

## ГІДНІСТЬ У ДОНОРСТВІ ОРГАНІВ – ЗБАЛАНСУВАННЯ ІНТЕРЕСІВ ЗАЦІКАВЛЕНИХ ОСІБ



### ДАНГАТА Й.

*доктор філософії, магістр права,  
бакалавр медицини і хірургії,  
член Королівського товариства  
громадського здоров'я  
(Сполучене Королівство Великої Британії  
та Північної Ірландії)*

---

Аналізуються питання трансплантації як одного з найефективніших засобів лікування осіб, які перебувають на термінальних стадіях захворювань і потребують пересадки органів. Наголошено на тому, що донорство та трансплантація є доволі складними питаннями, що породжують багато етичних, моральних і практичних проблем. Висвітлено проблеми донорства у Великій Британії. Обґрунтовано потребу збільшення кількості донорів, зокрема, шляхом внесення змін до Закону «Про тканини людини» від 2004 р. щодо запровадження презумпції згоди на донорство органів, а також необхідність збалансування інтересів зацікавлених суб'єктів, підвищення ступеня їхньої обізнаності в тому, наскільки важливою є їхня роль у зростанні показників донорства.

Проаналізовані чинні показники донорства органів у Великій Британії, а саме статистичні відомості про трансплантацію за період з квітня 2010 р. до березня 2012 р., які вказують на те, що у Великій Британії, як і в інших державах світу, кількість трансплантатів, попри багаторічні зусилля, зменшується. Щоб істотно збільшити кількість трансплантатів, необхідно змінити стратегію.

Охарактеризовано роль кожної із зацікавлених сторін донорства, зокрема, донора, сім'ї донора, реципієнта, громадськості, лікаря, уряду, осіб, які переслідують комерційні інтереси. Виокремлено роль лікаря, який забезпечує пацієнту консервативне лікування на час очікування донора.

Окреслено аспекти комерційного донорства, відповідальність його учасників, а саме торговців органами, комерційних лікарів тощо. Висвітлено окремі моральні проблеми комерціалізації донорства. Проаналізовано деякі ініціативи уряду Великої Британії, спрямовані на поліпшення показників донорства упродовж наступних 5 років, зокрема, висвітлено стратегію використання координаторів трансплантації, роль яких зводиться до налагодження відносин між потенційними донорами та їхніми сім'ями і реципієнтами та їхніми сім'ями. З'ясовано роль медичного права

та біоетики в удосконаленні чинного законодавства, яке стосується донорства органів і тканин людини та трансплантації.

*Ключові слова:* гідність, донор, тривалість життя, донорство органів, якість життя, реципієнт, трансплантація.

Для порятунку життя людей медицина вже давно використовує тканини людини, а за останні 50 років трансплантація утвердилась як форма лікування і принесла величезну користь мільйонам людей [1]. На сьогодні трансплантація органів вважається чи не найдорожчим способом лікування деяких захворювань на їх термінальній стадії, наприклад, ниркової недостатності, та є єдиним способом лікування у разі відмови функціонування таких органів, як серце, печінка та легені [2]. Після успішної трансплантації значно подовжується тривалість життя та поліпшується його якість. Методи трансплантації вдосконалюються, стають надійнішими та ефективнішими [3; 4].

Однак донорство і трансплантація органів є складним і делікатним процесом, що порушує багато моральних, етичних і практичних проблем. Однією з таких проблем є питання гідності у донорстві органів. Ускладнює ситуацію те, що кількість осіб, які очікують своєї черги на трансплантацію, постійно зростає [5]. Від запровадження в медичний обіг методу трансплантації кількість осіб, які перебували в листку очікування на трансплантацію, ніколи не збігалася з кількістю донорів [6]. Як наслідок чимало потенційних реципієнтів помирають, так і не дочекавшись донора [7].

Розширенню можливостей донорства і збільшенню кількості донорів сприятимуть вирішенню питання гідності у донорстві, збалансування інтересів зацікавлених у донорстві органів сторін. Прикладом успішного вирішення проблеми донорства є досвід Великої Британії. Для збільшення кількості донорів пропонується внести поправки до Закону Великої Британії «Про тканини людини» від 2004 року стосовно запровадження презумпції згоди на донорство органів, якщо чітка відмова від донорства не була виражена [8]. Такі зміни вже запроваджено у законодавство деяких європейських країн [9; 10]. Ще одним варіантом є збалансування інтересів різних зацікавлених у донорстві осіб.

Як свідчить статистика, попри те, що загалом за останні роки дедалі виразнішою стає глобальна тенденція до збільшення кількості живих донорів, її кількісні показники ніколи не збігалися з кількістю осіб, які очікують трансплантації. У таблиці відображено показники донорства та трансплантації у Великій Британії за квітень-березень 2012 р. [11]

Донорство і трансплантація	Поточний рік (квітень 2011– березень 2012)	Попередній рік (квітень 2010 – березень 2011)	Зміна, %
<b>ДОНОРИ ОРГАНІВ</b>			
Донори після смерті головного мозку	628	622	1,0
Донори після відмирання судин	419	355	18,0
<b>Загальна кількість мертвих донорів</b>	<b>1047</b>	<b>977</b>	<b>7,2</b>
Живі донори	924	918	0,7

Донорство і трансплантація	Поточний рік (квітень 2011– березень 2012)	Попередній рік (квітень 2010 – березень 2011)	Зміна, %
<b>Донори рогівки</b>			
Донори рогівки	2509	2372	5,8
Донори рогівки та органів	341	328	4,0
<b>Загальна кількість донорів рогівки</b>	<b>2850</b>	<b>2700</b>	<b>5,6</b>
<b>ТРАНСПЛАНТАТИ ОРГАНІВ</b>			
<b>Мертві донори</b>			
Нирка	1542	1445	6,7
Підшлункова залоза	35	40	12,5
Нирка / Підшлункова залоза	164	152	7,9
Острівці підшлункової залози	29	12	141,7
Серце	136	128	6,3
Легеня	171	164	4,3
Серце / Легеня	5	5	-
Печінка / Доля	699	649	7,7
Інші (багато органів)	25	16	56,,3
<b>Загальна кількість трансплантатів від мертвих донорів</b>	<b>2806</b>	<b>2609</b>	<b>7,6</b>
<b>Живі донори</b>			
Нирка	888	900	-1,3
Печінка	36	18	100
Легеня	0	0	0
<b>Загальна кількість трансплантатів від живих донорів</b>	<b>924</b>	<b>918</b>	<b>0,7</b>
<b>Загальна кількість трансплантатів рогівки</b>	<b>3393</b>	<b>3452</b>	<b>-1,7</b>
<b>ЧИННИЙ СПИСОК ТРАНСПЛАНТАТИВ</b>			
Нирка	6417	6597	-2,7
Підшлункова залоза	38	55	-30,9
Нирка / Підшлункова залоза	200	253	-20,9
Острівці підшлункової залози	24	24	0
Серце	163	128	27,3
Легеня	213	212	0,5
Серце / Легеня	16	13	23,1
Печінка	509	483	5,4
Інші (багато органів)	52	35	48,6
<b>УСЬОГО</b>	<b>7632</b>	<b>7800</b>	<b>-2,2</b>

Отже, у Великій Британії, де за останні роки докладено чимало зусиль для поліпшення донорства, як і в інших країнах світу, все ще існує тенденція до зменшення кількості трансплантатів.

У процес донорства органів у різний спосіб залучені кілька зацікавлених сторін із різними інтересами.

Дехто відстоює думку про те, що кожен індивід має право власності на себе, так само як на будь-яке своє майно, відтак він єдиний може вирішувати, що відбуватиметься з його тілом, мертвим чи живим [12; 13]. Тобто потенційний донор органів може самостійно вирішувати, як розпоряджатися своїм тілом. Саме недоторканність та автономія особистості надали донорству органів у більшості цивілізованих країн світу альтруїстичного характеру, радше ніж зробили з нього обов'язок.

Однак постійне збільшення різниці між кількістю осіб, які очікують донорських органів, та кількістю донорів змушує людей зважувати проблеми гідності та недоторканності власного тіла, з одного боку, і зі співпереживанням давати надію та можливість гідно прожити іншій людині – реципієнту, який очікує пересадки органів. Адже як гідність виявляється у забезпеченні недоторканності людини, так само вона сприяє реалізації сподівань іншої людини на життя, причому якісне життя, шляхом донорства органу. Хоча трансплантація органів у випадку, якщо донор та реципієнт не пов'язані між собою, повинна бути анонімною, донор довго пам'ятатиме про те, що він дав надію на життя іншій людині та наповнив його сенсом; так само реципієнт ніколи не забуде, що його життя триває завдяки комусь. Чимало філантропів найбільше захоплюються думкою про те, що їхня благородність вплинула на життя інших людей. Ще більше це повинно захоплювати тих, хто вважає, що їхнє тіло – це їхня особиста власність, аби вони прийняли рішення стати донором, так само як філантроп жертвує своє багатство. Однак він повинен вдаватись до такого кроку, лише критично зваживши можливі наслідки для власного здоров'я та будь-який особисті ризики такого донорства для себе [14].

Не менш важливою у донорстві органів є сім'я донора. Йдеться як про живих, так і про мертвих донорів. Малоімовірно, що будь-який донор, який має сім'ю, приховуватиме від неї своє рішення пожертвувати орган, чи то за життя, чи то після смерті [15]. Чимало донорів, які вирішують віддати свої органи після смерті, ймовірно, включають це рішення у свій заповіт чи повідомлять про цей намір своїм сім'ї або ж когось, хто виконуватиме їхню волю після смерті. Чимало сімей розглядають виконання цієї частини заповіту покійного як вияв своєї любові та поваги до нього. Однак повідомляти членів сім'ї про такий крок необхідно обережно, у відповідний момент і в правильній атмосфері. Слід знайти правильний баланс між забезпеченням взяття органу і його зберігання у життєздатному стані й емоційним впливом цього кроку на сім'ю покійного, враховувати, що «підтримка одному надається за рахунок іншого», коли одна засмучена сім'я тужить, то потенційний реципієнт, що знаходився на порозі смерті, тішиться. Заради підвищення показників донорства рекомендується застосовувати підхід «вимушеного вибору», коли бажання особи пожертвувати свій орган задовольняється без погодження з сім'єю [16].

«Кому болить, той і відчуває», – так каже приказка. Мабуть найбільш зацікавленою у донорстві органів стороною є сам реципієнт. Його це турбує найбільше. Саме він або отримує, або програє найбільше.

Що б не сталося за весь період трансплантації, найбільше це вплине саме на нього. Немає реципієнтів, немає і потреби у донорах, як і не потрібно самої трансплантації, незалежно від рівня її розвитку. Реципієнт хвилюється, очікує, сподівається і відчуває непевність; усі ці взаємопов'язані проблеми підсилюють вплив його первинного стану, який зумовив потребу у трансплантації. І зрештою, він зазнає не лише безпосереднього впливу хворого органу на його здоров'я, а й відповідного психологічного й емоційного впливу від усвідомлення того, що йому доводиться очікувати на донора невизначений час. Для людини, що перебуває на межі життя і смерті важливий кожний день. Такий стан безпорадності і безнадії призводить до того, що багато людей, які можуть собі це дозволити, вдаються до «незаконного» отримання потрібних їм органів. Аби виправдати такий незаконний спосіб, слід прирівняти його, скажімо, до купівлі фруктів задля зміцнення здоров'я.

Центральною постаттю у низці відношень, що стосуються донорства органів, є лікар. Окрім взяття органів і трансплантації, він виконує багато інших функцій. Насамперед лікар визначає потребу в пересадці органу пацієнтові. Він також відіграє провідну роль у традиційному консервативному лікуванні пацієнта, поки той перебуває у листку очікування, допомагаючи «виграти» час до моменту, коли з'явиться донор [17]. Лікар також надає необхідну інформацію донору, потенційному реципієнту та їхнім сім'ям. Для цієї ролі лікарю потрібно бути добре поінформованим з етичних, моральних, юридичних та організаційних питань, пов'язаних із донорством органів [18].

Важливу роль у донорстві органів відіграє громадськість, яка й надає потенційних донорів. На це значною мірою впливають сприйняття громадськістю того, якими правами вони користуються стосовно володіння власним тілом, їхні релігійні, культурні, моральні та етичні міркування; їхнє сприйняття своїх обов'язків перед спільнотою і те, наскільки вони перейнялися ідеєю власної жертвовності заради добра інших.

Осіб, які стають донорами після смерті, тобто мертвих, професор Гарріс [19] розглядає як «колишніх людей», яким живи не можуть ані зашкодити, ані зробити добро. Він стверджує, що попри те, що використання частин тіла мертвих може заподіяти шкоду тому, що він називає їхніми «постійними інтересами», це слід розглядати з урахуванням нереалізованого бажання жити, яке інакше отримало б позитивне вирішення завдяки частинам їхнього тіла. Хоча це, можливо, звучить як цілком обґрунтований аргумент, якщо враховувати, що останки мертвого можна вважати, для прикладу, тягарем для навколишнього середовища, однак такий аргумент не є достатньо переконливим, аби ігнорувати інтереси мертвих заради добра живих, оскільки це помилково передбачало би, що останні отримують право «експлуатації», говорячи словами професора Гарріса, перших заради свого блага. Найважливішим у цьому аспекті є потенційний травматичний психологічний вплив на родичів і близьких покійного.

Однак вагомішим аргументом на користь того, аби стати донором, є багаторічні «інвестиції» суспільства в індивіда, і, відповідно, необхідність повернути борг суспільству, навіть якщо йдеться про органи. Для прикладу, тіло, на яке він пред'являє право власності, – це результат

«інвестицій», і не лише його власних, а й суспільних «інвестицій» з іншими, які робилися, до прикладу, від моменту зародження до повноліття, коли він почав бути «незалежним» від батьківської та суспільної підтримки практично в усіх аспектах життя.

Ключовим також є навчання громадян, спрямоване на підвищення їхньої обізнаності з цією потребою, а також з моральним обов'язком реалізувати цю потребу. Загалом люди були б більше готові добровільно жертвувати свої органи, якби були краще поінформовані про таку потребу [20].

У Сполучених Штатах Америки понад 50 років тому існував закон, який дозволяв рідним братам і сестрам жертвувати й одержувати органи, але такий дозвіл не вважався беззастережним [20]. Це більше стосується донорства для рідних братів і сестер, коли смерть реципієнта призвела б до серйозного емоційного та психологічного впливу на брата чи сестру, який чи яка виступають донором [21]. Тут також враховуються інтереси дитини, що віддає орган. Правило діяти в інтересах «неповнолітньої дитини» в аспекті отримання згоди батьків на донорство з боку цієї дитини зараз чинне в законодавстві більшості країн. І в Англії, і в Уельсі батьки можуть надати згоду на донорство так само, як вони б надавали її на лікування дитини [22]. Принцип «дії в інтересах» є правильним як з моральної, так і з етичної точок зору, з урахуванням щонайменше двох вигідних результатів: насамперед виграє донор, а за ним – реципієнт.

Відчай потенційного реципієнта на фоні нестачі органів проклав шлях до комерціалізації донорства частин тіла як «процвітаючого» бізнесу [23], незважаючи на його заборону законодавством багатьох країн. Дехто вважає, що будь-який аргумент на підтримку продажу органів людини принижує людську гідність і веде до неповаги [24]. Найуразливіші тут – бідні люди, які більше схильні торгувати власною тілесною недоторканністю за гроші під впливом фінансових спокус, що їх обіцяють торговці органами [25].

Для деякого комерціалізація – це спосіб вирішення проблеми нестачі органів. Це питання вже неодноразово обговорювалося, адже воно є складним з огляду, зокрема, на його етичні моменти, питання моралі, деякі практичні моменти, питання безпеки, власності, автономії та прав людини [26]. Деякі практичні й етичні проблеми комерціалізації охоплюють ризик для реципієнта, наприклад, передання хвороби, яку недогледіли через погану якість обстеження. Однак Ерін і Гарріс [27], відстоюючи комерціалізацію, вважають, що цю проблему, а також проблему згоди можна вирішити таким чином, що єдиним покупцем стане національна система охорони здоров'я.

Закон Великої Британії «Про тканини людини» (чинний на території Англії, Уельсу та Північної Ірландії) 2004 р., а також Закон «Про тканини людини і трансплантацію» (Шотландія) 2006 р., як і законодавство більшості країн світу, забороняє торгівлю частинами тіла [28]. У Європейській конвенції про права людини і біомедицину [29] чітко зазначається, що «людське тіло та його частини не повинні самі по собі давати якісь фінансові прибутки».

Однак у світі дедалі частіше визнають за належне надати певну винагороду за донорство; особливо, якщо йдеться про багаторічний



листок очікування, який постійно збільшується [30]. Винагорода може набувати різних форм; від простого визнання до часткової чи повної сплати витрат на поховання, коли йдеться про мертвих донорів, або й готівкових виплат.

Однак саме тут питання автономії і прав людини стикаються з питаннями моралі та свідомості. Чи не означатиме переведення донорства частин тіла на комерційну основу переходу до «життя на продаж»? Чи платимо ми Господу Богу? Хто володіє тілом [31]? Прирівнюючи його до якогось товару, чи не зводимо ми його до рівня арахісу, якою б не була його ціна? Хто має право його продавати? З морального погляду, чи не приведе комерціалізація до того, що якийсь продавець «житиме за рахунок мого тіла», адже саме такою є, наприклад, ситуація з проституцією? Якими можуть бути ймовірні наслідки для здоров'я продавця у короткій, середній та довгостроковій перспективах? І що, коли після продажу продавець (часто бідний) сам опиниться у ситуації, за якої йому потрібен буде орган, чи отримає він орган безоплатно? За якою ціною продавати органи? Як усе це регулювати? Комерціалізація вимагає чіткого і достатньо зрозумілого нормативного регулювання. Однак, незважаючи на те, що ставлення до торгівлі органами у світі не надто позитивне, вона, як видається, все ж залишається проблемою, радше, у зв'язку із практичними аспектами міжнародного контролю, а також проблемою бідності, що асоціюється з нею; і на даний момент торгівля органами зовсім не є прибутковим бізнесом. Проблема контролю за контрабандою органів близька до проблеми контролю за контрабандою наркотиків, що існує на даний момент у світі, а їх вирішення – це поки що лише міраж.

Не менш важливою є також роль уряду, що покликаний збалансувати інтереси інших зацікавлених сторін у донорстві органів або тканин людини [32]. Одна із визначальних функцій уряду – це нормативне регулювання і донорства, і трансплантації органів. Закон Великої Британії 2004 р. «Про тканини людини» для Англії, Уельсу та Північної Ірландії, а також Закон 2006 р. «Про тканини людини і трансплантацію» для Шотландії досить чітко артикулюють урядову заборону переведення донорства органів на комерційну основу. Також обов'язком уряду є забезпечення національної та міжнародної співпраці у сфері трансплантації шляхом прийняття законодавства з таких питань, як незаконна торгівля людськими органами; забезпечення реалізації пропозицій щодо міжнародної співпраці, наприклад, Стамбульської декларації про трансплантаційний туризм і торгівлю органами [33].

Цим документом підтверджується осуд контрабанди органів, яка спрямована на соціально вразливі групи населення, зокрема, на бідних, неосвічених людей, в'язнів, біженців. Із полегшенням комунікації завдяки повітряному транспорту та інтернету транскордонна контрабанда органів стала серйозною проблемою. Така незаконна та нерегульована діяльність із трансплантації органів становить серйозну загрозу і для донорів, і для реципієнтів. Відтак, Декларація закликала уряди країн і продавців, і реципієнтів взяти на себе відповідальність із захисту своїх громадян від такої ризикованої трансплантаційної діяльності шляхом

упровадження та застосування відповідного законодавства. У ній також зазначалося, що така нелегальна діяльність поставила під сумнів законність трансплантації, успішність якої не виправдана тим, що бідні стають жертвами заради добра багатих.

У планах Великої Британії на майбутнє [34] – урядова ініціатива, спрямована на збільшення кількості донорів на 50% за п'ять років. Деякі зі стратегій передбачають використання координаторів трансплантації. Роль координаторів полягає у налагодженні зв'язків між потенційними донорами та їхніми сім'ями, з одного боку, і реципієнтами та їхніми сім'ями, – з іншого. Однак до деяких процесів у цій стратегії слід підходити обережно, враховуючи практичні, етичні та моральні суперечності. Для прикладу, передання пацієнта, що помирає, зі звичайної лікарняної палати до реанімаційного відділення для підготовки до взяття його органів на користь іншої людини позбавляє цього пацієнта «спокою думки» при відході з життя, це також великий стрес для його родичів [35].

При значному розриві між кількістю донорів і кількістю осіб, які очікують на органи, у країнах, де донорство органів все ще вважається проявом альтруїзму, настав час переглянути законодавство, яке б узгоджувалося із вимогами сьогодення. Потрібно обрати між суворістю у підтримці альтруїзму, який призводить до збільшення смертності, з одного боку, і гнучкістю стратегії багатосистемного донорства органів, яка приведе до революції у забезпеченні органів, що подовжать більшу кількість життів. Для цього інтереси зацікавлених сторін потрібно належним чином збалансувати щодо дотримання гідності в питанні трансплантації.

Основна зацікавлена сторона – реципієнт. Акцент у будь-якій законодавчій реформі слід робити на ньому, а не на поглядах тих, хто творить політику [36]. Немає сенсу наполягати на альтруїстичному пожертвуванні нирок, яких потенційний реципієнт, достатньо багатий і готовий заплатити будь-яку суму, якщо випаде така можливість, може так і ніколи не дочекатися. Якщо відчинити потрібні двері на законному рівні шляхом «забезпечення» органів, то багаті отримують кращі перспективи на основі цього альтруїстичного джерела, аніж бідні.

Попри те що держава сприяє розробці належного законодавства із забезпечення безпеки, гідності, вона повинна забезпечити відповідні засоби контролю. Операції з вилучення органів слід проводити лише у визначених, відповідно оснащених центрах; бажано це робити там, де буде проводитися сама трансплантація. Переведення донорства органів на комерційну основу само по собі посилить безпеку у зв'язку з тим, що легітимність дозволить діяти відкрито і прозоро. Крім того, вказані відносини не повинні регламентуватись лише домовленістю між донором і реципієнтом. Надання компенсації повинно бути чітко регламентоване, а операцію повинні проводити визнані фахівці з трансплантації.

Проте комерціалізація повинна узгоджуватися із кампаніями, спрямованими на заохочення донорства на благодійних засадах. Для прикладу, окрім прямого ринкового підходу, слід заохочувати донорів-альтруїстів. Це можуть бути різні стимули [37], наприклад, сплата коштів за поховання, фінансова підтримка благодійника або члена його



сім'ї. Питання фінансових стимулів потребує детального вивчення. Необхідно, щоб донори або їхні представники самостійно вирішували, чи користуватись певними фінансовими заохоченнями. До такого стимулювання слід вдаватися досить обережно, оскільки багатьох живих донорів може відлякати сама думка про те, що вони продають своє тіло. Крім того, необхідно обережно формулювати первинний мотив для донора, особливо, для «продавця», який стане донором, насамперед, з фінансових міркувань, а не від щирого бажання комусь допомогти [38]. Однак хто бере на себе відповідальність за цей стимул, пацієнт чи уряд? Щоб отримати відповідь на це запитання, спочатку треба відповісти на інше: «Хто бере на себе відповідальність за трансплантацію?». Якщо уряд робить друге, то він повинен робити і перше.

Ізраїль у відповідь на зменшення кількості донорів, що готові пожертвувати свої органи, 2008 р. ініціював розробку закону про компенсаційне донорство [39]. Цей закон передбачав стимули для донорів, у тому числі компенсацію витрат часу. Донори також у майбутньому отримають пріоритети в листку очікування, якщо вони чи їхні родичі потребуватимуть трансплантата. Подібні компенсаційні стимули передбачені в Ірані, що вже дало змогу значно скоротити чергу [40].

Незважаючи на це, будь-який крок зі створення компенсаційної схеми вимагає обговорення з відповідними зацікавленими сторонами за круглим столом з метою збалансування переваг і загроз [41]. Нова проблема виникає, коли в «комерційного донора» раптом відмовляє друга нирка. Чи повинен він ставати в чергу для донорів-альтруїстів, особливо якщо він не може собі дозволити «купити» орган, якби такий продавався? Це один із моральних моментів збалансування інтересів зацікавлених сторін – моральне обґрунтування безоплатного передання нирки людині, яка «продала» свою.

Як спосіб збільшення кількості трансплантацій дехто пропонує підвищення віку донорів і реципієнтів [42]. У звіті Фронтери та Кальба (2010) зі США наводилися відомості про список черги за 2009 рік, що налічував близько 103 тис. осіб, при тому, що було всього лиш 6 тис. донорів, і зазначалося, що попереднього року в середньому 17 пацієнтів помирали щодня в очікуванні донора. У звіті відзначено також зростання рівня занепокоєння погіршенням ситуації. Для поліпшення ситуації запропоновано ідею «розширених критеріїв донорства», тобто подовження віку потенційних донорів до 60 років чи 50–59, з додатковими критеріями, як-от інсульт як причина смерті, рівень креатиніну  $>1,5$  мг/дл чи гіпертонія [43].

Від початку застосування трансплантації органів робляться спроби зменшити різницю між кількістю донорів і кількістю реципієнтів. Хоча ще не час говорити про перемогу чи ліквідацію такої різниці, і цього може взагалі ніколи не статися, однак слід все ж відзначити прогрес, якого уже досягнуто. Водночас слід згадати про мільйони людей в усьому світі, життя яких не просто вдалося врятувати, а й якість їхнього життя поліпшилася. З розвитком знань та удосконаленням технологій цей процес стає дедалі безпечнішим, що забезпечує відносний баланс між кількістю донорів і реципієнтів.

Продовжуючи кампанію, спрямовану на поліпшення рівня донорства, слід поживити кампанії, спрямовані на усунення етіологічних факторів відмови функціонування органів у суспільстві загалом; наприклад, таких, як алкоголізм і тютюнопаління.

Досить ефективним є також удосконалення законодавства та посилення урядової підтримки охороні здоров'я. Для прикладу, такі радикальні кроки уряду Шотландії, як нещодавнє підвищення цін на алкоголь, а також запровадження єдиного зразка упакування для сигарет як відлякуючого засобу для тютюнопаління у підлітковому віці, заслуговують похвали і поширення у Великій Британії.

Окрім того, настав час переглянути чинне законодавство з питань трансплантації, враховуючи інтереси усіх зацікавлених сторін. Оскільки саме реципієнт є основною зацікавленою стороною, його інтереси повинні бути першорядними. За дедалі більшого зростання різниці між кількістю трансплантантів, які передаються донорами, і кількістю тих, хто на них очікує, зараз важливо зробити вибір: чи наполягати на статусі-кво у донорстві органів, що призведе до збільшення кількості смертей, чи ініціювати законодавчу реформу, яка дозволить створення багатокомпонентної системи донорства, що допускатиме існування теперішньої практики благодійного донорства паралельно з, наприклад, компенсаційною схемою, та допоможе врятувати життя більшій кількості людей.

Зараз надзвичайно важливо не підтримувати ілюзії стосовно скорочення різниці між кількістю донорів і кількістю реципієнтів, що очікують на органи, аби не позбавити всіх, хто залучений до цієї безцінної медичної інновації, що набула нових якостей і додала гідності мільйонам людських життів у всьому світі, можливості святкувати таке досягнення. Само по собі таке святкування служитиме стимулом для розвитку без послаблення тенденції.

Якщо інтереси усіх зацікавлених сторін збалансовані, що сприяє збалансуванню кількості донорів і кількості реципієнтів, то життя варте того, аби його прожити [44]. Адже рано чи пізно настане день, коли наші тіла будуть спалені або ж їх з'їдять хробаки, це неминуче... [45]. Відтак, за умови неминучості такої долі є гідність у трансплантації чи ні? А що далі?

---

1. McHale J. Regulating organ transplantation: a case for reform? // *Br J Nurs* 2009; 18:1130-1.

2. Epstein S., Stuss M. Transplantation osteoporosis // *Endokrynol Pol* 2011; 62:472-85.

3. Balaska A., Moustafellos P., Gourgiotis S., Pistolas D., Hajiannaskis E., Vougas V., Drakopoulos S. Changes in health-related quality of life in Greek adult patients 1 year after successful renal transplantation // *Exptal Clin Transplant* 2006; 4:521-4.

4. Bittencourt Z., Alves Filho G., Mazzali M., Santos N. Quality of life in renal transplant patients: impact of a functioning graft // *Revista de Saude Publica* 2004; 38:732-4.

5. Weiss J., Hofmann S., Immer F. Patient characteristics of deceased organ donors in Switzerland 1998-2008 // *Swiss Med Wkly* 2011; 141:w13265.

6. Norman D. The kidney transplant wait-list: allocation of patients to a limited supply of organs // *Semin Dial* 2005; 18:456-90.

7. Surman O., Cosimi A. Ethical dichotomies in organ transplantation. A time for bridge building // *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18 (6 Suppl):13S-19S.

8. Erin C., Harris J. 'Preseumed Consent or Contracting Out' // *Journal of Medical Ethics*. – 1999. – 25:365-6.
9. Vermeulen E., et al. [Secondary use of human tissue: consent and better information required] // *Ned Tijdschr Geneeskde* 2009; 153:A948.
10. Rihalia A., McDaid C., Suekarran S., Norman G., Myers L., Sowden A. A systematic review of presumed consent systems for deceased organ donation // *Health Technol Assess* 2009; 13:iii, ix-xi.
11. [http://www.organdonation.nhs.uk/statistics/download/weekly\\_stats.pdf](http://www.organdonation.nhs.uk/statistics/download/weekly_stats.pdf) Accessed 03 April 2012
12. Sharp L. Organ transplantation as a transformative experience: anthropological insights into the restructuring of the self // *Med Anthropol Q* 1995; 9:357-89.
13. Quigley M. Property and the body: applying Honore // *J Med Ethics* 2007; 33:631-4.
14. Nagel E., Mayer J. [Basic ethical aspects of living organ donation] // *Chirurg* 2003; 74:530-5.
15. Volz Wenger A/, Szucs T. Predictors of family communication of ones organ donation intention in Switzerland // *Int J Public Health*. – 2011. 56:217-23.
16. Klassen A., Klassen D. Who are the donors in organ donation? The family's perspective in mandated choice // *Ann Intern Med* 1996; 125:70-3.
17. McGill R., Ko T. Transplantation and the primary care physician // *Adv Chronic Kidney Dis* 2011; 18:433-8.
18. Bell M. Emergency medicine, organ donation and Human Tissue Act // *Emerg Med J* 2006; 23:824-7.
19. Harris J. *Clones, Genes and Immortality: Ethics and the Genetic Revolution*. – Oxford: Oxford University Press, 1998. – P. 123.
20. Ross L., Thistlethwaite J. Committee on Bioethics. Minors as living solid-organ donors. *Pediatrics* 2008; 122:454-61.
21. Brazer M., Cave E. *Medicine, Patients and the Law* 4th ed. London: Penguin Books; 2007. P 453.
22. Human Tissue Act 2004, s 2(3).
23. Jafar T. Organ trafficking: global solutions for a global problem. *Am J Kidney Dis* 2009; 54:1145-57.
24. Cohen C. Public policy and the sale of human organ. *Kennedy Inst Ethics J* 2002; 12:47-64.
25. Taylor J. Autonomy and organ sales, revisited. *J Med Philos* 2009; 34:632-48.
26. Kittur D., Hogan M., Thukral V., McGaw L., Alexander J. Incentive for organ donation? The United Network for Organ Sharing Ad Hoc Donations Committee. *Lancet* 1991; 338:1441-3.
27. Meyer S. Trafficking in human organs in Europe: a myth or an actual threat? *Eur. J. Crime Cr. L. Cr. J* 2006; 14:208-29.
28. Vemuru Reddy S., Guleria S., Okechukwu O., Sagar R., Bhowmik D., Mahajan S. Live related donors in India: Their quality of life using world health organization quality of life brief questionnaire. *Indian J Urol* 2011; 27:25-9.
29. European Convention on Human Rights and Biomedicine, article 21.
30. Monaco A. Rewards for organ donation: the time has come. *Kidney Int* 2006; 69:955-7.
31. Fabre C. Whose Body Is It Anyway? Justice and the Integrity of the Person: Publication Review by Cutas D. *Med L Rev* 2007; 15:419-25.
32. Glazier A. The principle of gift law and the regulation of organ donation. *Transpl Int*. 2011; 24:368-72.
33. Steering Committee of the Istanbul Submit (157 Collaborators). The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3:1227-31.
34. Plan for the Future: Department of Health.
35. Mason J. and Laurie G. *Mason & McCall Smith's Law and Medical Ethics*. 7th ed, Oxford: Oxford University Press; 2007. @14.58

36. Barnett A., Blair R., Kaserman D. Improving organ donation: compensation versus markets. *Inquiry* 1992; 29:372-78
37. Siminoff L., Leonard M. Financial incentives: alternatives to the altruistic model of organ donation. *J Transpl Coord* 1999; 9:250-6.
38. Baskin J. Giving until it hurts?: Altruistic donation of solid organs. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37:377-9.
39. Organ transplantation in Israel. @ [http://en.wikipedia.org/wiki/Organ\\_transplantation\\_in\\_Israel#cite\\_note-jewishweek-2](http://en.wikipedia.org/wiki/Organ_transplantation_in_Israel#cite_note-jewishweek-2) (accessed on April 05 2012).
40. Ghods A. Governed financial incentives as an alternative to altruistic organ donation. *Exp Clin Transplant* 2004; 2:221-8.
41. Marshall P., Thomas D., Daar A. Marketing human organs: the autonomy paradox. *Theor Med.* 1996; 17:1-18.
42. Stallone G., Infante B., Gesualdo L. Older donors and older recipients in kidney transplantation. *J Nephrol.* 2010; 23 Suppl 15:S98-103.
43. Frontera J., Kalb T. How I manage the adult potential organ donor: donation after neurological death (part 1). *Neurocrit Care* 2010; 12:103-10.
44. Unnamed Authors. Psalm 90 vs10. In: *The Holy Bible, New King James Version*. London: Thomas Nelson; 1980
45. McGuinness S., Brazer M. Respecting the living means respecting the dead too. *O.J.L.S* 2008; 28:297-316.

**Дангата И.**

### **Достоинство в донорстве органов – сбалансирование интересов заинтересованных лиц**

Рассмотрены вопросы трансплантации как одного из эффективных средств лечения лиц, находящихся на терминальных стадиях заболеваний и нуждающихся в пересадке органов. Отмечено, что донорство и трансплантация являются довольно сложными вопросами, которые порождают много этических, моральных и практических проблем.

Охарактеризованы проблемы донорства в Великобритании. Определены потребности увеличения количества доноров, в частности, путем внесения изменений в Закон «О тканях человека» от 2004 г. в контексте введения презумпции согласия на донорство органов, а также необходимость сбалансирования интересов заинтересованных субъектов, повышения их осведомленности о том, насколько важна их роль в улучшении показателей донорства. Проанализированы действующие показатели донорства органов в Великобритании, а именно статистические данные о трансплантации за период с апреля 2010 года по март 2012 года, указывающие на то, что в Великобритании, как и в других государствах мира, количество необходимых трансплантатов уменьшается, несмотря на многолетние усилия. С целью существенного увеличения количества трансплантатов необходимо изменить стратегию.

Освещена роль каждой из заинтересованных сторон донорства, в частности, донора, семьи донора, реципиента, общественности, врача, правительства, лиц, преследующих коммерческие интересы. Сделан акцент на роли врача, предоставляющего пациенту консервативное лечение до появления долгожданного донора.

Определены некоторые аспекты коммерческого донорства, ответственность его участников, а именно торговцев органами, коммерческих врачей и др. Освещены отдельные моральные аспекты коммерциализации донорства. Проанализированы инициативы правительства Великобритании,

направленные на улучшение показателей донорства в течение следующих 5 лет, в частности, освещена стратегия использования координаторов трансплантации, ключевая роль которых сводится к налаживанию отношений между потенциальными донорами и их семьями, реципиентами и их семьями. Выявлена роль медицинского права и биоэтики в усовершенствовании действующего законодательства, касающегося донорства органов и тканей человека и трансплантации.

*Ключевые слова:* достоинство, донор, продолжительность жизни, донорство органов, качество жизни, реципиент, трансплантация.

**Dangata Y.**

### **Dignity in Organ Donation – Balancing Stakeholders’ Interests**

The issues of transplantation as one of the most effective way of treating persons who are suffering from diseases at their terminal stages and need organ transplantation are elucidated. An accent is made on the fact that organ donation and transplantation are rather complex and sensitive issues, raising different ethical, moral, and practical problems, which result in increasing the number of persons’ death who are in the waiting list for organ donation. Current problems of organ donation in Great Britain are analyzed. The need of increasing the number of donors by making amendments to the Human Tissue Act 2004 as regards implementation of the presumption of consent to organ donation as well as the necessity to balance the stakeholders’ interests and increasing the level of their knowledge of the fact how important is their role in organ donation rates improvement. Current rates of organ donation in Great Britain; in particular statistic data of transplantation in this state during the period April 2010 till March 2012 are illustrated. The statistic data shows that in Great Britain as in other states of the world the amount of transplants despite increasing efforts to enhance organ donation over the years. The accent is made on the necessity for rethinking strategies for significant enhancement of availability of transplants.

The role of each stakeholder in organ donation, in particular: donor, donor’s family, recipient, the public, doctors, the Government as well as persons with commercial interests in donation are illustrated. The accent is also made on the role of the doctor who provides conservative treatment of the patient in order to ‘buy’ time for when there would be a donor.

Certain aspects of commercial donation with the focus on its participants such as organ dealers, commercial doctor, are elucidated. Moral issues of organ donation commercialization are illustrated. The article also highlights certain initiatives of the Government of Great Britain which are aimed at improvement donation rates during next 5 years, in particular the role of transplant coordinators and their task to bridge the gap between potential donors and their families on the one hand, and recipients and their families on the other. The role of medical law and bioethics in the aspect of amending legislation regulating organ and human tissue transplantation is analyzed in the article as well.

*Key words:* dignity, donor, life expectancy, organ donation, quality of life, recipient, transplantation.