.
13. Keown J. Euthanasia, Ethics and Public Policy An Argument against Legalisation. 1st ed. Cambridge University Press; 2002.
14. Jones DA, Gastmans C, MacKellar C. Euthanasia and Assisted Suicide (Lessons from Belgium). Cambridge University Press; 2017.
15. www.ama-assn.org [Internet]. Opinions on caring for patients at the end of life. AMA Code of Medical Ethics, 2016 [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/code-of-medical-ethics-chapter-5.pdf>.
16. Dugdale LS, Lerner BH, Callahan D. Pros and Cons of Physician Aid in Dying. *Yale J Biol Med*. 2019; 92 (4): 747–750. PMID: 31866790.
17. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev*. 1974; 39 (3): 340–354. doi: 10.2307/2094294.
18. www.oregon.gov [Internet]. Oregon's Death with Dignity Act [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/index.aspx>.
19. <https://deathwithdignity.org/> [Internet]. Death with Dignity [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://deathwithdignity.org/>.
20. <https://www.dyingwithdignity.ca/> [Internet]. Dying with Dignity [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.dyingwithdignity.ca/>.
21. www.oregon.gov [Internet]. Oregon Death with Dignity Act 2021 Data Summary [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDER-PARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year>.
22. www.oregon.gov [Internet]. Oregon Death with Dignity Act 2020 Data Summary [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDER-PARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year>.
23. www.canada.ca. [Internet]. Medical assistance in Dying in Canada 3rd annual report [cited 2023 Nov 13] Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying/annual-report-2021.html>.
24. Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*. 2015; 5 (7): e007454. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007454. PMID: 26216150.
25. Silva E Silva V, Silva AR, Rochon A, Lotherington K, Hornby L, Wind T et al. Organ donation following medical assistance in dying series: a scoping review – Part 2 – existing processes and procedures. *JBIM Evid Synth*. 2023. doi: 10.11124/JBIES-22-00140. PMID: 37489247.
26. Van Dijk N, Stärcke P, de Jongh W, Jansen N, Shaw D, Bollen J et al. Organ Donation After Euthanasia in Patients Suffering From Psychiatric Disorders: 10-Years of Preliminary Experiences in the Netherlands. *Transpl Int*. 2023; 36: 10934. doi: 10.3389/ti.2023.10934. PMID: 36846601.
27. Trachsel M, Jox RJ. Suffering is not enough: Assisted dying for people with mental illness. *Bioethics*. 2022; 36 (5): 519–524. doi: 10.1111/bioe.13002. PMID: 35045199.
28. Mulder J, Sonneveld H, Van Raemdonck D, Downar J, Wiebe K, Domínguez-Gil B et al. Practice and challenges for organ donation after medical assistance in dying: A scoping review including the results of the first international roundtable in 2021. *Am J Transplant*. 2022; 22 (12): 2759–2780. doi: 10.1111/ajt.17198. PMID: 36100362.
29. www.who.int [Internet]. Depressive disorder (depression) [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
30. www.statista.com [Internet]. Number of registered euthanasia instances in Belgium from 2002 to 2022 [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1098051/number-of-euthanasia-instances-registered-in-belgium>.
31. Bollen J, van Smaalen T, ten Hoopen R, van Heurn E, Ysebaert D, van Mook W. Potential Number of Organ Donors After Euthanasia in Belgium. *JAMA*. 2017; 317 (14): 1476–1477. doi: 10.1001/jama.2017.0729.
32. Bollen J, de Jongh W, Hagenaars J, van Dijk G, Ten Hoopen R, Ysebaert D et al. Organ Donation After Euthanasia: A Dutch Practical Manual. *Am J Transplant*. 2016; (7): 1967–1972. doi: 10.1111/ajt.13746. PMID: 26842128.
33. <https://jbi.global/> [Internet]. About JBI [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://jbi.global/about-jbi>.
34. Silva E Silva V, Silva AR, Rochon A, Lotherington K, Hornby L, Wind T et al. Organ donation following medical assistance in dying: a scoping review – Part 1 – legal and ethical aspects. *JBIM Evid Synth*. 2023. doi: 10.11124/JBIES-22-00143. PMID: 37477350.
35. Tajaate N, Dijk N, Pragt E. Organ donation after euthanasia starting at home in a patient with multiple system atrophy. *BMC Med Ethics*. 2021; 22: 120. doi: 10.1186/s12910-021-00686-4.
36. Bollen J, Shaw D, de Wert G, Hoopen R, Ysebaert D, van Heurn E et al. Organ donation euthanasia (ODE): performing euthanasia through living organ donation. *Transplantation*. 2020; 104 (S3): S298. doi: 10.1097/01.tp.0000700004.43157.0a.
37. Shapiro M. Euthanasia by Organ Donation. *Dal LJ*. 2018; 41 (1): 153.
38. Gardiner D, McGee A, Shaw D. Two fundamental ethical and legal rules for deceased organ donation. *BJA Educ*. 2021; 21 (8): 292–299. doi: 10.1016/j.bjae.2021.03.003. PMID: 34306730.
39. Schweikart SJ. Reexamining the Flawed Legal Basis of the «Dead Donor Rule» as a Foundation for Organ Do-

- nation Policy. *AMA J Ethics*. 2020; 22 (12): 1019–1024. doi: 10.1001/amajethics.2020.1019. PMID: 33419501.
40. *Nair-Collins M, Green SR, Sutin AR*. Abandoning the dead donor rule? A national survey of public views on death and organ donation. *Journal of Medical Ethics*. 2015; 41: 297–302. doi: 10.1136/medethics-2014-102229.
41. *O'Rourke MA, O'Rourke MC, Hudson MF*. Reasons to Reject Physician Assisted Suicide/Physician Aid in Dying. *J Oncol Pract*. 2017; 13 (10): 683–686. doi: 10.1200/JOP.2017.021840. PMID: 28850311.
42. *Doré M*. Assisted suicide a 20th century problem, Palliative care a 21st century solution. *Ulster Med J*. 2023; 92 (1): 4–8. PMID: 36762139.
43. *Wilkinson D, Savulescu J*. Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation. *Bioethics*. 2012; 26 (1): 32–48. doi: 10.1111/j.1467-8519.2010.01811.x. PMID: 20459428.
44. Основы социальной концепции Русской православной церкви. М.: Издательство Московской патриархии, 2001. *Osnovy sotsial'noy kontseptsii Russkoy pravoslavnoy tserkvi*. М.: Izdatel'stvo Moskovskoy patriarkhii, 2001.

Статья поступила в редакцию 14.11.2023 г.
The article was submitted to the journal on 14.11.2023

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Подписку на журнал «Вестник трансплантологии и искусственных органов» можно оформить в ближайшем к вам почтовом отделении.

Подписной индекс нашего издания нашего издания в каталоге почты России – **ПН380**



Ф. СП-1	ВЕСТНИК ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ИСКУССТВЕННЫХ ОРГАНОВ	ПН380 (индекс издания)																								
		количество комплектов																								
на 2024 год по месяцам																										
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12															
Куда																										
(почтовый индекс)		(адрес)																								
Кому																										
(фамилия, инициалы)																										

Ф. СП-1	ВЕСТНИК ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ИСКУССТВЕННЫХ ОРГАНОВ	ПН380 (индекс издания)																								
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА																										
на журнал																										
(индекс издания)																										
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>пв</th><th>место</th><th>ли-тер</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			пв	место	ли-тер																					
пв	место	ли-тер																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>стои-мость</th><th>подписки</th><th>руб.</th><th>коп.</th><th rowspan="2">количество комплектов</th> </tr> <tr> <th></th><th>пере-адресовки</th><th>руб.</th><th>коп.</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			стои-мость	подписки	руб.	коп.	количество комплектов		пере-адресовки	руб.	коп.															
стои-мость	подписки	руб.	коп.	количество комплектов																						
	пере-адресовки	руб.	коп.																							
на 2024 год по месяцам																										
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12															
Куда																										
(почтовый индекс)		(адрес)																								
Кому																										
(фамилия, инициалы)																										