

DOI: 10.15825/1995-1191-2020-1-174-183

## ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ: АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ САМООБЕСПЕЧЕНИЯ

О.Н. Резник<sup>1, 2</sup>, Д.В. Михель<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва, Российская Федерация

С позиций социально-гуманитарного знания в статье анализируется проблема глобального дефицита донорских органов. Рассматриваются основные представления международного медицинского сообщества о дефиците органов и основные предложения по его преодолению. Особое внимание уделяется трем наиболее показательным национальным стратегиям самообеспечения донорскими органами – американской, испанской и иранской. Обсуждается вопрос о влиянии культурных различий и фактора социально-экономического неравенства на сложившиеся практики донорства органов на примере Мексики, Турции, Пакистана и Бангладеш.

*Ключевые слова:* дефицит донорских органов, ВОЗ, национальные стратегии самообеспечения, США, Испания, Иран, Мексика, Турция, Пакистан, Бангладеш.

## GLOBAL ORGAN SHORTAGE: AN ANALYSIS OF NATIONAL SELF-SUFFICIENCY STRATEGIES

O.N. Reznik<sup>1, 2</sup>, D.V. Mikhel<sup>3</sup>

<sup>1</sup> I.I. Dzhanelidze St. Petersburg Research Institute of Emergency Care, St. Petersburg, Russian Federation

<sup>2</sup> I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

<sup>3</sup> Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russian Federation

From the standpoint of socio-humanitarian knowledge, the paper analyzes the problem of global organ shortage. The basic ideas of the international medical community about organ shortage and the main proposals for overcoming it are considered. Special emphasis is placed on the three most revealing national self-sufficiency strategies adopted by donor agencies – American, Spanish and Iranian strategies. The issue of influence of cultural differences and socio-economic inequality on established organ donation practices is discussed using Mexico, Turkey, Pakistan and Bangladesh as examples.

*Keywords:* organ shortage, WHO, national self-sufficiency strategies, USA, Spain, Iran, Mexico, Turkey, Pakistan, Bangladesh.

### ВВЕДЕНИЕ

Прогресс в области трансплантационной медицины, связанный с развитием методов хирургического вмешательства, послеоперационной реабилитации и использованием эффективных иммуносупрессивных препаратов, привел к тому, что пересадки органов стали рутинной медицинской практикой в клиниче-

ских учреждениях по всему миру. Вследствие этого уже с 1990-х гг. главной проблемой, препятствующей эффективно предоставлять трансплантационную медицинскую помощь нуждающимся в ней пациентам, стал дефицит донорских органов. Это явление носит не страновой, а глобальный характер. Феномен глобального дефицита органов требует специального

**Для корреспонденции:** Резник Олег Николаевич. Адрес: 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3.  
E-mail: onreznik@gmail.com

**For correspondence:** Reznik Oleg Nikolaevich. Address: 3, Budapeshtskaya str., St. Petersburg, 192242, Russian Federation.  
E-mail: onreznik@gmail.com

изучения, как и дефицит органов в пределах конкретной национальной юрисдикции.

В рамках предлагаемой статьи планируется обсудить следующие вопросы:

- Что представляет собой дефицит органов с точки зрения международного медицинского сообщества?
- Какие стратегии преодоления дефицита органов предлагаются в настоящее время?
- Как на практики самообеспечения органов влияют культурные различия и социально-экономическое неравенство?

## ВОЗ О ДЕФИЦИТЕ ОРГАНОВ

С момента, когда трансплантация органов стала превращаться в успешное средство спасения человеческих жизней, международное медицинское сообщество в лице ВОЗ начало проявлять самое пристальное внимание к различным вопросам, касающимся организации практик трансплантаций и донорства. В 1987 г. 40-я Всемирная ассамблея здравоохранения приняла решение разработать «Руководящие принципы для трансплантаций человеческих органов», в которых бы подчеркивались достигнутый в сфере трансплантаций прогресс и несовместимость торговли органами от живых доноров с базовыми гуманистическими ценностями, Всеобщей декларацией прав человека и духом Устава ВОЗ [1].

В 1991 г. ВОЗ одобрила «Руководящие принципы по трансплантации человеческих органов» [2], в которых отмечалось наличие дефицита донорских органов и утверждалось, что «спрос никогда не будет удовлетворен предложением». Особое внимание обращалось на проблему торговли органами от неродственных доноров и выражалась серьезная озабоченность судьбами различных уязвимых групп, которые становятся жертвами этой торговли. С целью пресечения этой торговли выдвигались следующие принципы: 1) органы следует получать прежде всего от умерших доноров; 2) живые доноры должны быть генетически связаны с реципиентами; 3) не должно быть купли или продажи органов [3].

В дальнейшем ВОЗ неоднократно возвращалась к вопросу о дефиците органов, неизменно связывая его с проблемами коммерческого трафика органов, который рассматривался как серьезное препятствие для нормального развития трансплантации во всем мире. Так, в 2004 г. 57-я Всемирная ассамблея здравоохранения, учитывая уже наработанный опыт и новые тенденции в практике трансплантации, рекомендовала переработать «Руководящие принципы» 1991 года. Специальное внимание обращалось не только на торговлю органами, но и на такое явление, как трансплантационный туризм. Говоря о «все большей нехватке имеющегося человеческого материала для трансплантации», ВОЗ также признала,

что «трансплантация включает в себя не только медицинские, но и юридические и этические аспекты и затрагивает экономические и психологические проблемы» [4].

В марте 2007 г. в Женеве состоялась вторая Глобальная консультация по вопросам трансплантации, на которой ВОЗ представила план обновления «Руководящих принципов», а также было решено создать Глобальный форум по трансплантации под руководством ВОЗ для содействия и поддержки развивающихся стран, приступающих к проведению программ по трансплантации, и работы по созданию единой координирующей системы для клеток, тканей и органов. Во время женевской консультации было отмечено, что в 2005 г. году в мире было пересажено 66 000 почек, но это удовлетворило лишь 10% всех потребностей. Кроме того, сообщалось, что посредством трансплантационного туризма осуществлялось 10% глобальной практики в области трансплантации. Эксперты ВОЗ подчеркивали, что «решающее значение для того, чтобы общество могло воспользоваться теми преимуществами, которые может предоставить трансплантация как терапия», имеют «качество, безопасность, эффективность и прозрачность» [5].

Многие из идей, озвученных во время Глобальной консультации в 2007 г., были представлены в рамках Стамбульской декларации 2008 года, посвященной вопросам предотвращения торговли органами и трансплантационного туризма. В тексте декларации было выражено несколько важных подходов к рассматриваемому вопросу. «Всем странам необходимы правовая и профессиональная базы для управления процессами донорства и трансплантации органов, также как и надзорная система, гарантирующая безопасность донора и реципиента, соблюдение стандартов и запрещение деятельности, противоречащей этическим принципам». «Каждая страна должна гарантировать развитие и осуществление программ, предупреждающих дефицит донорских органов, и обеспечивать своим гражданам предоставление донорских органов для трансплантации в пределах своего населения или за счет региональной кооперации». Авторы декларации призывали всех участников международного общения расширить «терапевтический потенциал посмертного донорства», «минимизировать использование живых доноров», устранять «недоверие, барьеры и неправильные представления, мешающие развитию эффективного посмертного донорства», улучшать инфраструктуру здравоохранения. В рамках декларации было сформулировано шесть принципов, один из которых гласил: «Страны, регионы и сопредельные области должны пытаться достигнуть самообеспечения в органном донорстве, обеспечивая достаточное количество органов для своих жителей, используя также региональную кооперацию» [6].

В 2010 г. 63-я Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила новые «Руководящие принципы», в которых нашли воплощение идеи Стамбульской декларации. Особое внимание было вновь уделено проблемам трансплантационного туризма и торговли органами, которая ставилась в тесную связь с незаконной торговлей людьми. В одиннадцати предложенных мировому сообществу принципах подчеркивались необходимость законного получения органов от доноров, четкое разделение ролей и обязанностей между лечащими врачами и трансплантологами, приоритет посмертного донорства над прижизненным, а в рамках прижизненного – родственного над неродственным, запрещение получения донорских органов от несовершеннолетних, кроме тех случаев, что разрешены законом, безвозмездный характер донорства, в равной мере одинаковость заботы о здоровье как реципиентов, так и доноров, прозрачность и подконтрольность всех процедур, связанных с донорством и трансплантацией, обеспечение личной автономности и конфиденциальности доноров и реципиентов [7].

Опираясь на принципы Стамбульской декларации и 63-й Всемирной ассамблеи, ведущие эксперты ВОЗ вскоре опубликовали специальный текст, призывающий правительства всех стран добиваться более строгого контроля в достижении самообеспечения в сфере органного донорства и трансплантации. Авторы публикации специально подчеркивали «необходимость новой парадигмы национального самообеспечения» и вновь утверждали, что «каждая страна или регион должны стремиться к обеспечению достаточного количества органов от своего собственного населения, руководствуясь этическими принципами ВОЗ». Опубликованный материал также содержал в себе разнообразную информацию о том, как обстоит дело с самообеспечением донорскими органами в различных странах мира [8].

В целом на протяжении конца 1980-х – начала 2010-х гг. ВОЗ постоянно придерживалась той линии поведения, которая была нацелена на решение проблемы глобального дефицита органов. Постепенно пришло осознание того, что преодолению дефицита мешает много явлений – рассогласованность национального законодательства о донорстве и трансплантации, недобросовестность некоторых участников мирового трансплантационного сообщества, торговля органами и трансплантационный туризм. Практически с самого начала также было осознано наличие серьезных различий между развитыми и развивающимися странами в организации ими эффективных и справедливых систем донорства, а также выявлены противоречия по вопросам приемлемости использования умерших или живых доноров и отношения к купле-продаже органов. Признавая эти различия и противоречия, ведущие эксперты ВОЗ, тем не менее, все более утверждают во мнении, что

преодоление дефицита органов должно стать общей целью для всех участников международного общения, а средством для этого должна быть деятельность по самообеспечению донорскими органами в масштабах каждой страны или региона.

## НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ САМООБЕСПЕЧЕНИЯ

Неустрашимый дефицит органов не только остается постоянной темой для осмысления со стороны международного медицинского сообщества, но и отправной точкой для выработки различных стратегий по его преодолению. Предложенная ВОЗ концепция национального самообеспечения органами является рамочной, но у каждой страны или группы стран могут быть собственные подходы к ее практической реализации. Ниже будут рассмотрены некоторые наиболее известные стратегии самообеспечения донорскими органами.

### Американская стратегия

Наряду с Советским Союзом США были одним из пионеров в области пересадки органов, и в этой стране создана одна из первых в мире успешных систем органного донорства, которая позволила осуществлять заготовку органов в национальном масштабе и оперативно перераспределять их между медицинскими учреждениями. В 1968 г. там появилась первая организация, профессионально занимающаяся донорством органов – НЕОВ (New England Organ Bank), в штате которой состояли особые специалисты, занимающиеся выявлением доноров в находящихся в этом регионе больницах, их ведением после диагностики смерти мозга, получением согласия на изъятие органов у родственников донора и их психологической поддержкой, получением и транспортировкой органов, контролем качества выполняемых работ, организацией информационных кампаний для общественности, контактами со СМИ и т. д. Вслед за НЕОВ появились еще 57 таких же организацией, занимающихся заготовкой органов (Organ Procurement Organizations) [9, 10].

Важный шаг был сделан в 1984 г., когда Конгресс принял Национальный закон о трансплантации органов (National Organ Transplant Act), после чего Министерство здравоохранения и социального обслуживания поручило специально назначенной группе из 25 специалистов – Task Force on Organ Procurement and Transplantation – упорядочить работу всех региональных ОРО. Благодаря этому была создана единая национальная система трансплантации и донорства – OPTN (Organ Procurement and Transplantation Network), все звенья которой связаны в единую компьютеризированную сеть. Администрированием этой сети и всей OPTN с 1986 г. стала заниматься не-

коммерческая научно-образовательная организация UNOS (United Network for Organ Sharing), надзор над которой взял на себя Департамент трансплантации Министерства здравоохранения США. Организационно UNOS включает в себя все трансплантационные центры и OPOs, управляемые через Совет директоров и специальные комитеты [11, 12].

Наряду с общенациональными организациями OPTN и UNOS в США в те же самые годы был начат процесс создания региональных объединений, которые включали в себя трансплантационные центры, центры заготовки органов, представителей местного бизнеса и медицинской администрации штата и были ориентированы на то, чтобы вывести деятельность по получению и распределению органов на более высокий уровень, добиться материальной заинтересованности от вовлеченных в нее медицинских учреждений, а также оптимизировать отбор кандидатов на получение органов, в особенности таких дефицитных, как трансрентальные органы. Наиболее известным из таких региональных объединений стал OSOTC (Ohio Solid Organ Transplantation Consortium), созданный в штате Огайо в 1984 г. [13].

В связи с ростом количества медицинских решений о проведении лечения посредством трансплантации и увеличением спроса на донорские органы американская национальная система органного донорства уже в начале 1990-х гг. начала работать с перегрузками, и это потребовало последующей ее адаптации к новым вызовам. Начав борьбу за увеличение источников донорских органов, американские специалисты наряду с донорами со смертью мозга стали более активно использовать доноров с расширенными критериями, маргинальных доноров, доноров с остановкой сердца, а также стали более широко привлекать различные категории прижизненных доноров. В 2000-е гг. в профессиональный язык американских врачей-трансплантологов вошли такие понятия, как «прижизненные неродственные доноры», «прижизненные доноры, состоящие в правовой и эмоциональной связи с реципиентами», «целенаправленные и нецеленаправленные прижизненные доноры», «доноры – добрые самаритяне» [14, 15].

Стремление использовать весь спектр возможностей для получения новых органов позволяет считать американскую стратегию самообеспечения одной из самых агрессивных в мире. Примечательно, что термин «агрессивная заготовка органов», который начал продвигаться в научной литературе в середине 2000-х гг., предназначается для обозначения тактики «агрессивного манипулирования (management) телом донора с целью получения максимального количества органов для трансплантации» [16]. Однако представляется, что это понятие верно не только для характеристики конкретных медицинских ситуаций, но и для общей тенденции, сложившейся в американ-

ской трансплантационной медицине: использовать максимум имеющихся возможностей и создавать новые возможности.

## Испанская стратегия

С 1990 г. наиболее успешный опыт самообеспечения донорскими органами демонстрирует Испания, где под руководством нефролога Рафаэля Матесанца в 1989 г. была создана Национальная организация по трансплантациям (Organización Nacional de Trasplantes), возглавившая всю работу по органному донорству на основе новой модели получения донорских органов – трансплантационной координации. Впервые в мире в Испании была налажена практика, когда выявление потенциальных доноров и их ведение было поручено особым специалистам – трансплантационным координаторам, чья деятельность осуществлялась на строго подотчетной и оплачиваемой основе. Назначаемые из числа больничных врачей, прежде всего из числа врачей отделений интенсивной терапии (реанимации), трансплантационные координаторы смогли обеспечить эффективное взаимодействие между лечащими врачами и трансплантационными бригадами, тогда как в прежние десятилетия это не удавалось. Была выстроена вся цепочка трансплантационной координации – от больничного до регионального и национального уровня, а также продуманы все технические и логистические аспекты быстрого получения доступа к донорам и донорским органам. Признавая значимость прижизненного донорства, испанские специалисты, тем не менее, сосредоточились на улучшении работы в сфере организации посмертного донорства, и уже в течение нескольких лет страна вышла на первое место в мире по этим показателям. Вследствие этого ВОЗ признала опыт Р. Матесанца и его коллег образцовым и рекомендовала его остальным странам.

Кроме работы по улучшению ситуации с донорством органов в своей стране испанские специалисты также активно включились в сферу международной экспертно-аналитической и пропагандистской деятельности по вопросам органного донорства. При участии испанской Национальной организации стали публиковаться различные общеевропейские и международные документы по донорству органов – руководящие принципы, статистическая информация, декларации, директивы. Благодаря настойчивым усилиям Р. Матесанца впервые в мире в испанское уголовное законодательство была введена статья, запрещающая торговлю органами и строго наказывающая лиц, покупающих органы за границей. Называя трансплантационный туризм преступной и аморальной деятельностью, Р. Матесанц при этом указал на то, что почву для его существования создают сами врачи, прежде всего в развитых странах – США, Япо-

нии, Израиле и странах Европы, поддерживающие своих пациентов, которые отправляются на поиски органов [17].

Испанская национальная стратегия самообеспечения, предполагающая активную пропаганду идеи посмертного донорства среди населения с привлечением СМИ, церкви и учреждений образования, тем не менее, уступает американской в степени агрессивности. Так, испанские врачи-трансплантологи почти вдвое реже, чем их американские коллеги, используют потенциал прижизненного донорства и почти не используют возможности прижизненного неродственного донорства (в 2017 г. было проведено всего 14 пересадок почки от неродственных доноров, что составило 0,3 случая на каждый миллион населения, тогда как в США было выполнено 1124 такие операции, или 3,5 случая на миллион) [18]. Тем не менее среди испанских специалистов идея «агрессивной заготовки органов» также встречает поддержку. Примером этого служит предложение Диего Грации – наиболее авторитетного испанского медицинского философа и биоэтика – перейти от концепции добровольного альтруистического пожертвования к концепции обязательного гражданского долга передавать свои органы после смерти. По его мнению, «органы умерших людей являются общественным благом», и поэтому распоряжаться ими должен не автономный индивид, а так называемый «супер-пользователь» (*supererogatory*) – все общество в целом или государство. Д. Грация называет такой подход «радикальным решением» проблемы дефицита органов, но подчеркивает, что правовые основания для этого пока отсутствуют [19].

### Иранская стратегия

Еще одна стратегия самообеспечения связана с легализацией платных форм получения донорских органов. Официально она осуществляется лишь в одной стране – Иране, где она была введена в 1988 г. сразу после окончания ирано-иракской войны и в условиях международной политической изоляции. Не вполне ясен вопрос о роли авторитарного теократического режима в принятии этой модели донорской системы в этом исламском государстве, но вполне возможно, что выбор в пользу легализации купли-продажи органов был своего рода реакцией на отвергнутые Ираном ценности западной либеральной демократии и всего, что с этим ассоциируется. Как бы то ни было, легализация купли-продажи органов сыграла важную роль в развитии национальной трансплантационной программы. Покупателем всех донорских органов в Иране стало государство, что сняло целый ряд вопросов морально-этического и правового порядка. Большинство иранских специалистов оценивает эту модель как абсолютно пра-

вомерную и справедливую [20, 21], хотя ни ВОЗ, ни большинство западных специалистов не считают ее таковой.

Принятие платной модели приобретения донорских органов (почек) позволило Ирану всего через десять лет избавиться от длинных очередей в больничных листах ожидания, а также покончить с нелегальной торговлей органами. С введением платной системы доноры почек стали получать за проданный орган по 3500 долларов (в конце 1990-х гг.), хотя позднее стоимость органа стала сокращаться – 1265 в 2002 г. и 900 в 2011 г. Кроме того, правительство предоставило донорам бесплатную медицинскую страховку. Поддержав куплю-продажу органов, иранское государство добилось существенного сокращения средств на высокотехнологичную медицинскую помощь: сократились расходы на содержание пациентов в центрах диализа. Как западные, так и иранские специалисты уделяют внимание вопросу о мотивах, которыми руководствуются иранские граждане, продающие свои органы. Считается, что эти мотивы смешанные – как финансовые, так и альтруистические. При этом продажа органов не является делом только бедных людей. По разным оценкам, доля совершенно неграмотных людей, продающих свои органы, варьируется от 2,7 до 29%, тогда как количество людей со школьным образованием (сроком 6–12 лет) колеблется от 71 до 90,8%. В 2000 г. в Иране был принят закон, позволяющий использовать органы от пациентов с зарегистрированной смертью мозга, и к началу 2010-х гг. число полученных почек от таких доноров составило 12%. Тем не менее основным источником донорских органов в начале 2010-х гг. в Иране продолжали оставаться неродственные живые доноры [22–25].

При сравнении иранской стратегии самообеспечения с американской и испанской нетрудно увидеть, что она явным образом сфокусирована на использовании потенциала прижизненных неродственных доноров. Однако у нас нет оснований говорить о заложенной в ней идеологии «агрессивной заготовки органов». В отличие от своих американских и испанских коллег иранские врачи-трансплантологи, очевидно, не используют весь спектр существующих возможностей в сфере донорства. Представляется, что их выбор предопределен господствующими культурными нормами исламского общества, где значительная часть населения настороженно относится к практике посмертного изъятия органов.

Три приведенных выше примера не исчерпывают всего разнообразия существующих сегодня национальных стратегий самообеспечения донорскими органами, но при этом их можно считать весьма показательными. Американская стратегия «агрессивной заготовки органов» в силу той роли, которую играет в мире американская трансплантационная медицина,

во многом является образцом для других стран, хотя и не признана в качестве таковой ВОЗ. Стремление использовать весь спектр существующих возможностей в привлечении донорских ресурсов является нормой, которой руководствуется медицинское сообщество большинства развитых стран. Испанская стратегия самообеспечения, признанная ВОЗ в качестве образцовой модели, тоже имеет много приверженцев, в том числе, по-видимому, и потому, что ей свойственна меньшая агрессивность. Иранская же стратегия официально не имеет аналогов за пределами этой страны, но устойчивый интерес к ней и обилие публикаций о роли иранского опыта, похоже, уготовили и этой стратегии шанс на сохранение в будущем.

## КУЛЬТУРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ НЕРАВЕНСТВО

Международное медицинское сообщество в лице ВОЗ связывает возможности развития трансплантаций и сокращение дефицита донорских органов прежде всего с увеличением масштабов посмертного донорства. При этом эксперты ВОЗ справедливо указывают на то, что в некоторых частях мира сама идея посмертного донорства вызывает «культурное сопротивление». Речь идет в первую очередь о странах Азии, Латинской Америки и Африки, т. е. в основном о развивающихся странах. Признавая это, ВОЗ настаивает на важности «качественных исследований для понимания «немедицинских» причин этого сопротивления» [26, 27].

### Мексика

Среди развивающихся стран Латинской Америки случай наиболее явного влияния культуры на донорские практики демонстрирует Мексика. Страна с преобладанием католического населения также управляется правительством, которое на протяжении многих десятилетий пытается проводить в жизнь политику модернизации, но при этом находится в положении безнадежно отстающего от своего северного соседа, США. В стране достаточно высоко развита трансплантационная медицина, и по общему количеству пересадок почки Мексика в 2017 г. занимала четвертое место среди всех стран Латинской Америки: 24,5 трансплантации на миллион населения. Между тем наиболее часто осуществляются пересадки с использованием живых доноров, тогда как посмертное донорство развито очень слабо. По уровню использования посмертных донорских органов Мексика занимает одно из последних мест в регионе, зато по количеству пересадок почек с использованием живых доноров она уверенно занимает первое место: 17,3. При этом общее количество трансплантаций почек от

умерших доноров вдвое с лишним меньше: 7,2 [18]. В стране не существует запрета на использование доноров со смертью мозга, однако низкий уровень развития посмертного донорства обусловлен прежде всего культурными особенностями местной жизни.

Медицинский антрополог М. Кроули-Матока предложила одно из самых интересных объяснений мексиканского феномена. В своем многолетнем исследовании она оттолкнулась от одного случая, который можно считать парадигмальным. Родители одного юноши, которому требовалась пересадка почки, отправились в Германию, на родину его матери. Там и врачи, и родня по материнской линии стали настаивать на том, чтобы провести пересадку от умершего донора. Однако семья приняла другое решение и вернулась в Мексику, где немецкая мать пожертвовала сыну собственную почку. Этот поступок не только получил одобрение со стороны мексиканской родни и врачей, но и был воспринят всеми как совершенно оправданный и закономерный: женщина-мать, родившая ребенка, в случае необходимости всегда должна пожертвовать ему часть своего тела.

Согласно выводам исследовательницы, данная логика тесно связана с представлениями о сексуальности. Если зачатие ребенка всегда является следствием половой связи, и следовательно, следствием моральной нечистоты женщины-матери, то деторождение предстает как моральное искупление. То же касается и прижизненного донорства почки: оно выступает материнским искуплением за плотский грех. Размышляя над этой логикой, исследовательница обратилась также к особенностям мексиканской религиозности, которая, в сущности, сложилась еще в XVI в., когда древняя Мексика была завоевана европейцами. Именно в этот период, после морального унижения, которому подверглись коренные мексиканцы, они впервые приняли религию своих завоевателей – католицизм. Примечательно, что источником религиозного чувства коренных жителей страны стал образ Девы Марии Гваделупской, которая с тех пор является наиболее почитаемым христианским символом в Новом Свете. В образе мексиканской Мадонны соединились черты материнской жертвенности и культурно-религиозный выбор самих мексиканцев, которые с середины XVI в. превратились в единую нацию коренных жителей и их завоевателей. Кроме того, по мысли Кроули-Матока, в общественном сознании мексиканцев глубоко укоренился и еще один женский образ, Малинче – индианки знатного рода, которая была в качестве рабыни отдана правителю ацтеков, а затем подарена им предводителю конкистадоров Эрнану Кортесу. Став наложницей Кортеса, она также стала и лучшей его шпионкой, которая помогла испанцам завоевать Мексику. Если довести до логического завершения обе эти значимые для современных мексиканцев истории, то становится

более понятным и тезис о естественности материнской жертвы. Всякая женщина-мать в Мексике – это сначала Малинче, предательница своего народа, совершающая плотский грех с врагом, а затем – Дева Мария Гваделупская, мать Божества, приносящая искупительную жертву [28, 29].

Для большинства мексиканцев неприемлемой является идея посмертного донорства. Кроули-Матока связывает это с верой мексиканцев в посмертное воскресение и их представлениями о том, что тело после смерти должно оставаться целым, без повреждений. Но наряду с аргументами, относящимися к сфере духовной культуры, по мысли исследовательницы, важную роль также играют и факторы материально-культурного порядка. В частности, она отмечает неразвитость материальной инфраструктуры мексиканских больниц, отсутствие в большинстве из них палат реанимации и очевидную нехватку аппаратов искусственной вентиляции легких. Кроме того, в стране не хватает специалистов, способных поставить достоверный диагноз «смерть мозга».

В работе Кроули-Матока показано также, что естественность материнского донорства для мексиканцев хорошо согласуется с имеющимися фактами, хотя в отдельных случаях может показаться, что это не так. В частности, собранная исследовательницей статистика показывает, что значительно чаще, чем матери, донорами друг для друга становятся братья и сестры. За двенадцать лет наблюдений было выявлено 168 случаев жертвования органов сестрами и 160 случаев – братьями (всего 328 случаев). В свою очередь, дети жертвовали органы для родителей 63 раза (31 раз – дочери и 32 – сыновья), а родители для детей 76 раз (46 – матери и 30 – отцы). Супруги жертвовали органы друг для друга 42 раза, причем 35 раз – жены для мужей и только 7 – мужья для жен. Такое же неравномерное распределение донорских органов между полами, как между супругами, наблюдается и между братьями и сестрами. Сестры для братьев выступали донорами 93 раза, а братья для сестер вдвое меньше, 46 раз. Более охотно сиблинги жертвовали своими органами для родственников того же пола: братья для братьев – 115 раз, сестры для сестер – 46 раз. Несмотря на то что все эти факты, приводимые Кроули-Матока, говорят о несколько большей жертвенности мексиканских женщин, чем мексиканских мужчин [28], мы склонны акцентировать внимание на главном выводе всей ее работы: в Мексике донорство органов по целому ряду причин является делом семейным. Именно семья, поскольку она является опорой для всех своих членов, является главным потребителем донорских органов. Мексиканцам не свойствен крайний индивидуализм. Хотя одни члены семьи с готовностью жертвуют свои органы для других, но, в сущности, дело всегда идет о том, чтобы обеспечить не столько выживание ин-

дивида, сколько семьи. Все органы так или иначе перераспределяются в рамках семейной структуры, и действует моральная экономия семейного выживания.

В целом можно считать, что большинство обществ с традиционными взглядами, или развивающихся обществ, с большей готовностью признает прижизненное донорство, чем посмертное. В отличие от европейцев и североамериканцев, которые придерживаются рационалистических представлений о человеке, подавляющее большинство населения развивающихся стран отвергает материалистические воззрения на тело и душу. На Западе человек мыслится как разумное существо, а органом разума считается мозг. Если мозг умирает, то умирает и сам человек. Не то же самое в традиционных обществах, где смерть мозга вовсе не есть смерть человека. В пространстве живого религиозного сознания смерть есть всегда нечто большее, переход в новое состояние, как и сам человек, чье тело даже в его посмертном состоянии мыслится как святыня и собственность Высшего Существа.

## Турция

Турция – крупная страна, где на протяжении почти векового периода у власти находится светское правительство, а большинство населения исповедует ислам, причем половина в весьма умеренной форме. Географическое положение делает ее наполовину европейской страной, и это примечательным образом связано с той политикой модернизации, которую власти осуществляют в самых разных аспектах хозяйственной и культурной жизни. Опыт Турции свидетельствует о том, что большинство населения неохотно соглашается с возможностью использования органов человека после его смерти. Данные за 2017 г. свидетельствуют о крайне низком уровне донорской активности для случаев пересадки сердца, легких и поджелудочной железы, т. е. органов, которые можно изъять только у мертвого донора. Напротив, количество трансплантаций с использованием доли печени от живого донора достаточно высоко – 13,5 человека на миллион населения, а количество изъятий почки от живого донора – 32,8 человека на миллион населения; это один из самых высоких показателей в мире (в Европе такие же показатели только в Нидерландах). При этом уровень активности для посмертного донорства почки в Турции весьма невысокий – 8,6 (в Европе ниже только в православных Греции, Болгарии, Сербии и Молдавии, а также в России) [18].

Специальные исследования показывают, что преобладание традиционных взглядов в турецком обществе сказалось на неудачах национальной трансплантационной программы в 1990-е гг. Поощряя различные формы модернизации, турецкое

правительство тогда же инициировало создание сети частных клиник для представителей среднего класса и богатых иностранцев, в которых начали пересаживать органы. Это неминуемо привело к эксцессам в практике приобретения донорских органов. Как показано в исследовании А. Санала, на рубеже 1990-х и 2000-х гг. в частных турецких клиниках распространилась подпольная торговля органами, в которую оказались вовлечены некоторые местные доктора. Источниками органов становились трупы бедняков, умерших в психиатрических лечебницах, лица, покончившие самоубийством, и жертвы крупных землетрясений. Нередко донорские органы приобретались у бедняков, которых специально привозили в турецкие клиники из Индии, Ирака и других мест. Оценивая масштабы скандала в турецкой трансплантационной медицине этого времени, Санал называет его значительным, а предприимчивых турецких докторов, вроде печально известного «доктора S.», называет «техно-Робин Гудами», которые участвуют перераспределении дефицитных богатств (органов) от бедных к богатым [30, 31]. Турции – по крайней мере, до 2010-х гг. – не удалось создать прозрачную систему органного донорства, а все существующие практики донорства население воспринимало скептически.

## Пакистан

Пакистан – одна из наиболее быстро развивающихся стран в Азии. Здесь также у власти находится светское правительство, поддерживаемое военными, а многомиллионное население исповедует ислам. Трансплантационная программа, осуществляемая в стране с 1985 г., связана исключительно с прижизненным донорством. В начале 2000-х гг. доля пациентов с тяжелыми формами заболеваний почек достигала 100 человек на каждый миллион населения, при этом в стране ежегодно проводилось порядка 600–700 операций. Посмертное донорство отсутствует, поскольку законодательно запрещены трансплантации, связанные с использованием доноров со смертью мозга. При этом, хотя мусульманское духовенство и ученые из мусульманских академических центров признают, что посмертное донорство не противоречит исламу, в массовом религиозном сознании оно отвергается и воспринимается как надругательство над мертвым телом. Не создает оснований для развития посмертного донорства и господство в сознании населения семейно-ориентированного коллективизма, который подавляет всякую автономию личности и ее права. В Пакистане успешно работает крупный трансплантационный центр – Sindh Institute of Urology and Transplantation, организаторам которого удалось адаптировать к своим интересам культурные ценности пакистанцев: в нем осуществляются пересадки

почек только от родственных доноров, и активно поощряется мысль, что донорство есть моральная обязанность каждого человека перед членом своей семьи. При этом явно выраженный дефицит донорских органов толкает многих пакистанцев к тому, чтобы искать возможность получить трансплантационную помощь за границей [32–34].

Медицинское сообщество в лице ВОЗ и СМИ уже четверть века настойчиво говорит о глобальном дефиците органов, и этот дефицит действительно существует там, где осуществляются трансплантации. Однако парадоксальным образом этот дефицит может принимать разные проявления. В странах Южной Азии, прежде всего в Индии, а также Шри-Ланка и Бангладеш, на протяжении длительного времени наблюдается дефицит иного рода – «не дефицит органов, а дефицит пациентов» [35]. Целый ряд исследований последних лет, которые были проведены медицинскими антропологами, указывает на то, что на практики донорства может накладываться большой отпечаток не только культурная среда, но и социально-экономическая ситуация.

## Бангладеш

Бангладеш – одна из самых бедных стран в мире. Из 150 миллионов ее населения 78% живут менее чем на два доллара США в день. В начале 2000-х гг. она присвоила себе печальную славу еще одного «мирового базара органов». Ее столица, Дакка – это место, где число желающих продать свои органы (почку, роговицу глаза, часть печени) неизмеримо превышает число тех, кто готов их купить. Именно поэтому стоимость продаваемых органов имеет тенденцию снижаться, а циничные и предприимчивые брокеры и покупатели органов бесстыдно обманывают бедняков, желающих их продать.

Медицинский антрополог М. Монируззаман в середине 2000-х гг. предпринял длительное исследование в Дакке, в ходе которого ему удалось собрать интервью с тридцатью местными мужчинами и тремя женщинами, продавшими свой орган, а также пообщаться с врачами-урологами и нефрологами, участвующими в трансплантациях. Полученные сведения нельзя назвать иначе как удручающими. Почти все люди, продавшие свои органы, остались разочарованными. В большинстве случаев покупатели органов даже не заплатили им всю обещанную сумму – около 1400 долларов. У всех после операции на теле остался огромный шрам, которого могло бы не быть, если бы операция делалась лапароскопическим методом. Почти никто не получил должной медицинской помощи после изъятия органа и после очень быстрой выписки из больницы был вынужден вернуться в совершенно антисанитарные условия. У большинства начались проблемы со здоровьем, а

также серьезные психологические проблемы. У некоторых в силу всего этого вскоре распался брак. Совершенно никто не смог воспользоваться деньгами, чтобы хоть как-то улучшить свою жизнь, а многим их не хватило даже на покрытие всех долгов. Доноры, продавшие свои почки, неизменно вспоминали о дне своей операции как о самом черном дне жизни. Один из тех, с кем беседовал ученый, сказал, что чувствует себя после операции «человеком лишь наполовину» [36, 37].

Национальный закон о трансплантации органов в Бангладеш был принят в 1999 г., и согласно этому закону, в стране официально запрещена торговля органами. За нарушение закона преступникам грозит крупный штраф и тюремный срок. Однако в реальности за это никого не преследуют, а объявления о готовности купить тот или иной донорский орган регулярно встречаются в пяти крупнейших газетах страны. По мнению Монируззамана, применительно к Бангладеш даже сам термин «донорство» выглядит неуместно. Органы здесь не дарят, а продают в открытую. Все это является не только следствием нищеты огромных масс населения, но и того, что антрополог называет «бионасилием». Наиболее богатые покупатели органов предпочитают вывозить своих «доноров» за границу, обычно в Индию или Сингапур, и уже там делать операцию. Те, кто не так богат, пользуются услугами местных больниц, таких как больница медицинского университета Шейха Муджиба в Дакке. Самые же богатые летят самолетом в Америку, везя с собой купленный орган. Горячо одобряемая мировым медицинским сообществом альтруистическая философия, согласно которой жизнь одних людей может быть спасена за счет жизни других, здесь выглядит совершенно иначе: жизнь богатых продлевается за счет жизни бедных. По замечанию Н. Шейпер-Хьюз, в современном глобальном мире вслед за капиталами донорские органы также перемещаются из бедных стран в богатые, с Юга на Север, из третьего мира в первый мир; имеет место «медицинский апартеид» [38, 39].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Концепт «дефицит донорских органов» прочно вошел в профессиональный дискурс трансплантационной медицины и стал своеобразным отражением текущего кризиса той философии, что лежит в основе современной трансплантационной практики. Это философия альтруизма, которая впервые была разработана еще в XIX в. О. Контом. Руководствуясь философией альтруистического донорства, представители трансплантационной медицины предлагают и остальным членам общества разделить идеалы этой философии – добровольность, безвозмездность, солидарность и т. д. Однако ситуация с глобальным дефицитом органов явно указывает на

то, что в этом вопросе между профессионалами и обществом консенсус не всегда достигается. Общество не обязательно принимает философию (этику) альтруистического донорства, во всяком случае в полном объеме. Данное обстоятельство делает необходимым более обстоятельное изучение того, как общество относится к донорству органов. В этой связи глобальная проблема дефицита донорских органов не может рассматриваться только как проблема профессионального медицинского сообщества. Она требует междисциплинарного изучения, совместной работы врачей и ученых-гуманитариев.

*Публикация подготовлена в рамках поддержанного РНФ научного проекта № 17-18-01444, 2019 год.*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflict of interest.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. World Health Assembly Resolution 40.13. Development of guiding principles for human organ transplants, 4–15 May 1987. [Online]. Available: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s15559e/s15559e.pdf> (Accessed: 14.08.2019).
2. World Health Assembly Resolution 44.25. Human organ transplantation, 6–16 May 1991. [Online]. Available: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s15559e/s15559e.pdf> (Accessed: 14.08.2019).
3. Capron A. 1991 Guiding principles: roots and implications. *Ethics. Access and safety in tissue and organ transplantation: issues of global concern*. Madrid, Spain, 6–9 October 2003. Report. Geneva: WHO, 2004: 9. [Online]. Available: [http://www.who.int/transplantation/en/Madrid\\_Report.pdf?ua=1](http://www.who.int/transplantation/en/Madrid_Report.pdf?ua=1) (Accessed: 14.08.2019).
4. World Health Assembly Resolution 57.18. Human organ and tissue transplantation, 22 May 2004. [Online]. Available: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R18-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf). (Accessed: 1.08.2019).
5. WHO proposes global agenda on transplantation. WHO. Media centre. 30 March 2007. [Online]. Available: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr12/en/> (Accessed: 1.08.2019).
6. The declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism (2008 edition). [Online]. Available: [https://www.declarationofistanbul.org/images/Policy\\_Documents/2008\\_Edition\\_of\\_the\\_Declaration\\_of\\_Istanbul\\_Final.pdf](https://www.declarationofistanbul.org/images/Policy_Documents/2008_Edition_of_the_Declaration_of_Istanbul_Final.pdf) (Accessed: 1.08.2019).
7. World Health Assembly Resolution 63.22, WHO guiding principles on human cell, tissue and organ transplantation, 21 May 2010. [Online]. Available: [https://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22en.pdf](https://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf) (Accessed: 1.08.2019).
8. Delmonico FL, Dominguez-Gil B, Matesanz R, Noel L. A call for government accountability to achieve national self-sufficiency in organ donation and transplantation. *Lancet*. 2011; 378: 1414–1418.

9. Mone TD. The business of organ procurement. *Current opinion of organ transplantation*. 2002; 7: 60–64.
10. Our OPOs: New England organ bank. New England donor services: organ and tissue donation. [Online]. Available: <https://neds.org/our-opos/> (Accessed: 26.08.2019).
11. Fox RC, Swazey JP. Spare parts: organ replacement in American society. Oxford, 1992: 3–30.
12. Kaserman DL, Barnett AH. The US organ procurement system: a prescription for reform. Washington, DC, 2002: 8, 12, 13.
13. Schulak JA, Bohnengel A, Hanto DW et al. The Ohio solid transplantation consortium: a 15-year experience. *Transplantation review*. 1999; 13 (3): 135–147.
14. Adams PL, Cohen DJ, Danovitch GM et al. The non-directed live-kidney donor: ethical considerations and practice guidelines. *Transplantation*. 2002; 74 (4): 582–590.
15. Henderson AJZ, Landolt MA, McDonald MF et al. The living anonymous kidney donor: lunatic or saint? *American journal of transplantation*. 2003; 3:203–213.
16. Salim A et al. Aggressive organ donor management significantly increases the number of organs available for transplantation. *Journal of trauma*. 2005; 58 (5): 991–994.
17. Matesanz R, Dominguez-Gil B, Coll E et al. How Spain Reached 40 deceased organ donors per million population. *American journal of transplantation*. 2017; 20: 1–8.
18. Newsletter transplant. International figures on donation and transplantation 2017. Strasbourg, 2018; 23.
19. Gracia D. Prior consent of deceased and family permission. *Ethics. Access and safety in tissue and organ transplantation: issues of global concern*. Madrid, Spain, 6–9 October 2003. Report. Geneva: WHO, 2004: 10–11.
20. Jahromi AH, Fry-Revere S, Bastani B. A revised Iranian model of organ donation as an answer to the current organ shortage crisis. *Iranian journal of kidney diseases*. 2015; 9 (5): 354–360.
21. Ghods AJ. The history of organ donation and transplantation in Iran. *Experimental and clinical transplantation*. 2014; 12 (1) Supplement: 38–41.
22. Zargooshi J. Iranian kidney donors: motivations and relations with recipients. *Journal of urology*. 2001; 165 (2): 386–392.
23. Zargooshi J. Quality of life Iranian kidney «donors». *Journal of urology*. 2001; 166 (5): 1790–1799.
24. Ghods AJ, Savaj S. Iranian model of paid and regulated living-unrelated kidney donation. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2006; 1 (6): 1136–1145.
25. Mahdavi-Mazdeh M. The Iranian model of living renal transplantation. *Kidney international*. 2012; 82: 627–634.
26. Groth C-G. Global activity and developments in organ transplantation. *Ethics. access and safety in tissue and organ transplantation: issues of global concern*. Madrid, Spain, 6–9 October 2003. Report. Geneva: WHO, 2004: 6. [Online]. Available: [http://www.who.int/transplantation/en/Madrid\\_Report.pdf?ua=1](http://www.who.int/transplantation/en/Madrid_Report.pdf?ua=1) (Accessed: 14.08.2019).
27. Moazam F. Paucity of Cadaveric Kidneys: A Sociocultural Issue. *Ethics. access and safety in tissue and organ transplantation: issues of global concern*. Madrid, Spain, 6–9 October 2003. Report. Geneva: WHO, 2004: 12. [Online]. Available: [http://www.who.int/transplantation/en/Madrid\\_Report.pdf?ua=1](http://www.who.int/transplantation/en/Madrid_Report.pdf?ua=1) (Accessed: 14.08.2019).
28. Crowley-Matoka M. Domesticating organ transplant: familial sacrifice and national aspiration in Mexico. Durham: Duke university press, 2016.
29. Crowley-Matoka M, Lock M. Organ transplantation in a globalized world. *Mortality: promoting the interdisciplinary study of death and dying*. 2006; 11 (2): 172.
30. Sanal A. «Robin Hood» of techno-turkey or organ trafficking in the state of ethical beings. *Culture, medicine, and psychiatry*. 2004; 28: 281–309.
31. Karakayali H, Haberal M. The history and activities of transplantation in Turkey. *Transplantation proceedings*. 2005; 37: 2905–2908.
32. Moazam F. Bioethics and organ transplantation in a Muslim society: a study in culture, ethnography, and religion. Bloomington: Indiana University Press, 2006.
33. Moazam F, Moazam Zaman R, Jafarey AM. Conversations with kidney vendors in Pakistan. *Hastings center report*. 2009; 39 (3): 29–44.
34. Moazam F, Jafarey AM. Pakistan’s experience with kidney transplantation and trade: a call for international solidarity. *Indian journal of medical ethics*. 2014; 11 (3): 156–162.
35. Cohen L. Where it hurts: Indian material for an ethics of organ transplantation. *Daedalus*. 1999; 128 (4): 156.
36. Moniruzzaman M. Living cadavers in Bangladesh: bioviolence in the human organ bazaar. *Medical anthropology quarterly*. 2012; 26 (1): 69–91.
37. Moniruzzaman M. Domestic organ trafficking: between biosecurity and bioviolence. *Bioinsecurity and vulnerability*, eds. Chen N., Sharp L. Santa Fe, NM: School of advanced research press, 2014: 195–215.
38. Scheper-Hughes N. Theft of life: the globalization of organ stealing rumours. *Anthropology today*. 1996; 12 (3): 3–11.
39. Scheper-Hughes N. The global traffic in human organs. *Current anthropology*. 2000; 41 (2): 191–224.

Статья поступила в редакцию 21.11.2019 г.  
The article was submitted to the journal on 21.11.2019