

Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University  
Faculty of Romance and Germanic Philology  
Linguistics and Translation Department

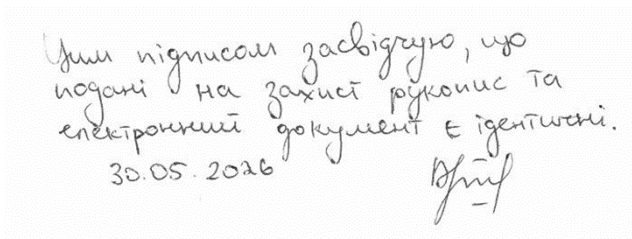
**Translation project:**  
***Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death* by Margaret Lock**

**Перекладацький проєкт:**  
**переклад книги Маргарет Лок «*Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*»**

BA Paper

Dariia Maksymchuk

PERb22240d



Цим підписом засвідчую, що  
подані на захист рукопис та  
електронний документ є ідентичні.  
30.05.2026 [Signature]

Research supervisor:

S. Merkulova, Ph.D.

Kyiv 2026

## ABSTRACT

This translation project is based on selected fragments of Margaret Lock's *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. It consists of two parts: translation of selected passages from English into Ukrainian and a detailed analysis of the translation process. The study focuses on the features of medical non-fiction discourse, including terminology, intertextual references, and elements of clinical documentation. Particular attention is paid to challenges in translating medical terminology and culturally sensitive content related to organ transplantation and brain death. The analysis also considers translation techniques used.

**Key words:** medicine, non-fiction, translation, medical terminology, intertextuality, translation techniques, organ transplantation

## АНОТАЦІЯ

У перекладацькому проєкті здійснено переклад обраних фрагментів книги Маргарет Лок «*Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*». Дослідження складається з двох частин: у першій подано переклад уривків з англійської мови українською, у другій — детальний аналіз процесу перекладу. Особливу увагу приділено специфіці медичного науково-популярного дискурсу, зокрема термінології, інтертекстам і фрагментам клінічної документації. У роботі проаналізовано труднощі перекладу медичної термінології та культурно зумовлених понять, пов'язаних із трансплантацією органів і концепцією смерті мозку. Також розглянуто застосування перекладацьких технік.

**Ключові слова:** медицина, нонфікшн, переклад, медична термінологія, інтертекстуальність, перекладацькі техніки, трансплантація органів.

## CONTENTS

INTRODUCTION .....	4
CHAPTER 1. TRANSLATION OF <i>TWICE DEAD: ORGAN TRANSPLANTS AND THE REINVENTION OF DEATH</i> BY MARGARET LOCK .....	5
CHAPTER 2. COMPLEXITY IN TRANSLATION OF TRANSPLANTOLOGY-RELATED DISCOURSE INTO UKRAINIAN: THE CASE OF <i>TWICE DEAD: ORGAN TRANSPLANTS AND THE REINVENTION OF DEATH</i> BY MARGARET LOCK.....	37
2.1 Information on the author’s biography and text style.....	37
2.2 Text characteristics .....	38
2.3 The ways of rendering medical terms and intertexts .....	41
CONCLUSIONS .....	48
LIST OF REFERENCES .....	49
APPENDICES.....	51

## INTRODUCTION

In recent years, medical non-fiction has attracted increasing attention due to its ability to explain complex scientific and ethical issues in a clear and engaging way. The translation of such texts is essential for broadening access to specialised knowledge and supporting effective communication between professional and non-professional audiences. This is particularly important in areas related to organ transplantation and bioethics, where precise terminology must be combined with cultural and contextual awareness.

**The selected material** is the book *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death* by Margaret Lock, which integrates anthropological research with medical discourse and examines the concept of brain death across different cultural settings. The text features a combination of specialized terminology, explanatory passages, and intertextual references, as well as elements of clinical documentation such as discharge summaries. Accordingly, this study focuses on the analysis of translation strategies applied to medical terms and intertextual elements, with the aim of preserving both accuracy and comprehensibility in the target language.

**The relevance** of the topic of this translation project is due to growing interest in medical non-fiction.

**The object** of the study is present English-language medical discourse.

**The subject** is the intricacy in translation of transplantology-related terminology in the book *Twice Dead: Organ Transplants and the reinvention of Death* by Margaret Lock.

**The purpose** of the research is to analyze the translation techniques used to convey transplantology-related terminology in contemporary non-fiction.

The purpose determines the following **tasks**:

- to characterise the textual features of the book *Twice Dead: Organ Transplants and the reinvention of Death* by Margaret Lock;
- To translate certain chapters of the book;
- To define and organise terms and intertextual elements in the source text;
- To reveal and explain translation techniques.

**The research material** consists of the source text of *Twice Dead: Organ Transplants and the reinvention of Death* by Margaret Lock and its Ukrainian translation by the author of this project.

**The structure** of the translation project consists of an introduction, two chapters, conclusions, a list of references, and appendices.

The translation project consists of 32 pages of the actual translation and 11 pages of the translator's analysis. The source text consists of 8,760 words and 51,632 characters with spaces, and the target translation consists of 8,972 words and 61,939 characters with spaces.

## CHAPTER 1. TRANSLATION OF *TWICE DEAD: ORGAN TRANSPLANTS AND THE REINVENTION OF DEATH* BY MARGARET LOCK

### SL text

Trauma

Discharge summary

Mr. Smith, 29-year-old male, was brought to the ER on 15 September at 00:33, having jumped in front of a metro train at McGill station. Ambulance notes state that witnesses reported that he was struck by the train.

Patient was recovered from under the first carriage. At the scene, he was reported unresponsive but breathing spontaneously with a strong pulse; other events surrounding the accident remain unclear.\*<sup>12</sup>

Trauma team present on patient's arrival. He had an oral airway and a cervical collar. On examination he had good bilateral air entry, with O<sub>2</sub> saturation at 97%; trachea was midline and there was no chest wall crepitus. Heart sounds were normal with no murmur. He had a #18 left brachial intravenous line.

He was noted to have an open skull fracture. Right pupil was blown, left pupil sluggish. Glasgow coma scale was 3.

### TL Translation

Травма

Виписний епікриз

15 вересня о 00:33 до відділення невідкладної медичної допомоги унаслідок спроби самогубства було доставлено 29-річного пана Сміта. Чоловік стрибнув під потяг метро на станції «Макгілл». У протоколі бригади швидкої допомоги зазначено: за свідченнями очевидців події, потерпілого збив потяг. Тіло пацієнта витягли з-під першого вагона. Згідно з рапортом, на місці події він перебував у стані глибокої непритомності та не реагував на подразники, проте дихав самостійно і мав чіткий пульс. Інші обставини та події, що супроводжували нещасний випадок, залишалися нез'ясованими.

На момент прибуття пацієнта до відділення лікарні була розгорнута і присутня повна травматологічна бригада. Чоловіку встановили орофарингеальний повітропровід та зафіксували шийний комірець. Під час первинного огляду було відзначено задовільне двостороннє надходження повітря в легені, показник сатурації киснем становив 97%. Трахея розташована по серединній лінії, ознак крепітації грудної стінки не виявлено. Серцеві тони в межах норми, шуми - відсутні. У лівій плечовій вені встановлено внутрішньовенний катетер розміром №18. При огляді зафіксовано відкритий

---

\* For every patient who is admitted to an emergency medicine or trauma unit and does not survive, a discharge summary must be written, usually by the nurse in charge of the case. This summary is based on a real incident, but all identifying features have been removed, and some of the details have been changed. Discharge summaries use many abbreviations and incomplete sentences. I have had to change the language to make this summary even minimally comprehensible, but I have deliberately retained much of the technical language in the document.

Для кожного пацієнта, який поступає до відділення невідкладної допомоги або травматологічного центру і не виживає, в обов'язковому порядку складається виписний епікриз — як правило, цю роботу виконує медична сестра, відповідальна за конкретний випадок. Цей документ ґрунтується на реальному клінічному інциденті, проте всі особисті дані видаляються, а деякі подробиці змінюються з міркувань конфіденційності. У виписних епікризах зазвичай використовується велика кількість скорочень та неповних речень. Мені довелося дещо відредагувати мову цього епікризу, щоб зробити його хоча б мінімально зрозумілим для широкого загалу, проте я свідомо залишила більшу частину спеціалізованої медичної термінології, що містилася в оригіналі документа.

He was intubated at 00:42 with a #8 orotracheal tube, according to trauma protocol; paralyzed with 100 mg succinylcholine and administered 100 mg of lidocaine. Three more large-bore IVs were started. Cefazolin 2 g and a 200 mg bolus of Propafol were also administered. Blood pressure remained stable, running at 140/80 in the ER. Neuro surgery present in the ER.

CAT scan of the head done in the ER showed multiple skull fractures with bilateral intraventricular bleeds, subarachnoid hemorrhage and hydrocephalus with a small left epidural hemorrhage.

C-spine CAT scan showed a right lateral mass of C1 fracture, and a C4 pedical fracture. CAT scan of abdomen showed a left lung contusion. Pelvis was cleared by the radiology resident.

Patient was transferred to SICU [surgical intensive care unit] at 01: 50, where he was hyperventilated; a mannitol drip was started. Neurosurgeons installed an ICP monitor which showed a pressure of 15 mm mercury.

C3 transverse process fracture on CT also noted. 20 G right radial arterial line installed. Triple lumen left femoral line installed. Patient assessed by orthopedics. At 02:20 blood pressure began to drop and inotropes were started.

At 03:00 temperature was 91F (33C), and he was noted to have right pupil at 6mm and left at 3mm and nonresponsive, with no corneals and no gag reflex.

At 03:00 decision was made to warm patient to 94.5F (35C) and bring pCO<sub>2</sub> up to 40 mm Hg.

At 03:00 a decision was made to stop all sedation and do an apnea test, if toxicology screen negative.

перелом кісток черепа. Права зіниця розширена, ліва мляво реагувала на світло. Оцінка за шкалою коми Глазго становила 3 бали.

О 00:42, згідно з протоколом надання допомоги при важких травмах, пацієнту провели інтубацію трахеї з використанням оротрахеальної трубки №8; для забезпечення паралізації, введено 100 мг сукцинілхоліну, а також призначено 100 мг лідокаїну. Додатково встановлено три великопросвітні внутрішньовенні катетери. Також пацієнту ввели 2 г цефазоліну та болюсну дозу пропофолу (200 мг). Показники артеріального тиску залишалися стабільними на рівні 140/80 мм рт. ст. У відділенні невідкладної допомоги був присутній черговий нейрохірург.

За результатами комп'ютерної томографії голови, проведеної у відділенні невідкладної допомоги, виявлено множинні переломи черепа з двобічними внутрішньошлуночковими крововиливами, субарахноїдальний крововилив та гідроцефалію з невеликим лівобічним епідуральним крововиливом.

За даними комп'ютерної томографії шийного відділу хребта виявлено перелом правобічної латеральної маси С1 та перелом ніжки хребця С4. КТ черевної порожнини показала забій лівої легені. Обстеження таза проведено черговим лікарем-рентгенологом.

О 01:50 пацієнта переведено до відділення інтенсивної хірургічної терапії (ВІТ), де йому проведено гіпервентиляцію легень; було розпочато крапельне введення манітолу. Нейрохірурги встановили монітор внутрішньочерепного тиску (ВЧТ), який зафіксував показник 15 мм рт. ст.

На знімках КТ також було додатково виявлено перелом поперечного відростка хребця С3. Встановлено артеріальний катетер (20 G) у правій променевої артерії та трипросвітний венозний катетер у лівій стегновій вені. Стан пацієнта був оцінений лікарями-ортопедами. О 02:20 відзначено стрімке падіння артеріального тиску, у зв'язку з чим розпочато введення інотропних препаратів.

О 03:00 температура тіла знизилася до 91°F (33°C); зафіксовано, що права зіниця розширена до 6 мм, ліва - до 3 мм, обидві не реагують на світлові подразники; рогівкові та блювотні рефлексі відсутні.

О 03:00 було прийнято рішення про поступове зігрівання пацієнта до 94,5°F (35°C) та підвищення рівня рСО<sub>2</sub> до 40 мм рт. ст. Тоді ж було вирішено

If no spontaneous respirations at pCO<sub>2</sub> 60 mm Hg, and no brainstem reflexes present, then diagnosis of brain death would be confirmed, and so advisable to discontinue treatment<sup>1</sup>.

At 06:00 exam showed right pupil 7 mm fixed and nonreactive, left pupil 4mm fixed and nonreactive. Tox screen negative for acetaminophen, salicylates, tricyclics; ethanol was 28.

Ventilated assist control 8 tidal volume 800. Nil acute on chest X ray.

Still on Levophed drip to maintain BP. Hemoglobin 89. Diagnosis likely brain-dead; plan to do apnea test, maintain BP with Levophed, alert transplant team; social services to ID patient.

Social services saw patient, noted police report#47-99-134-98-093, contacted Constable Brown 330-9483.

At 18:00 no change in neuro exam, failed apnea test, no eye movements in caloric test, doll's eye test negative. Plan to repeat apnea test later. At 20:30 police came to claim patient's keys. At 23:00 patient identified by police as John Smith, born 14 April 1969, address, 1234 South St., phone 555-1234. Social services traced and contacted parents who came to ID patient at 04:30 on 16 Sept.

припинити введення всіх седативних препаратів і проведено тест на апное (за умови негативного результату токсикологічного скринінгу).

Було визначено: якщо при досягненні рівня pCO<sub>2</sub> 60 мм рт. ст. спонтанне дихання буде відсутнє, а стовбурові рефлексі не проявляться, діагноз «смерть мозку» вважатиметься підтвердженим, і в такому разі буде рекомендовано припинити подальше лікування<sup>1</sup>. Контрольний огляд о 06:00 показав: права зіниця - 7 мм, фіксована, без реакції; ліва зіниця - 4 мм, фіксована, без реакції. Токсикологічний скринінг дав негативний результат на ацетамінофен, саліцилати та трициклічні сполуки; рівень етанолу в крові становив 28. Пацієнт перебував на штучній вентиляції легень у режимі «assist control» (частота 8, дихальний об'єм - 800 мл). Рентгенографія грудної клітки не виявила гострих патологічних змін. Для підтримання артеріального тиску продовжувалася інфузія левопеду (норепінефрину). Рівень гемоглобіну становив 89 г/л. Був встановлений імовірний діагноз «смерть мозку»; план подальших дій передбачав проведення тесту на апное, стабілізацію тиску левопедом та оповіщення трансплантологічної бригади. Соціальні служби отримали завдання встановити особу пацієнта.

Представники соціальної служби оглянули пацієнта, внесли до протоколу номер поліцейського звіту №47-99-134-98-093 та зв'язалися з констеблем Брауном за номером 330-9483.

О 18:00 - без змін у неврологічному статусі; апное-тест - негативний (пацієнт не дихає самостійно), відсутні рухи очей при калоричному тесті, симптом «лялькових очей» - негативний. Прийнято рішення повторити апное-тест пізніше. О 20:30 прибули співробітники поліції, щоб вилучити ключі пацієнта. О 23:00 поліція офіційно ідентифікувала пацієнта як Джона Сміта, народженого 14 квітня 1969 року, що проживав за адресою: 1234 Саут-стріт,

---

<sup>1</sup>The absence of a breathing reflex in the presence of a high concentration of carbon dioxide in the blood, which would normally trigger breathing, can indicate lack of function in the brain stem. This condition is established by using the apnea test, one of a set of clinical tests used to establish brain death.

Відсутність дихального рефлексу за наявності високої концентрації вуглекислого газу в крові — рівня, який у нормальних умовах обов'язково стимулює дихання, - може свідчити про втрату функції стовбура головного мозку. Цей стан встановлюють за допомогою апное-тесту - одного з комплексу клінічних тестів, що застосовуються для констатації смерті мозку.

Seriousness of injuries explained to parents, but that patient not clinically dead at that time, but very close. Parents agreed that once apnea test was repeated and was positive, they would consent to withdraw active treatment, including ventilator<sup>1</sup>. Parents informed that they would be approached about organ donation in the event that patient was confirmed brain-dead. Parents agreed to consider in that case. Québec Transplant notified of potential donor. Apnea test was repeated at 06:30 and was positive. PCO<sub>2</sub> before 40, after 10 min pCO<sub>2</sub> 61. Parents present at declaration of brain death, met with transplant coordinator. Consented to donation. Transplant team notified.

#### The procurement

The pager on the bedside table goes off at 12:30 a.m. Jarred from a deep sleep, I stumble into the next room and dial the number displayed on the tiny screen.

The transplant surgeon answers immediately from his car phone: "I'm ten minutes from the hospital, we'll be starting a procurement in about half an hour."

I drag on some clothes, stuff tennis shoes and thick socks in a bag, and call a taxi. During the fifteen-minute journey to the hospital I feel apprehensive about being an intruder into the efficient, sterile space of the operating

телефон 555-1234. Соціальні служби розшукали батьків пацієнта, які прибули для впізнання о 04:30 16 вересня.

Батькам було детально роз'яснено ступінь тяжкості отриманих травм; їх поінформували, що на той момент пацієнт ще не вважався клінічно мертвим, але перебував у критичному стані, максимально наближеному до смерті. Батьки дали згоду на те, що у разі позитивного результату повторного тесту на апное, активне лікування буде зупинено, зокрема й штучну вентиляцію легень. Також їх попередили, що у випадку підтвердження смерті мозку до них звернуться з питанням щодо донорства органів. Батьки погодилися розглянути таку можливість. Організацію "Квебек Трансплант" (*Québec Transplant*) повідомили про появу потенційного донора. Повторний тест на апное провели о 06:30, він виявився позитивним: рівень pCO<sub>2</sub> до початку становив 40, а через 10 хвилин зріс до 61 мм рт. ст. Батьки були присутні під час офіційного оголошення смерті мозку та зустрілися з координаторкою з питань трансплантації. Згоду на донорство органів надано. Трансплантологічну команду негайно оповіщено.

#### Процедура вилучення органів для трансплантації

О 12:30 ночі на тумбочці біля ліжка різко й настійливо спрацьовує пейджер. Вирвана з глибокого сну, я, ледь тримаючись на ногах, напівсонна попленталася до сусідньої кімнати й почала набирати номер, що висвітився на крихітному екрані пристрою. Трансплантаційний хірург відповів миттєво; він телефонував просто зі свого автомобіля:

- Я буду в лікарні вже за десять хвилин. Ми розпочнемо процедуру забору органів приблизно за півгодини.

Я нашвидкуруч одягаюся, кидаю в сумку кросівки та грубі теплі шкарпетки, після чого викликаю таксі. Упродовж п'ятнадцяти хвилин, поки триває поїздка до шпиталю, мене не полишає тривожне відчуття того, що я -

---

<sup>1</sup> In this case, the medical staff and parents agreed that the situation was so bad that there was no need to do a second apnea test. All recognized that there was no possibility of survival.

У цьому випадку медичний персонал і батьки дійшли згоди, що клінічна ситуація є настільки критичною, що проведення повторного апное-тесту не має сенсу. Усі сторони визнали, що жодної можливості для порятунку не існує.

room, in particular because it will be to observe not a lifesaving procedure, but the “harvesting” of human organs.

The cavernous hospital, overflowing with patients by day, is strangely quiet, the long corridors empty save for one man dozing fitfully across two upright chairs, perhaps waiting for news. The elevator takes me up to the surgical unit on the fifth floor, where I pass through double doors into a deserted reception area. Fortunately, this is not my first time as an observer in the OR, and I know where to find a set of “greens” into which I change. I pull on the thick socks and tennis shoes, essential for standing in one spot for three or four hours. Thus prepared, I go through a second set of double doors into a transition area, the busy assembly point for successive teams of surgeons during the day. Here I put on plastic hair and shoe covers before proceeding to room 12, the only one lit up and in use at this time of the night. I tie on a face mask before entering.

The OR is a place of intense activity: three nurses prepare the instruments, swabs, drapes, and other accoutrements; a transplant coordinator is on the telephone; one orderly departs after delivering the “patient,” while another prepares containers for the organs; a senior surgeon stands at the foot of the operating table. He chats with his two residents, both women, until the nurses are ready to clothe all three of them in sterile gowns. Two anesthesiologists confer among the monitors clustered at the head of the table. No one gives more than a brief glance at the body, connected to numerous tubes and lines extending to a battery of monitors, the diaphragm rising and falling to the rhythm of the artificial ventilator.

лише стороння спостерігачка, яка ось-ось безцеремонно вторгнеться у налагоджений, стерильний простір операційної. Особливо гнітить думка про те, що цього разу я йду спостерігати не за операцією з порятунку чийогось життя, а за процесом «жнив» - вилучення людських органів.

Величезна будівля лікарні, яка вдень зазвичай переповнена метушливими пацієнтами та відвідувачами, лякає своєю незвичною тишею вночі. Довгі коридори стоять пустою, і лише один чоловік неспокійно дримає, розтягнувшись на двох стільцях - мабуть, виснажений очікуванням новин. Ліфт піднімає мене на п'ятий поверх до хірургічного блоку, де я проходжу крізь подвійні двері до абсолютно безлюдної приймальні. На щастя, я вже не вперше виступаю в ролі спостерігачки в операційній, тож добре знаю, де знайти комплект хірургічного одягу - так звану «зеленку», в яку я швидко переодягаюся. Я натягую теплі шкарпетки та кросівки - це критично важливо, коли тобі доводиться стояти на одному місці протягом трьох або навіть чотирьох годин поспіль. Підготувавшись таким чином, я проходжу через ще одні подвійні двері у транзитну зону - місце, яке вдень слугує галасливим пунктом збору для багатьох хірургічних бригад. Тут я надягаю поліетиленову шапочку на волосся та захисні бахіли на взуття, перш ніж попрямувати до операційної зали №12 - єдиної, де цієї пори світиться вогонь і кипить робота. Перед самим входом я ретельно зав'язую на обличчі захисну маску.

В операційній панує атмосфера напруженої діяльності: троє медсестер готують інструменти, тампони, стерильні простирадла та інше необхідне приладдя; координаторка з питань трансплантації не випускає з рук телефон; один санітар виходить із зали, щойно доставивши «пацієнтку», тоді як інший готує спеціальні контейнери для транспортування вилучених органів. Старший хірург нерухомо стоїть біля підніжжя операційного столу. Він неквапливо розмовляє зі своїми двома ординаторками - обидві жінки - аж поки медсестри не подають сигнал, що готові вдягнути всіх трьох у стерильні хірургічні халати. Двоє анестезіологів про щось радяться між моніторами, які нависають над узголів'ям столу. Ніхто не кидає більше ніж побіжний погляд на тіло, обплутане безліччю трубок і дротів, що тягнуться до низки моніторів; грудна клітка ритмічно піднімається й опускається, підкоряючись заданому темпу апарата штучної вентиляції легень.

Preparations complete, the nurses turn to the patient and remove all the drapes, except for one covering the groin. They place the arms on supports at right angles to the body. The donor had recently painted her fingernails a bright red; now, in death, they appear incongruous. The nurses swab the entire torso with providone iodine to sterilize it before the surgeons make the long incision. The body is then draped again, leaving only the iodine-stained center of the torso exposed. The catheter, inserted to collect the urine that the donor's kidneys will produce until the moment they are removed from the body, is carefully checked. Meanwhile, a waist-high barrier of drapes has been erected to separate the body of the donor, recumbent in the sterile area, from her head and neck, in the nonsterile domain of the anesthesiologists.

Using a scalpel, the surgical team makes a single long cut from just below the sternum to just above the pubis. With a cautery, the team works its way through the layer of fat beneath the skin and the abdominal musculature; then they use their gloved hands to expose the liver, lying deep in the right upper quadrant of the abdomen, beneath the ribs. The disquieting smell of burning flesh fills my nostrils as the cautery cuts and seals off small blood vessels to minimize bleeding into the abdominal cavity. Nevertheless, I feel relatively little discomfort as I peer, along with the surgeons and nurses, into the body. Fascination and curiosity overcome feelings of horror or repulsion.

Her phone calls finished, the transplant coordinator can now relax a little. She has made all the necessary arrangements for delivery of the kidneys to other hospitals to which prospective recipients, already alerted by their

Коли всі приготування нарешті завершено, медсестри повертаються до пацієнтки й знімають з неї усі стерильні простирадла, залишаючи лише одне - в ділянці паху. Вони розводять руки донорки в боки, кладучи їх на спеціальні опори під прямим кутом до тіла. Я ненароком помічаю, що жінка нещодавно пофарбувала нігті в яскраво-червоний колір; тепер, після її смерті, цей відтінок виглядає болісно недоречно, навіть трагічно. Медсестри ретельно обробляють увесь тулуб розчином повідон-йоду, щоб повністю стерилізувати шкіру перед тим, як хірурги зроблять перший довгий розріз. Після цього тіло знову накривають тканиною, залишаючи відкритою лише центральну частину торса, забарвлену йодом у темно-коричневий колір. Катетер, встановлений для збору сечі, яку нирки донорки продовжуватимуть виробляти до тієї самої миті, поки їх не вилучать із тіла, ще раз прискіпливо перевіряють. Тим часом на рівні талії утворюють високий бар'єр із простирадл, аби відокремити тіло донорки, що лежить у стерильній зоні, від її голови та шиї, які залишаються в нестерильній ділянці, де працюють анестезіологи.

Скальпелем хірургічна команда робить один упевнений довгий розріз - від мечоподібного відростка грудни і майже до самої надлобкової кістки. За допомогою електрокоагулятора медики шар за шаром проходять крізь підшкірний жир та міцні м'язи черевної стінки; потім, уже руками в гумових рукавичках, вони розсувають тканини, аби оголити печінку, що розташована глибоко у правому верхньому квадранті живота, під ребрами. Тривожний запах обпаленої плоті наповнює мої ніздрі: коагулятор одночасно розсікає тканини й запаює дрібні кровоносні судини, щоб мінімізувати кровотечу в черевну порожнину. Проте, всупереч очікуванням, я відчуваю не відразу, вдивляючись усередину тіла разом із лікарями та сестрами. Чисте захоплення складністю людської анатомії та професійна цікавість поступово беруть гору над будь-якими почуттями жаху.

Закінчивши всі необхідні телефонні дзвінки, координаторка з питань трансплантації нарешті змогла дозволити собі коротку паузу. Вона вже зробила всі необхідні розпорядження щодо якомога швидшої доставки нирок до інших лікарень. Пейджери потенційних реципієнтів уже повідомили їм про те, що довгоочікуваний дарунок життя нарешті перебуває в дорозі.

paggers that the “gift of life” is on its way at last, will be admitted as quickly as possible.

Preliminary tests have revealed that the heart is not in good condition, and so it will not be used<sup>1</sup>. The liver will be transplanted immediately into another patient, already undergoing preliminary sedation in another room of this hospital.

The coordinator was formerly a nurse, and she tells me enthusiastically how much she likes her present work, despite the inconvenient hours. She says that the donor lying in front of us had gone that morning to her bank, where she had suddenly collapsed, never to regain consciousness. Rushed by ambulance to the nearest hospital while attendants pumped air manually into her lungs, she was then intubated: that is, tubes were inserted through her mouth into her trachea, to which a mechanical ventilator was then attached. The staff in the emergency room had struggled to stabilize the patient; warmed fluids were forced into her veins to maintain her blood pressure, but it was clear from the outset that something was terribly wrong. A CAT scan revealed that a massive hemorrhage had virtually destroyed

Попередні обстеження донорки показали, що її серце знаходиться не в найкращому стані, тому було прийнято рішення його не використовувати<sup>1</sup>. Натомість печінку планували пересадити негайно: іншого пацієнта вже готували до операції та вводили в стан попередньої седації в одній із палат цієї ж лікарні.

Координаторка, яка в минулому працювала медсестрою, з помітним ентузіазмом розповідає мені, наскільки їй подобається теперішня робота, попри виснажливий і ненормований графік. За її словами, донорка, яка зараз лежить перед нами на операційному столі, того ранку просто пішла до банку, де раптово знепритомніла й більше не прийшла до тями. Її терміново доправили каретою швидкої допомоги до найближчої лікарні; дорогою медики вручну підтримували її дихання за допомогою мішка Амбу.

Після госпіталізації пацієнтку негайно інтубували - через рот у трахею ввели ендотрахеальну трубку й під'єднали її до апарата штучної вентиляції легень (ШВЛ). Персонал відділення невідкладної допомоги до останнього боровся за її стабілізацію: у вени під тиском вводили підігріті розчини, щоб підтримати критично низький артеріальний тиск, однак із самого початку було очевидно, що сталася катастрофа. Комп'ютерна томографія виявила масивний внутрішньочерепний крововилив, який практично повністю зруйнував

---

<sup>1</sup>The heart is tested with an echocardiogram before the patient is taken out of the intensive care unit where brain death is declared. In many parts of North America, provided that the organ is in good condition, hearts are procured from donors up to sixty-five years of age. In some locations, fifty-five or sixty is regarded as the upper age limit. For the liver there is no upper age limit; for kidneys some centers have an age limit, but others prefer to judge by the condition of the kidney once it is removed from the donor.

Перед тим як пацієнта виводять із відділення інтенсивної терапії, де було констатовано смерть мозку, стан серця перевіряють за допомогою ехокардіографії. У багатьох регіонах Північної Америки, за умови що орган функціонує належним чином, серця вилучають у донорів віком до шістдесяти п'яти років. В окремих медичних центрах верхню вікову межу встановлюють нижчою — на рівні п'ятдесяти п'яти або шістдесяти років. Для печінки формальної верхньої вікової межі, як правило, не існує; щодо нирок деякі центри запроваджують вікові обмеження, тоді як інші надають перевагу оцінці стану органа вже після його вилучення у донора, орієнтуючись на його реальну життєздатність.

her entire forebrain, indicating that nothing further could be done to save her life.

The possibility that this patient could be an organ donor was now uppermost in the hospital staff's minds. The various electrodes, tubes, catheters and lines monitoring and administering medication were kept in place in the body while two neurologists were summoned. As it was late morning, they were on hand in the hospital, and they came independently to an opinion that the patient met the criteria for brain death. A little later she was unhooked briefly from the ventilator, and the apnea test was applied to see whether spontaneous breathing would start, but after a few minutes, when there was no response, the ventilator was reconnected. The same neurological tests were repeated six hours later, as is commonly recommended when establishing brain death, and the diagnosis was confirmed. The death certificate was signed. By this time it was known that the patient had signed her donor card and that her next of kin supported donation.

With the patient legally dead, care of the organs, rather than of the person, became the dominant concern. The donor was transferred from the suburban hospital to the tertiary care hospital in the city center for the organs to be procured, but the body had to be kept stable and at an appropriate temperature during this journey.<sup>1</sup>

Ventilation was continued manually, the tubes and lines kept in place so that medication could be administered, and the

передню частину головного мозку, не залишивши жодних шансів на порятунок.

Думка про те, що ця пацієнтка може стати доноркою органів, відтоді стала пріоритетною для всього медичного персоналу.

Усі електроди, катетери й лінії для моніторингу залишили на місці, а до пацієнтки викликали двох незалежних неврологів.

Оскільки була пізня ранкова година, обидва лікарі перебували в закладі й швидко дійшли спільного висновку: стан пацієнтки повністю відповідає критеріям смерті мозку.

Згодом її на короткий час від'єднали від апарата ШВЛ, щоб провести тест на апное й перевірити наявність спонтанного дихання. За кілька хвилин очікування жодної реакції не з'явилося, і вентиляцію відновили.

Через шість годин, згідно з медичними протоколами, тести повторили, і діагноз було остаточно підтверджено.

Свідоцтво про смерть було підписано. На той момент з'ясувалося, що жінка за життя підписала картку донора, а її родичі повністю підтримали це рішення.

Відтепер, коли пацієнтку юридично визнали мертвою, головною турботою лікарів стала вже не вона сама, а життєздатність її органів.

Тіло транспортували з приміської лікарні до великого спеціалізованого центру в центрі міста, при цьому вкрай важливо було підтримувати стабільний тиск і температурний режим.

Вентиляцію легень продовжували вручну, а серцевий ритм перебував під безперервним контролем.

---

<sup>1</sup> Transplant teams usually travel to the hospitals where brain-dead patients have been identified to procure the organs. Sometimes this involves dramatic, hastily arranged helicopter and small plane flights. On other occasions, especially within a city, donors are transferred from small centers to tertiary-care hospitals to ease the job of the transplant surgeon, particularly if he or she is already occupied with another case.

Команди трансплантологів зазвичай виїжджають до тих лікарень, де було ідентифіковано пацієнтів зі смертю мозку, з метою безпосереднього вилучення органів. Іноді це потребує термінових перельотів — на гелікоптерах або малих літаках, організованих у стислі строки. В інших випадках, особливо в межах одного міста, донорів переводять із невеликих медичних закладів до лікарень третинного рівня, щоб полегшити роботу трансплантаційного хірурга, зокрема тоді, коли він або вона вже задіяні в іншій складній операції.

heart rate and blood pressure were monitored continuously. It was essential that the organs, precious commodities, remain in good condition.

Now, in the operating room, the liver is exposed, but on seeing it the surgeon lets out an expletive. He asks someone to call a pathologist to determine whether the spots on its surface are due to cirrhosis, in which case the liver will be of no use. "She only drank a little, did you say?" Turning to the transplant coordinator, the surgeon frowns behind his mask. "Looks like more than a little to me."

The team continues with the meticulous, tedious work of removing the hepatic artery and portal veins attached to the liver, noting as they do so certain deviations from "normal" anatomy—which, they tell me, are not uncommon. During this part of the procedure, I stand near the anesthesiologist, just behind the donor's head, and peer over the mind/body barrier formed by the drapes. In stark contrast to the half-hidden, pale, life less face of the brain-dead person, the interior of the body is colorful and alive. The diaphragm, untouched by the surgeons, rises and falls as air is delivered to the lungs from the ventilator. Beneath the diaphragm, the continued activity of the heart is clear: blood courses through the vessels, and the liver has the burgundy hue of health, so that even the offending spots are no longer visible. From inside the massive incision, held apart by powerful retractors, a bright melee of colors spills forth: yellow, orange, red, cream, beige, white. The surgeons handle the omentum and the intestines with familiarity and move them deftly to expose the critical vessels and the bile duct, which are clamped and tied off one by one.

The pathologist arrives thirty minutes later and takes a small liver biopsy for microscopic examination. The surgeons continue working in rapt concentration, heartened

Було життєво необхідно, щоб органи - цей рідкісний і безцінний ресурс - збереглися в ідеальному стані.

Тепер, безпосередньо в операційній, печінка нарешті з'являється в полі зору хірургів. Побачивши орган, головний хірург не стримується й тихо лається собі під ніс. Він негайно просить покликати патологоанатома, щоб з'ясувати, чи не є підозрілі плями на поверхні органа ознаками цирозу - адже в такому разі печінка буде непридатною для трансплантації.

- Ви казали, вона майже не вживала алкоголь? - звертається він до координаторки, похмуро зсунувши брови над маскою. - Те, що я бачу, явно виходить за межі «майже».

Попри сумніви, команда продовжує кропітку й монотонну роботу з виділення печінкової артерії та ворітної вени. Під час цієї частини процедури я стою поруч з анестезіологом, одразу за головою донорки, і нишком зазираю через умовну межу між свідомістю й тілом, утворену хірургічними простирадлами. На разючому контрасті з напівприхованим, блідим і неживим обличчям людини, внутрішній простір тіла виглядає напрочуд яскравим і сповненим життя. Діафрагма, до якої хірурги ще не торкалися, ритмічно здіймається, коли апарат ШВЛ подає повітря. Під нею чітко видно роботу серця; кров продовжує бігти судинами, а сама печінка має насичений бордовий колір здорового органа - настільки, що підозрілі плями вже не здаються такими загрозливими.

З глибини великого розрізу, розведеного потужними металевими ретракторами, виривається справжня палітра кольорів: жовтий, помаранчевий, кремовий, бежевий. Хірурги вправно відсувають сальник і кишківник, щоб дістатися до ключових судин і жовчної протоки, які вони затискають і перев'язують одну за одною.

За тридцять хвилин прибуває патологоанатом і бере невеликий зразок тканини печінки для термінового мікроскопічного дослідження. Хірурги продовжують працювати в глибокій зосередженості, підбадьорені здоровим

by the good color of the liver. The pathologist returns about twenty minutes later to declare that there is no evidence of cirrhosis or any other pathology. After further careful dissection and perfusion of the liver to preserve its condition, the blood vessels all neatly tied off, the liver is snipped free from the still-breathing body with several centimeters of each blood vessel left intact.

The senior surgeon leaves the donor to the care of his residents and carries the liver to a bowl filled with ice and perfusion liquid at the side of the room. Here he conducts further, minute dissection of the blood vessels. This painstaking work is designed to ensure success several hours later, when he will be suturing the blood vessels to corresponding vessels in the recipient. The gall bladder, intimately associated with the liver, is delicately separated, black bile flowing out when it is deliberately punctured. The liver is then placed carefully into a large plastic bag with ice and liquid and placed in cold storage until it is transplanted into the recipient, a few hours later, by the same surgical team.

The residents meanwhile turn their attention to the kidneys. Here they systematically expose and isolate the blood vessels and the ureter, first on one side and then the other, while the senior surgeon re-joins them at intervals and praises their progress. The kidneys are removed as a pair, then separated and made ready for donation in the waiting bowls; this will be the end of their partnership, for they will go to two different recipients. Right and left kidneys, carefully distinguished, in turn will shortly be placed in plastic bags, put into containers, and handed over at the door of the OR to a driver who will transport them to other hospitals. One or two small pieces of spleen are taken as back up for cross-matching of blood and tissue, in case some

кольором органа. Ще за двадцять хвилин приходить підтвердження: жодних ознак цирозу чи патологій не виявлено.

Тепер печінку остаточно відсікають від тіла, грудна клітка якого все ще ритмічно здійснюється. При цьому кілька сантиметрів кожної судини залишають неушкодженими.

Старший хірург залишає донорку під наглядом ординаторів і обережно переносить печінку до миски з льодом і перфузійним розчином у кутку операційної зали. Тут він розпочинає надзвичайно клопітку роботу - дрібне розсічення судин, яке триватиме не одну годину. Це запорука успіху майбутньої операції, адже ці судини доведеться ювелірно зшивати з судинами реципієнта. Жовчний міхур, тісно пов'язаний із печінкою, обережно відокремлюють; коли його навмисно проколюють, з нього витікає чорна жовч. Після цього печінку дбайливо поміщають у великий поліетиленовий пакет із льодом і рідиною та відправляють у холодильну камеру - до моменту, коли за кілька годин та сама хірургічна бригада пересадить її реципієнтові.

Тим часом уся увага ординаторів прикута до нирок. Вони методично й послідовно оголюють та ізолюють основні кровоносні судини й сечоводи - спершу з одного боку, а потім з іншого. Старший хірург час від часу підходить до них, щоб проконтролювати процес, і схвально оцінює їхні успіхи. Нирки вилучають разом, як єдину пару, але вже за мить їх розділяють й готують до донорства у стерильних чашах, що чекають поруч. На цьому їхнє «партнерство» в межах одного тіла назавжди закінчилося: відтепер кожна нирка вирушить до свого реципієнта. Праву й ліву нирки ретельно маркують, щоб уникнути будь-якої помилки, герметично пакують у поліетиленові пакети, поміщають у спеціальні контейнери для транспортування й передають біля самих дверей операційної водієві, який негайно доставить їх до інших госпіталів. Крім того, хірурги беруть один-два невеликих фрагменти селезінки як додатковий матеріал для проведення перехресного підбору тканин і крові - на випадок, якщо зі зразками крові, що вже зберігаються в пробірках, трапиться якась прикрість. На цьому етапі, коли найскладніша й найбільш технічна частина процедури фактично завершена, атмосфера в залі стає більш

accident should befall the blood samples already stored in tubes. At this point, the delicate and technical part of their work just about complete, people relax and start to talk—all except the senior surgeon, who remains apart, meticulously preparing the kidneys for donation. Watching the delicacy with which the surgeon handles the kidneys and the way an arriving surgeon goes straight over to admire these newly procured, mulberry colored organs glistening with health, I am reminded that throughout this entire process it has been the organs, and not the donor, on which everyone has been concentrating. The donor is merely a container that must be handled with care.

The patient's family had reported that the donor smoked a pack of cigarettes a day. The procurement just about complete, it is decided to separate the sternum and take a look at the effects of this habit on the lungs and heart. The beating heart is enclosed in a layer of protective yellowy fat. Its rhythmic throbbing seems mechanical as it continues to labor, exposed, amid the lungs, which are blackened from the years of tobacco use.

The ventilator is then turned off, followed by the monitors that have kept track of heart rate and blood pressure throughout. The anesthesiologists leave the room, the first part of their night's work complete. Breathing ceases, and the heart too gradually ceases to function, finally transforming the body into a cadaver.

One of the residents sets to work returning the intestines neatly to the body cavity, which is carefully sewn together with large sutures, topped off by a long strip of surgical tape. The surgical drapes are removed and replaced by a single sheet covering the cadaver to its neck. Now that the head is clearly exposed again, and the body discreetly covered, my eyes are drawn to the strips of tape placed over

невимушеною. Люди нарешті розслабляються й починають стиха теревенити про буденні речі. Усі, окрім старшого хірурга - він тримається осторонь, з тією самою педантичною уважністю готуючи нирки до подальшої трансплантації. Спостерігаючи за тією надзвичайною делікатністю, з якою хірург торкається нирок, і бачачи, як інший лікар, що щойно увійшов, прямує безпосередньо до чаш, аби помилуватися цими щойно вилученими органами темно-ягідного кольору, що виблискують здоров'ям, я помічаю ще одну деталь. Протягом усього цього тривалого й складного процесу в центрі уваги була зовсім не донорка, а її органи. Сама жінка в цій операційній сприймалася лише як тимчасова посудина із дарунками життя, з якою слід поводитися обережно лише заради збереження цінного вмісту.

Оскільки родина пацієнтки раніше повідомила, що вона викурювала по пачці сигарет на день, а процедуру забору органів уже було фактично завершено, хірурги вирішили розсікти грудину, щоб на власні очі побачити, який відбиток залишила ця багаторічна звичка на легенях і серці. Серце, яке все ще продовжувало битися, було вкрите захисним шаром жовтуватого жиру. Його ритмічне пульсування тепер здавалося суто механічним - воно продовжувало вперто працювати, будучи повністю оголеним посеред легень, почорнілих від багаторічного вживання тютюну.

Нарешті апарат штучної вентиляції легень вимикають. Слідом за ним гаснуть і монітори, які протягом багатьох годин невтомно відстежували кожен удар серця та кожен коливальний рух артеріального тиску. Анестезіологи збирають речі й залишають приміщення - першу частину своєї нічної зміни вони виконали. Штучне дихання припиняється, і серце, позбавлене підтримки, теж поступово вповільнюється й зупиняється назавжди. Тіло остаточно перетворюється на кадавр (труп).

Один з ординаторів береться за фінальну роботу: він акуратно повертає кишківник у черевну порожнину, яку потім ретельно зашиває великими хірургічними швами. Зверху накладають довгу смужку хірургічного пластиру. Стерильні простирадла, що розділяли зони, знімають і замінюють одним чистим полотном, яке накриває тіло до самої шиї.

the eyes some hours ago, before the donor left the ICU, to keep the corneas moist. An ophthalmic surgeon is expected at any moment to remove them for donation, and I find myself repelled by this last intrusion in a way that I had not expected. For me, it seems, removal of the eyes represents more of a violation than does procurement of internal organs. More likely it is simply that the tension in the room has entirely dissipated, and now that people are leaving, stripping off their surgical gear as they go, I am permitted to reflect on the enormity of what is, to them, a routine procedure. The procurement complete, the cadaver is wheeled out of the OR and thence to the hospital morgue, eighteen hours after the incident in the bank and eight hours after brain death was confirmed.

#### The Gift

It is 6:00 a.m. The patient is waiting, first heavily sedated and then rendered fully unconscious, while two surgeons meticulously wash their hands and go into OR 14 to join the nurses, one of whom assists them in donning sterile gowns.

The body is swabbed and draped, and then a large incision, an inverted V, is quickly made just below the ribcage. The disconcerting smell of burning flesh assails the nostrils for a while as the cauteries cut deep through the layers of skin and fat, stanching the blood flow with their heat as they cut. When I first see the jaundiced, angular face and thin body of the patient I think that he is a teenager, not yet fully grown, but this is the effect of the disease.

At thirty-four, even though he has never smoked or drunk alcohol, he has advanced cirrhosis of the liver and

Тепер, коли голова знову відкрита, а понівечене тіло приховане, мій погляд мимоволі зупиняється на смужках стрічки, якими заклеїли очі донорки ще у відділенні інтенсивної терапії, щоб вберегти рогівки від пересихання.

Ось-ось має прибути офтальмохірург, щоб вилучити їх для трансплантації, і я раптом відчуваю хвилю несподіваної відрази. Для мене це останнє втручання здається більшою наругою над тілом, ніж вилучення всіх внутрішніх органів разом узятих.

Можливо, причина просто в тому, що напруга в залі повністю розвіялася, люди йдуть геть, на ходу знімаючи закривавлене хірургічне спорядження, і в цій тиші я нарешті отримую можливість усвідомити весь масштаб і трагічність того, що для них є щоденною рутинною. Коли вилучення завершено, тіло вивозять з операційної зали до лікарняного моргу.

Минуло всього лиш вісімнадцять годин після інциденту в банку й вісім годин після підтвердження смерті мозку.

#### Дарунок життя

Шоста година ранку. Пацієнт уже перебуває в очікуванні - спершу під дією глибокої седації, а згодом уже в стані повного небуття, - поки двоє хірургів ретельно, за всіма правилами асептики, миють руки й заходять до операційної зали №14. Там на них уже чекають медсестри; одна з них допомагає лікарям одягнути стерильні хірургічні халати.

Тіло пацієнта ретельно обробляють антисептичними засобами та обкладають операційними простирадлами, після чого хірурги швидким і впевненим рухом роблять великий розріз у формі перевернутої літери «V» - безпосередньо під реберною дугою. На деякий час простір операційної наповнює важкий і тривожний запах обпаленої плоті: електрокоагулятори глибоко розтинають шари шкіри та підшкірного жиру, водночас припікаючи пошкоджені судини і зупиняючи кровотечу самим лише своїм жаром. Коли я вперше бачу виснажене, загострене обличчя пацієнта, яке хвороба забарвила у жовтушні тони, мені на мить здається, що переді мною підліток, який ще не встиг повністю сформуватися. Але це лише трагічна омана, спричинена

ulcerative colitis caused by an unusual autoimmune disease known as sclerosing cholangitis.

The patient has been sick for a long time, but recently things took a turn for the worse; internal bleeding suggested to the doctors that he would not live much longer without a liver transplant.

Large, metal retractors are applied, forcing the rib cage up and back. I wonder if patients' ribs are sometimes cracked by this procedure. The small frame of the man's chest is dwarfed by the apparatus, and I speculate whether, amid the plethora of uncomfortable sensations he will experience the next day, he will even notice a rib cage aching with five hours of being pulled out of position.

The patient had been on a waiting list for a liver for nearly three months; everyone in the operating room agrees that he could not have gone on much longer. The seriousness of his condition is quite obvious, even to an untrained observer, once the omentum and the intestines are set to one side and the liver exposed. The organ has none of the rosy hue of a healthy liver but is mud-colored and covered with raised black spots, tiny knots of blood vessels struggling to do their work.

Music is piped into the operating room, providing a background to the occasional words exchanged among the two surgeons and their senior fellow. They work efficiently, first isolating the hepatic artery. Only once is the nurse chastised for passing the wrong-sized instrument. A resident pops into the room, comes round to the patient's head, and briefly touches him.

"How's he doing?" he asks. "He's such a nice guy, I can't wait for him to get this over with." During the five-hour liver transplant, in addition to the three doctors, the staff includes two nurses, one or two anesthesiologists (who take

тривалим виснаженням від хвороби. Насправді йому тридцять чотири роки. Попри те що цей чоловік ніколи в житті не палив і не вживав алкоголю, він страждає на за давнений, прогресуючий цироз печінки та виразковий коліт, що стали наслідком рідкісного аутоімунного захворювання - склерозуючого коліту. Пацієнт бореться з недугою вже дуже давно, проте останнім часом ситуація стала критичною; внутрішня кровотеча чітко дала лікарям зрозуміти: без негайної трансплантації печінки його життя обірветься в найближчі дні.

До рани прилаштовують великі металеві ретрактори, які з силою фіксують і розводять грудну клітку, піднімаючи її вгору й відсуваючи назад. Я мимоволі замислююся: чи не трапляється так, що під час цієї жорсткої процедури у пацієнтів ламаються ребра? Тендітна статура цього чоловіка здається зовсім крихітною поряд із масивним механічним апаратом, і я міркую про те, чи серед усього того калейдоскопа болісних відчуттів, які нахлинуть на нього наступного дня, він хоча б помітить ниючий біль у ребрах, що протягом п'яти годин перебували в неприродному, вимушеному положенні.

Пацієнт перебував у списку очікування на донорський орган майже три місяці; абсолютно всі присутні в операційній погоджуються, що він навряд чи зміг би протриматися довше. Ступінь тяжкості його стану стає очевидним навіть для людини без медичної освіти, щойно сальник і кишківник відсувають убік, оголюючи печінку. У зовнішньому вигляді цього органа немає навіть натяку на здоровий рожевий відтінок - він має колір бруду й густо вкритий чорними випуклими плямами, схожими на дрібні вузлики судин, що з останніх сил намагаються виконувати свою життєво важливу роботу.

У залі лунає тиха музика, як супровід для поодиноких реплік, якими обмінюються між собою хірурги та їхній старший колега. Вони працюють злагоджено й максимально ефективно, насамперед виділяючи печінкову артерію. Лише один раз медсестрі роблять зауваження за те, що вона подала інструмент не того калібру. На якусь мить до кімнати зазирає ординатор; він підходить до голови пацієнта і на мить лагідно торкається його.

- Як він? Тримається? - запитує він. - Добрий хлопець... Аби тільки все це для нього швидше минуло.

Під час цієї п'ятигодинної операції, окрім трьох лікарів-хірургів, задіяно цілий штат персоналу: дві операційні сестри, один або двоє анестезіологів (які

it in turns to pop out to nap, having been working all night), occasionally an orderly; and, for the first hour, two or three medical student observers.

With the hepatic artery clamped, the surgeons move on to dissect the bile duct; then they clamp first the superior hepatic vena cava, next the inferior hepatic vena cava, and finally the portal vein. Great care is taken to minimize bleeding while also leaving the blood vessels in good condition for suturing to the blood vessels attached to the new liver. After two and a half hours of meticulous work, with the gall bladder still affixed to it, the diseased liver is eased out of the body and tossed into a bowl, to be taken for a pathological examination. It is surprisingly large and ugly in its sickness.

In an adjoining room, another surgeon has spent over an hour pre paring the new liver for transplant. The donor was a twenty-year-old man who suffered a brain aneurysm and was declared brain-dead shortly after arrival at a nearby hospital. The organ donor consent on his driver's license was signed, and his family agreed to the donation. The computerized tissue-matching system showed quickly that of the wait-listed recipients considered urgent cases, this was the best candidate to receive this particular liver. It would be ten hours in all between the procurement of the liver and its complete transplant into the recipient: over seven hours on ice once it was removed and more than two and a half hours being transplanted into its new owner.

The patient's blood pressure drops suddenly when the sick liver is removed, and it stays unstable, but never dangerously low, for the next hour. The new liver is set in place just below the rib cage; it is larger than its predecessor and has to be eased carefully into its new quarters. The surgeons set about suturing the blood vessels together in the

по черзі виходять на короткий перепочинок, оскільки працюють безперервно всю ніч), час від часу заходить санітар, а протягом першої години присутні ще й двоє чи троє студентів-медиків у ролі спостерігачів.

Після того як печінкову артерію перетискають, хірурги переходять до препарування жовчної протоки; потім вони послідовно перетискають верхню порожнисту вену печінки, нижню порожнисту вену і, нарешті, ворітну вену. Лікарі діють надзвичайно обережно, щоб звести крововтрату до мінімуму і водночас залишити судини в ідеальному стані для подальшого з'єднання з новою печінкою. Після двох з половиною годин напруженої, ювелірної роботи уражену хворобою печінку, до якої все ще прикріплений жовчний міхур, обережно вивільняють із тіла й кладуть у спеціальну чашу, щоб згодом відправити на патологоанатомічну експертизу. Вона виглядає неочікувано великою й потворною у своїй хворобливій сутності.

У сусідньому приміщенні інший хірург уже понад годину займається підготовкою нового органа. Донором став двадцятирічний юнак, який переніс розрив аневризми головного мозку; смерть мозку була констатована невдовзі після його госпіталізації. У його водійському посвідченні була відмітка про згоду на посмертне донорство, і його родина підтримала цей благородний крок.

Комп'ютеризована система підбору тканин миттєво визначила, що серед усіх термінових пацієнтів зі списку очікування саме цей чоловік є ідеальним кандидатом для отримання цієї конкретної печінки.

Загалом між вилученням органа у донора та завершенням його вживлення в тіло реципієнта мине близько десяти годин: сім годин печінка перебувала в контейнері з льодом і ще понад дві з половиною години тривав процес її безпосередньої пересадки новому власнику.

Коли хвору печінку видаляють, артеріальний тиск пацієнта раптово падає і залишається нестабільним протягом наступної години, хоча показники жодного разу не досягають критично небезпечної межі. Нову печінку вкладають на її місце, одразу під реберною дугою; вона помітно більша за ту, що була тут раніше, тому хірургам доводиться діяти дуже делікатно, щоб розмістити її в обмеженому просторі.

reverse order from that used to remove the liver. In response to my query about the cause of the unstable blood pressure, the anesthesiologist informs me that this phenomenon is common and appears to be due in part to the patient's blood system working hard to dispose of the toxins accumulated in the new liver while it lay on ice. This accumulation occurs despite constant perfusion to keep the organ healthy—not surprisingly, given that one of the principal functions of the liver is to filter toxins from the body.

During the suturing of the blood vessels, the patient starts to lose blood. This is quietly and quickly dealt with. Most patients receive three or four units of blood during a liver transplant, and these days surgery usually takes about five hours (compared with fourteen hours in the early days), provided that at least two experienced surgeons are present. The final step before starting to “close” the patient is to make a new gall bladder; his own is vulnerable to the autoimmune disease. A small portion of his small intestine is cut, refashioned, and sutured in place as a substitute. This final stage of the surgery seems particularly rough and ready—a cut-and-patch job—and it occurs to me that transplant surgery, for all its public image as a high-powered, innovative technology, is nevertheless a massive intervention into the human body demanding manual precision and precise anatomical and physiological knowledge. The patient goes home just eight days after surgery. He is doing exceptionally well and is discharged a day early, but he will have to take powerful immunosuppressants for the rest of his life to stop his own immune system from wreaking havoc on the new liver. These drugs will almost certainly cause side effects and put him at increased risk for other diseases. A few days later, I am surprised and delighted to hear how well he is doing. While watching the surgery, I wondered several times

Вони починають зшивати судини в порядку, зворотному до того, який використовувався при видаленні органа у донора. У відповідь на моє запитання щодо стрибків тиску анестезіолог пояснює, що це явище цілком типово: воно частково зумовлене тим, що організм пацієнта починає інтенсивно працювати над нейтралізацією токсинів, які неминуче накопичилися в донорській печінці, поки та перебувала в охолодженому стані. Це відбувається попри постійну медикаментозну перфузію - і це не дивно, адже очищення організму від токсинів є однією з головних функцій печінки.

Під час зшивання судин у пацієнта починається кровотеча, проте команда реагує швидко й спокійно. Зазвичай реципієнти отримують від трьох до чотирьох одиниць донорської крові за операцію. Сьогодні така трансплантація триває близько п'яти годин (тоді як на початку зародження методу вона могла тривати й чотирнадцять), за умови участі досвідчених фахівців.

Фінальний етап перед «закриттям» пацієнта - формування нового жовчного міхура, оскільки власний міхур реципієнта був мішенню для його ж аутоімунної системи. Для цього відсікають невеликий фрагмент тонкого кишківника, модифікують його й пришивають як замітник.

Ця завершальна стадія виглядає дещо грубою та механічною — свого роду відріж, приший - і готово, - і я логічно приходжу до думки, що трансплантологія, попри свій високотехнологічний образ, насправді є масивним фізичним втручанням, яке вимагає від лікарів не лише інноваційних знань, а й надзвичайної вправності рук та досконалого знання фізіології.

Пацієнт повертається додому вже через вісім днів після операції. Його стан оцінюють як чудовий, і його навіть виписують на день раніше від запланованого терміну.

Проте тепер і до кінця своїх днів він буде змушений приймати потужні імунодепресанти, щоб власна імунна система не знищила «чужорідний» орган. Ці ліки неминуче матимуть побічні ефекти та підвищуватимуть вразливість до інших хвороб. За кілька днів я з подивом і щирою радістю дізнаюся, наскільки добре він почувається.

Спостерігаючи за ходом операції, я неодноразово питала себе, як це тендітне тіло змогло витримати такий колосальний натиск. Також я

how his frail body could endure this massive onslaught. I also pondered whether I would opt for a transplant should I have a life-threatening disease, and concluded that at his age I almost certainly would have wanted one.

I still cannot answer what I would have wanted for my children should they have contracted an incurable liver disease at a young age. From this research I have concluded that it is very difficult to imagine what one might decide when confronted with making a choice about either organ procurement from or a transplant for a dying relative. It is an especially difficult choice in the case of a child, for whom a transplant may involve immense suffering with a long-term outcome that is far from clear<sup>1</sup>.

Wendy Doniger, a specialist in the history of religions, was, like me, a member of an interdisciplinary group, brought together by the psychiatrist Stuart Youngner, that met regularly from 1991 to 1993 to examine the human and cultural meaning of organ transplants. Doniger added a personal postscript to her essay in the book that resulted from these meetings. She notes that as her involvement in our project deepened, she began to have serious misgivings about the wisdom of organ transplants, and she had “more or less decided that [she] was against it all.” During the

розмірковувала, чи обрала б я трансплантацію для себе в разі смертельної недуги, і дійшла висновку, що в його віці я, безперечно, хотіла б отримати цей шанс.

Однак я досі не маю відповіді на питання, чого б я бажала для власних дітей, якби вони захворіли на щось подібне в ранньому віці.

Це дослідження привело мене до висновку, що неможливо наперед уявити свій вибір, коли ти стикаєшся з необхідністю вирішувати долю помираючого родича - чи то ставати донором, чи погоджуватися на пересадку.

Це особливо болісно у випадку з дітьми, для яких трансплантація може означати роки страждань із абсолютно непередбачуваним результатом у майбутньому.

Венді Донігер, фахівчиня з історії релігій, була моєю колегою у міждисциплінарній групі, яку організував психіатр Стюарт Янгнер.

Ми регулярно зустрічалися з 1991 по 1993 рік, намагаючись досягнути культурні та людські сенси пересадки органів. У книжці, що стала підсумком нашої роботи, Донігер додала особистий постскрипtum.

Вона зізналася, що в процесі наших дискусій у неї виникли глибокі сумніви щодо етичності трансплантацій, і вона «більш-менш вирішила для себе, що виступає проти всього цього».

---

<sup>1</sup> The four-year survival rate in North America for patients with liver transplants is over 73 percent. Figures for five years and longer are not available, nor are details about quality of life, but the longest-surviving liver transplant recipient has lived for more than twenty-eight years following the operation (United Network for Organ Sharing 1999).

У Північній Америці чотирирічний показник виживаності пацієнтів після трансплантації печінки перевищує 73 відсотки. Дані щодо п'ятирічної та довшої виживаності наразі відсутні, так само як і систематизована інформація про якість життя реципієнтів у віддаленій перспективі. Водночас відомо, що пацієнт із найдовшим терміном виживання після пересадки печінки прожив понад двадцять вісім років після проведення операції (United Network for Organ Sharing 1999).

course of our meetings, Doniger learned from her brother that her niece was suffering from advanced renal failure and had only a few days to live. Doniger began “instantly to pray” that a donor would be found. In the event, one was, and the operation went ahead. Several years later, her niece was doing well.

Doniger concludes that the near-tragedy revealed unconscious feelings about organ transplants that were different from those of her consciously articulated opposition. She comes to understand her article as an attempt “to formalize the bridge between those two sets of feelings in me and, I would hope, in the reader” (Doniger 1996:218).

I have never been tested as Doniger has, but I firmly believe, as she does, that no amount of rational debate, no amount of abstract soul searching, can provide conclusive answers to these intensely emotional questions. The “truth” of firsthand experience and of subjective, gut level responses to the fearful dilemmas posed by organ procurement and transplant are as important as is measured discussion.

#### Death's Shadow

He looked pale and underweight for a thirty-seven-year-old as we sat facing each other in the privacy of a small room in the transplant unit. “For a long time I fooled myself that I wasn't sick, but actually I'd

really been noticing things.” “Like what?”

“Lots of excess skin on my feet, putting on weight, big mood swings—just little things that you don't pay much attention to.”

“Excess skin on your feet?”

Проте саме під час роботи групи Доніґер дізналася від брата, що її племінниця перебуває при смерті через ниркову недостатність. У ту ж мить Доніґер почала «палко молитися», щоб донор знайшовся.

Це сталося, операція була успішною, і за кілька років дівчина почувалася добре.

Доніґер резюмує, що ця особиста трагедія виявила в її підсвідомості зовсім інші почуття, ніж ті, які вона логічно й свідомо артикулювала у своїх наукових працях.

Свою статтю вона згодом почала сприймати як спробу «збудувати міст між цими двома різними світами почуттів у собі самій і, як я сподіваюся, у читачеві». (Донніґер 1996:218)

Життя ніколи не піддавало мене таким випробуванням, як Венді Доніґер, але я, як і вона, твердо вірю: жодні раціональні дебати чи абстрактні пошуки істини не можуть дати вичерпних відповідей на ці гранично емоційні питання.

«Правда», що народжується з безпосереднього особистого досвіду та суб'єктивних, інтуїтивних реакцій на страшні дилеми трансплантації, є такою ж важливою і легітимною, як і будь-яка зважена наукова дискусія.

#### Тінь смерті

Перед моїми очима сидів худорлявий чоловік з блідим обличчям. На вигляд так і не скажеш, що йому тридцять сім. Ми усамітнилися в тісній та задушливій, відокремленій кімнаті трансплантаційного відділення. - Довгий час я обманював сам себе, переконуючи, що не хворий, - сказав він стиха. - Але насправді я вже тоді почав помічати різні зміни у своєму тілі.

- Які саме? - перепитала я, намагаючись зрозуміти, про що йдеться.

- Усякі дрібниці: надлишок шкіри на ступнях, раптовий набір ваги, різкі перепади настрою - загалом такі симптоми, на які зазвичай не звертаєш серйозної уваги.

- Надлишок шкіри на ступнях?

“Yes, that’s common, I discovered, with cirrhosis, but of course, at the time, it never occurred to me that it was a sign that something was wrong with the liver. I do a lot of rafting, and I thought I might have picked up something from the river. I kept meaning to go to a dermatologist.”

“What made you go to the doctor in the end?”

“About six months ago I really started to put on a lot of weight. I looked as if I was pregnant! I still didn’t go to the doctor right away, but finally I got a herniated belly button, so I went to a GP, who sent me right away to a surgeon, and he sent me on to a liver specialist. He made the diagnosis in no time at all, and things just kept going downhill from there. He said early on that I was going to have to have a liver transplant at some point in my life, and that his bet was that it would be sooner rather than later. They put me on a whole bunch of diuretics that didn’t do anything for the weight problem really. The main thing they did was to drain the liver every so often, and that really helped.

“I was working and I didn’t want to give that up. I was on the Hibernia project. Have you heard of that?”

“Off the Newfoundland coast?”

“Yeah. I was a drilling engineer, and it was a terrific job. I was about to move everything from Montreal to St. John’s permanently, but they don’t have a transplant center there. I persuaded my doctor to let me come and go between Newfoundland and Montreal more or less on a biweekly basis.”<sup>1</sup>

“That sounds terribly tiring.”

---

<sup>1</sup> The distance is over 1,625 miles.

Відстань між цими містами становить понад 1 625 миль (що дорівнює приблизно 2 615 кілометрам).

- Так. Як з’ясувалося пізніше, це досить поширене явище при цирозі печінки. Але, звісно, тоді мені й на думку не спадало, що це може бути ознакою проблем із печінкою. Я багато займався рафтингом і вирішив, що, можливо, щось підхопив у річковій воді. Постійно збирався піти до дерматолога, але все відкладав.

- А що зрештою змусило вас звернутися до лікаря?

- Приблизно пів року тому я почав дуже швидко набирати вагу. Я виглядав так, ніби вагітна жінка! Але навіть тоді я не побіг одразу до лікаря. Лише коли в мене з’явилася пупкова грижа, я нарешті звернувся до сімейного лікаря. Він одразу направив мене до хірурга, а той - до спеціаліста з хвороб печінки. Той поставив діагноз майже без роздумів, і далі все почало стрімко погіршуватися. Він одразу сказав, що в якийсь момент мого життя мені знадобиться трансплантація печінки, - продовжив він, - і що, на його думку, це станеться швидше, ніж я собі думав. Мене посадили на цілу купу діуретиків, але з вагою вони особливо не допомагали. Найефективнішим було те, що час від часу мені відкачували рідину - це справді полегшувало стан і давало тимчасове полегшення.

- Я продовжував працювати й не хотів від цього відмовлятися, - додав він після невеликої паузи, зітхнувши. - Я був залучений до проєкту «Гібернія». Десь чули про такий?

- Той, що біля узбережжя Ньюфаундленду?, - уточнила я.

- Саме так. Я працював інженером з буріння, і мушу сказати, це була справді чудова робота, яка була мені до вподоби. Я вже серйозно збирався остаточно переїхати з Монреаля до Сент-Джонса, але проблема в тому, що там немає спеціалізованого центру трансплантації. Тож мені довелося вмовляти свого лікаря, аби він дозволив мені курсувати туди-сюди між Ньюфаундлендом і Монреалем - приблизно раз на два тижні.

- Це, мабуть, було страшенно виснажливо і витягувало з вас усі сили.

“Yes, the doctor didn’t really agree, but I just did it anyway, until he said that he simply wasn’t going to put me on the waiting list for a transplant unless I came and lived permanently in Montreal. So, a couple of months ago, I came back on a Sunday to the tiny apartment I keep here. On the Monday I went out and did some grocery shopping, stayed home for the rest of the day, and on Tuesday I woke up vomiting blood, but I was already too sick to really realize how serious it was.

I just fell back to sleep, and when I woke up I thought it was the evening—too late to call my doctor at the clinic—although it was actually only 4 p.m. I couldn’t even read the clock properly.

I managed to call my girlfriend in Newfoundland, and she arranged everything from there. The down-stairs neighbor here in Montreal is a good friend of ours.

She called the ambulance, and they took me to the hospital. The last thing I remember was the doctor coming back into the room with a nurse carrying the long needle they use for biopsies. I must have fainted, or gone unconscious, and the next thing I knew, I woke up two days later, and the operation was all done!”

“So they were able to find a liver right away?”

“Yeah. It was blind luck. They told me afterwards they’d given me a day and a half or two at the most to live, so I went to the top of the list, and I hit the jackpot.”

“Didn’t anyone realize how serious things were long before the crisis?”

“The doctors knew for sure, and to be honest, I knew too. Every test I had, they told me that my liver was getting less and less operational.

I hadn’t really worked on the Hibernia project for three months; I had no energy left, and I was forced to take sick

- Так, і лікар спочатку був категорично проти такої затії. Але я все одно стояв на своєму і продовжував поїздки, аж доки він прямо не заявив: мене просто не внесуть до списку очікування на трансплантацію, якщо я не перебуватиму в Монреалі постійно. Тому кілька місяців тому я здався і таки повернувся сюди. Приїхав у неділю, оселився у своїй крихітній квартирі. У понеділок ще зміг вийти в магазин по продукти, а решту дня просто просидів удома. А вже у вівторок зранку прокинувся від того, що мене почало нудити і рвати кров’ю.

- На той момент я почувався вже настільки зле, що навіть не до кінця усвідомлював, наскільки все серйозно і небезпечно. Я просто заплющив очі й знову заснув. Коли ж прокинувся вдруге, мені здалося, що вже настав вечір і телефонувати лікарю в клініку запізно — хоча насправді була лише четверта година дня. Стан був такий, що я навіть не міг нормально розгледіти цифри на годиннику. Якимось дивом мені вдалося набрати свою дівчину в Ньюфаундленді - і вже вона звідти, здалеку, почала все організовувати. На щастя, сусідка поверхом нижче тут, у Монреалі, - наша добра знайома. Вона негайно викликала швидку, і мене терміново забрали до лікарні. Останнє, що закарбувалося в пам’яті: до палати заходить лікар разом із медсестрою, яка тримає в руках довгу голку для біопсії. Мабуть, я відразу знепритомнів або просто провалився в непам’ять, бо наступне, що я пам’ятаю - це як я розплющив очі через два дні, а операція вже залишилася позаду.

- Тобто донорську печінку вдалося знайти фактично миттєво?

- Саме так. Суцільне везіння, сліпа удача. Вже потім мені пояснили, що за медичними прогнозами мені залишалось жити щонайбільше півтора-два дні, тож я миттєво опинився на самому верху списку. Можна сказати, я витягнув щасливий квиток або зірвав справжній джекпот.

- І невже ніхто не розумів, наскільки критичною була ситуація, ще задовго до цього нападу?

- Лікарі знали про це напевно, - тихо мовив він. - І, якщо бути до кінця чесним із самим собою, я теж це чудово знав. Після кожного чергового обстеження мені повторювали одне й те саме: печінка працює все гірше й гірше, орган відмовляє. Насправді я вже місяці зо три як майже не з’являвся

leave, but I didn't want to come and sit in Montreal doing nothing, feeling miserable.

I was in hospital once before when I came back to Montreal one time for tests, it turned out then I had an infection on top of the cirrhosis.

When they let me out, I went right back to Newfoundland, but on long-term disability— and I think I knew then finally that I was dying, but it was funny, I hadn't really taken time to think about it until I hit that low spot.

“I'm divorced, and my ex-wife has custody of the three kids, and my daughter is causing a lot of trouble right now, so she came to stay with me.

But she doesn't get on with my girlfriend, and she doesn't understand why I can't have her live with me permanently, so I've been really depressed about things for a year or two. I wasn't sure that I wanted to go through with this transplant operation at all, and so I suppose that was why I didn't really face up to things.”

“How do you feel now?”

“Well, I'm thankful, of course. But even now—I'm fifty days past surgery—you still get times when you wonder what the future holds, especially because I'm in rejection right now<sup>1</sup>. It would have been really helpful to have a support

на проєкті «Гібернія» - у мене просто фізично не залишалося сил на роботу. Зрештою я був змушений офіційно оформити лікарняний, але мені страшенно не хотілося повертатися до Монреаля, щоб просто сидіти тут у чотирьох стінах без діла, почувуючись абсолютно безпорадним і нікчемним.

Він на мить замовк, ніби збираючись із думками, і додав:

- Одного разу мені вже доводилося лежати в лікарні, це сталося під час мого чергового приїзду до Монреаля на медичне обстеження. Тоді з'ясувалося, що на тлі загального цирозу в організмі спалахнула ще й інфекція. Коли гострий стан зняли і мене виписали, я одразу ж повернувся до Ньюфаундленду, але фактично вже як інвалід на довготривалому лікуванні. І, знаєте, здається, саме в той момент я вперше по-справжньому, до глибини душі усвідомив: я помираю. Хоча це доволі дивно, адже десь на периферії свідомості я знав це й раніше, проте ніколи не давав собі часу - чи просто не наважувався - по-справжньому про це замислитися. Я свідомо тікав від цієї думки, аж доки не опинився на самому дні.

- Я розлучений, - вів він далі, дивлячись кудись убік. - Моя колишня дружина має право опіки над трьома нашими дітьми. З донькою зараз нелегкий період, у неї великі проблеми, тому певний час вона жила разом зі мною. Але вона ніяк не могла поладнати з моєю дівчиною і ніяк не хотіла розуміти, чому я не можу дозволити їй залишитися зі мною назавжди. Через увесь цей родинний розбрат і хворобу я перебував у стані глибокої депресії протягом останнього року чи навіть двох. Були моменти, коли я навіть не був упевнений, чи взагалі хочу давати згоду на трансплантацію. Думаю, саме через цей внутрішній злам я так довго й наполегливо уникав усвідомлення реального стану речей.

- А як ви почуваетесь тепер, коли найгірше позаду? - запитав я.

---

<sup>1</sup> Despite the use of powerful immunosuppressants, organ recipients often have episodes in which the patient's own immune system mounts a reaction against the new organ. With careful monitoring and adjustment of medication, patients usually survive these rejection events with the new organ intact.

group or something. As a matter of fact, they do have a group, but at the moment it's all in French. I'm from Alberta, so you can imagine how much French I know.

I've been bugging them to start up an English group again. Of course, my girlfriend was here for a while, but she had to go back, and my Ma is here now, but she's going back to Calgary this weekend. She came to make sure that I ate."

"Do you have an appetite?"

"A bit. It's funny, because they must have cut some major nerves, and initially you can't tell if you're hungry and, what's worse, you can't tell when you have to go to the toilet. I mean, you've got to think about it, and say to yourself, 'Time to go to the toilet now.'

The sensations are slowly coming back, but the doctor says it will be a year before every- thing is back to normal.

"With all the drugs, especially the cyclosporine, you're supposed to put on weight, feel hungrier than usual, and your hair is supposed to get thicker.

None of that has happened to me. It's scary. It's awful. They don't know why.

- Ну, я, звісно, безмежно вдячний за цей шанс, - відповів він. - Але навіть зараз - а після операції минуло вже цілих п'ятдесят днів - бувають хвилини, коли мимоволі починаєш замислюватися про те, що саме чекає на тебе попереду. Особливо зараз, коли аналізи показують, що в мене почалося відторгнення. У такій ситуації було б дуже доречно мати якусь групу підтримки, де можна було б поговорити з тими, хто пройшов через подібне. Власне, така група тут існує, але проблема в тому, що наразі всі зустрічі проводяться виключно французькою мовою. А я ж родом з Альберти - самі можете уявити, наскільки «добре» я володію французькою.

Я вже не раз звертався з проханням, щоб вони нарешті знову запустили англomовну групу. Моя дівчина була тут зі мною певний час, але їй зрештою довелося повернутися до своїх справ. Тепер за мною доглядає мама, але й вона збирається їхати назад до Калгарі вже цими вихідними. Вона приїжджала спеціально для того, щоб простежити, аби я бодай трохи почав нормально їсти.

- І як, у вас з'явився бодай якийсь апетит?

- Хіба що трохи. Це справді дивна річ: під час операції хірургам, мабуть, довелося перерізати якісь важливі нервові закінчення, бо спочатку ти взагалі перестаєш розуміти, голодний ти чи ні. А що ще гірше - ти зовсім не відчуваєш природних позивів, коли потрібно йти до туалету. Тобто доводиться буквально вмикати логіку, думати й давати собі команду: «Так, зараз настав час сходити в туалет». Чутливість поступово повертається, але лікар попереджає, що знадобиться щонайменше рік, перш ніж нервова система відновиться і все знову стане так, як було раніше.

- Через усі ці медикаменти, які я змушений приймати, особливо через циклоспорин, організм мав би реагувати інакше: я мав би почати набирати вагу, відчувати постійний голод, а волосся мало б ставати густішим. Але зі мною не сталося нічого з цього переліку. І це по-справжньому лякає. Це

---

Попри регулярне застосування потужних імуносупресивних препаратів, у реципієнтів часто трапляються епізоди, коли власна імунна система пацієнта починає сприймати донорський орган як чужорідний і намагається атакувати його. Проте за умови ретельного медичного спостереження та вчасної корекції дозування ліків, пацієнти зазвичай успішно долають такі кризи відторгнення, зберігаючи новий орган неушкодженим і функціональним.

“It’s a huge scar, but it’s more or less healed now, so I’m supposed to get into some exercise. I should do some swimming.

But a bathing beauty I’m not going to be from now on! When people ask me what happened, I’ve started saying that I’m a test driver for Mercedes!”

“How long did the actual surgery take, do you know?”

“They told me it was about seven hours, which is long, but time flies when you’re having fun! Sometimes they can do it in five these days.

Then I had three days in the ICU. I don’t know what they were feeding me for painkillers, but it sure left pretty pictures on the wall. They had tubes in me all over the place, but they started to get them out after the first day.”

“Then you were moved to the regular unit?”

“Yes, I was here as an in-patient for three weeks. Now I have to come back every week. More while I’m having this rejection.

I’m supposed to stay in Montreal for six months, but I’ve got no work. I’m not doing too well right now, but they tell me I’ll get over this rejection all right— it’s not unusual to have ups and downs at first.”

“Do you know anything about the donor?”

“They try not to let you know anything. I think it was a man, I don’t know why. It was a car accident in this city, that’s all I know.”

жахливе відчуття непевності. Навіть лікарі не можуть точно пояснити, чому так відбувається.

Шрам на животі лишився величезний, але він уже більш-менш зтягнувся, тож мені наполегливо радять потроху починати займатися фізичними вправами. Кажуть, мені варто було б спробувати плавання. Але, щиро кажучи, «красунею в купальнику» я на пляжі вже точно не буду! Тому, коли цікаві люди запитують, що це за шрами і що зі мною сталося, я почав жартома відповідати, що я - професійний водій-випробувач компанії «Мерседес»!

- А ви знаєте, скільки часу тривала сама операція? - поцікавився я.

- Мені сказали, що все зайняло приблизно сім годин. Для хірургії це тривалий час, але, як кажуть, час летить непомітно, коли тобі весело! Зараз, я чув, іноді встигають впоратися і за п’ять годин. Після операційної я провів три дні у відділенні інтенсивної терапії під пильним наглядом. Не знаю точно, якими саме знеболювальними мене там напихали, але галюцинації були знатні - на стінах я бачив дуже, м’яко кажучи, цікаві картинки. У мене звідусіль стирчали трубки й катетери, але вже після першої доби їх почали поступово знімати.

- А потім вас нарешті перевели зі спецблоку до звичайного відділення?

- Так, саме так. Там я пробув у статусі стаціонарного пацієнта ще три довгі тижні. Тепер я вже вдома, але мушу щотижня повертатися до лікарні на огляд. А поки триває цей процес відторгнення, доводиться навідуватися туди навіть частіше. За правилами, я маю невідлучно залишатися в Монреалі принаймні шість місяців, але проблема в тому, що в мене тут немає жодної роботи. Зараз я почувуюся, м’яко кажучи, не дуже добре, проте лікарі налаштовані оптимістично: кажуть, що я обов’язково впораюся з цим відторгненням. Мовляв, на початковому етапі такі різкі підйоми та спади самопочуття - зовсім не рідкість, а звична медична практика.

- Ви хоч щось знаєте про свого донора? - обережно запитала я.

- Ні, вони дуже суворо дотримуються конфіденційності й намагаються взагалі нічого не згадувати. Я чомусь думаю, що це був чоловік, хоча навіть не можу пояснити, звідки в мене таке передчуття. Знаю лише, що це була

“It’s possible to write a letter of thanks. Did you do that?”

“Oh yes. The annoying thing is I don’t know if they ever got it.

Apparently, some administrative department calls up the family and asks them if they’d like to receive a letter from the person who got their relative’s organ.

It’s up to them. If they don’t want the letter, then it’s not sent on to them, and even if they want it, they’re not allowed to reply to me.

That’s because the donor family sometimes wants to build up a lasting relationship with the recipient, and the authorities don’t want that.

Anyway, it was the longest note I’ve ever written in my life. It was really hard to write. I really wanted to say thanks, but also try to explain to them that something good had come out of the death of their relative. But I don’t know if they got it, or if it went into the garbage. I’d really like to know more about the donor. I dream about it.

I realize I’ll probably never know anything more, but I’ve often wondered what it would be like to meet the family.

I suppose it would just bring back a whole bunch of bad memories for them, knowing that the liver is mine now. Anyway, I feel really grateful. I feel an emotion for him that

I can’t even describe, and I don’t think I want to lose that, ever.”

“Are you religious?”

“No. I was hoping to find out what a near-death experience was like, though, but I went right into a coma. I was disappointed because, being an engineer, I wanted facts, so as I could explain what near-death is really like!

автомобільна аварія десь тут, у місті - і це, власне, вся інформація, якою я володію.

- Реципієнтам зазвичай дозволяють написати лист подяки родині донора. Ви вже це зробили?

- О так, написав. Але знаєте, що в цій ситуації найприкріше? Я навіть не маю уявлення, чи вони взагалі коли-небудь його отримали. Процедура там досить складна: якийсь спеціальний адміністративний відділ телефонує родині померлого й запитує, чи хотіли б вони прийняти лист від людини, якій пересадили орган їхнього близького. Кінцеве рішення лише за ними. Якщо вони не виявлять бажання читати листа, його просто не надішлють. Але навіть якщо вони погодяться, їм суворо заборонено мені відповідати. Влада запровадила такі правила через те, що іноді родини донорів прагнуть встановити надто близькі, тривалі стосунки з реципієнтом, а закон цього не дозволяє, щоб не травмувати людей ще сильніше.

У будь-якому разі, це був чи не найдовший лист, яку я коли-небудь писав у своєму житті. Зізнаюся, далася вона мені надзвичайно важко. Я щиро хотів не просто подякувати за врятоване життя, а й спробувати пояснити їм, що зі смерті їхньої рідної людини зрештою вийшло щось добре й світле. Але я й досі не знаю, чи дійшов той лист до адресатів, чи, можливо, він просто опинився в кошику для сміття.

Я дуже хотів би дізнатися про свого донора бодай трохи більше. Я часто про це мрію. Розумію, що, найімовірніше, ніколи не почую жодного слова про нього, але я часто замислювався: а як би воно було - зустрітися з його родиною особисто? Мабуть, для них це було б занадто важко - бачити мене й знати, що печінка їхньої близької людини тепер живе в мені. Це лише роз’ятрило б їхні старі рани.

Та як би там не було, я відчуваю до цієї невідомої людини безмежну вдячність. Це почуття настільки глибоке, що я навіть не можу дібрати слів, аби його описати, і, здається, я ніколи в житті не хотів би втратити цей стан.

- Скажіть, а ви взагалі вірите в Бога?

- Ні, зовсім ні. Хоча, мушу визнати, десь у глибині душі я сподівався, що мені вдасться дізнатися, яким насправді є досвід перебування на межі життя і смерті. Але я так швидко впав у кому, що нічого не встиг відчути. Мене це

But I must say I've wondered why I lucked out and got an organ just when I needed it.

It makes you think about prayer and faith, but even so, I think I'm still waiting for a personally engraved invitation to come and have a chat with God before I really believe."

"By the way, do you have any thoughts about why you got cirrhosis in the first place?"

"Oh, yes. When I was a teenager, about thirteen or fourteen, I used drugs for a while. I contracted hepatitis B then.

Now the doctors think I probably also got hepatitis C at the same time, and that it stayed dormant until now.

I'll always be a carrier.

It's incurable.

So, it may kill off this new liver too. My doctor said to me,"

From now on you're married to the transplant unit."

"So now you live with uncertainty all the time?"

"Oh yeah. I still wonder whether I should have gone through with this operation.

There's always going to be limits on me now. Maybe I

won't have a transplant next time."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> From the surgeon's point of view, this patient has continued to do well in the five years since his transplant.

З погляду хірурга, цей пацієнт демонструє стабільно позитивну динаміку і продовжує почуватися добре протягом усіх п'яти років, що минули з моменту проведення операції з трансплантації.

навіть трохи розчарувало, бо, знаєте, я за фахом інженер і звик оперувати фактами. Мені дуже хотілося б мати змогу чітко пояснити самому собі, що воно таке - той потойбічний досвід.

Хоча мушу визнати: я не раз замислювався над тим, чому мені так неймовірно пощастило. Чому потрібний орган знайшовся саме тієї миті, коли він був мені конче необхідний для виживання? Такі збіги обставин мимоволі змушують замислюватися про силу молитви й питання віри. Але навіть попри це, мені здається, що я все ще чекаю на якийсь персональне, так би мовити, іменне запрошення - особистий знак від Бога, перш ніж я справді зможу повірити в Його існування.

- До речі, а чи були у вас якісь власні припущення щодо того, чому у вас взагалі розвинувся цей цироз?

- Так, я маю певну теорію. Коли я був ще підлітком, років у тринадцять чи чотирнадцять, я певний час експериментував із наркотиками. Саме тоді я заразився гепатитом В. Тепер мої лікарі схиляються до думки, що, ймовірно, тоді ж я підхопив і гепатит С, просто вірус залишався в організмі в прихованій, латентній формі аж до цього часу. Тепер я завжди буду носієм, адже це практично невиліковно.

Тож цілком можливо, що з роками хвороба знову візьме своє і знищить уже цю нову печінку. Мій сімейний лікар якось напівжартома сказав мені: «Відтепер ти навіки одружений із нашим трансплантаційним відділенням».

- Тобто тепер усе твоє подальше життя минатиме в стані постійної невизначеності?

- Саме так. Я й досі часом ловлю себе на думці, а чи варто було взагалі погоджуватися на цю складну операцію. Тепер моє життя завжди буде обмежене суворими рамками й заборонами. І найстрашніше - те, що наступного разу, якщо цей орган відмовить, наступної, повторної, трансплантації вже може й не бути.

## The Uses of Culture

Everyone knows what cultural anthropology is about: it's about culture. The trouble is that no one is quite sure what culture is. Not only is it an essentially contested concept, like democracy, religion, simplicity, or social justice; it is a multiply defined one, multiply employed, ineradicably imprecise. It is fugitive, unsteady, encyclopedic, and normatively charged, and there are those, especially those for whom only the really real is really real, who think it vacuous altogether, or even dangerous, and would ban it from the serious discourse of serious persons.

*Clifford Geertz, Available Light*

Sarcastic comments notwithstanding, Clifford Geertz is a true believer in the concept of culture. The word may be ineradicably imprecise, but nevertheless it is of use when searching for clarity.

Many people who appear in this book and whose views I report refer to “culture” to explain their feelings about brain death and other matters; their collective usage of it boils down to three ideas.

Some people confine their use of culture to just one meaning; whereas others use it in more than one way: It is employed, first, as a dualistic contrast to that which is taken as “natural” and exists independently of human intervention;

## Роль культури

Біда в тому, що ніхто достеменно не знає, що таке культура: це спірне, невикорінно нечітке й перевантажене сенсами поняття, яке одні вважають необхідним для розуміння людського світу, а інші — порожньою або навіть небезпечною абстракцією, яка негідна серйозного інтелектуального дискурсу.

*Кліффорд Гірц, «Доступне світло»*

Попри ці дещо саркастичні коментарі, сам Кліффорд Гірц залишається щирим і непохитним прихильником концепції культури. Хоча це слово й може видаватися невикорінно нечітким, воно, тим не менш, стає незамінним інструментом, коли ми намагаємося відшукати бодай якусь ясність у розумінні людського буття. Чимало людей, які з'являються на сторінках цієї книжки і чийі думки я тут наводжу, посилаються саме на «культуру», намагаючись пояснити свої глибокі внутрішні переживання щодо феномену смерті мозку та інших дотичних питань. У сукупності їхнє колективне використання цього терміну зводиться до трьох засадничих ідей.

Дехто з них обмежує вжиток слова «культура» лише одним конкретним значенням, тоді як інші застосовують його в кількох вимірах одночасно. По-перше, воно використовується як дуалістична протилежність усьому тому, що сприймається як природне — тобто таке, що існує саме по собі, незалежно

second, as conveying the idea of a group of people sharing behaviors and values (even when differences such as class, gender, and ethnicity clearly exist among them); and third, as a tradition representing the speaker's "authentic" heritage, one threatened by modernity.

This third usage is often mobilized in political opposition to change.

I too make use of culture as an explanatory device, but with hesitation, and with many provisos attached.

I do not think of culture as real, as a "thing," in contrast to numerous people today who refer to it as an independent force.

Because brain death has not been recognized in Japan as the end of life until recently, a few Japanese who have needed transplants, rather than accept death, have gone abroad to obtain organs. The Guardian Weekly of August 4, 1996, reprinted an article from the Washington Post about twenty-three-year-old Kiuchi Hirofumi under the headline "Japanese are Dying for a Transplant."<sup>1</sup>

Kiuchi had been flown to Los Angeles for a heart transplant, without which he would have died very soon. The

від будь-якого втручання людини. По-друге, культура передає ідею спільності певної групи людей, які поділяють схожі моделі поведінки та систему цінностей - причому навіть тоді, коли між ними існують очевидні й суттєві відмінності за класовою приналежністю, гендером чи етнічним походженням. І, нарешті, по-третє, культура постає як жива традиція, що уособлює автентичну спадщину мовця - ту саму спадщину, якій, на його думку, загрожує руйнівний вплив сучасної модерності. Саме це третє трактування поняття культури найчастіше береться на озброєння та використовується як дієвий інструмент політичного спротиву будь-яким суспільним змінам. Я також часто звертаюся до культури як до зручного пояснювального засобу, проте роблю це з великою часткою вагань і додаю до цього терміну численні застереження. На відміну від багатьох сучасників, які звеличують культуру до рівня незалежної стихійної сили, я не вважаю її чимось фізично реальним, якоюсь окремою «річчю» або об'єктивною сутністю.

Оскільки в Японії ще донедавна смерть мозку офіційно не визнавалася як остаточний кінець людського життя, деякі японські пацієнти, які гостро потребували трансплантації, замість того, щоб змиритися з неминучою смертю, змушені були їхати за кордон для отримання донорських органів. У номері тижневика "Зе Гардіан Віклі" (The Guardian Weekly) від 4 серпня 1996 року було передруковано статтю з "Вашингтон Пост" (Washington Post) про долю двадцятитрирічного Кіючі Хірофумі під промовистим заголовком: «Японці вмирають в очікуванні на трансплантацію».

Кіючі терміново доправили літаком до Лос-Анджелеса для пересадки серця - без цієї складної операції він мав померти вже найближчим часом.

---

<sup>1</sup> There is some dispute about Kiuchi's age, which was reported as twenty-seven in 1997 (Time 1997).

Існують певні розбіжності щодо точного віку Кіючі Хірофумі: у деяких джерелах за 1997 рік зазначалося, що йому було двадцять сім років (наприклад, у журналі "Тайм" (Time), 1997).

\$380,000 cost of the operation was raised through loans and by a fundraising campaign to which more than ten thousand Japanese people contributed.

The article, which is unabashedly partisan, asserts that transplant advocates in Japan consider the situation there a national embarrassment: “Citing tradition, culture and religious concerns, Japan has rejected medical advances that have given thousands of critically ill people around the world a second chance at life” (Jordon 1996).

It quotes Kiuchi as saying, “I feel that I was supposed to be killed by Japan, by the Japanese government, Japanese tradition, Japanese culture. If I had stayed there I would have died.” Both journalist and patient seem to cast the problem as one of technology versus tradition. The issue becomes even more perplexing when, one year later, Kiuchi points out that his own mother has trouble accepting brain death as human death: “Even though a transplant saved my life, she’s uncomfortable with the idea of removing organs from someone whose heart is still beating” (Kunii 1997:20).

What exactly does this Washington Post journalist mean by Japanese “culture” and “tradition”? And can we generalize from the words of one citizen, however much his plight moves our sympathies?

Should we perhaps give equal weight to the argument of the sociologist Nudeshima Jiro when he claims that opposition to acceptance of brain death as the end of life is attributable not to “culture” but to a lack of trust in doctors (1991a)?

But then we must surely also ask why Japanese attitudes towards the medical profession should not be thought of as “culture,” albeit tinged with politics?

Суму в 380 000 доларів, необхідну для оплати лікування, вдалося зібрати завдяки банківським позикам та масштабній благодійній кампанії, до якої долучилися понад десять тисяч небайдужих громадян Японії.

Автори цієї статті, яка має відверто заангажований характер, стверджують: прихильники розвитку трансплантології в Японії вважають ситуацію, що склалася в їхній країні, справжнім національним соромом. «Прикриваючись традиціями, культурою та релігійними переконаннями, Японія фактично відкинула ті досягнення сучасної медицини, які вже встигли дати тисячам критично хворих людей по всьому світу другий шанс на життя», - йдеться в матеріалі (Джордон 1996). Журналісти також наводять слова самого Кіючі: «Я відчуваю, що мене мали вбити сама Японія, японський уряд, японська традиція та японська культура. Якби я залишився вдома, я був би вже мертвий».

І журналіст, і сам пацієнт схильні представляти цю проблему як глобальний конфлікт між новими технологіями та застиглою в часі традицією. Однак це питання стає ще більш заплутаним і парадоксальним, коли через рік той самий Кіючі зазначає, що навіть його власна мати досі відчуває великі труднощі з тим, аби прийняти смерть мозку як справжню смерть людини. Він каже: «Хоча трансплантація врятувала моє життя, мамі все одно ніяково й не по собі від самої думки про те, що органи можна вилучати у когось, чие серце ще продовжує битися» (Куній 1997:20).

Що саме має на увазі журналіст “Вашингтон Пост”, апелюючи до таких розмитих понять, як японська «культура» та «традиція»? І чи маємо ми право робити далекосяжні узагальнення, спираючись лише на слова одного-єдиного громадянина, наскільки б трагічною не була його доля і наскільки б сильно вона не викликала наше щире співчуття? Можливо, нам варто було б приділити бодай таку ж саму увагу аргументації соціолога Нудешими Джіро, який переконливо доводить: опір визнанню смерті мозку як остаточного кінця людського життя пояснюється зовсім не міфічною «культурою», а цілком конкретною та глибокою нестачею довіри суспільства до лікарів (1991a). Проте в такому разі ми, безперечно, маємо поставити наступне логічне запитання: а чому специфічне ставлення

Clearly culture and tradition, concepts that are often used interchangeably, serve as rhetorical devices; their use frequently signals an opposition to the logic of modernity, that is, to that of science and technology and their associated institutions, which allegedly function without cultural constraint.

Secularization and modernization have followed different trajectories in Japan and North America. Japan, which has long been technologically innovative and adept, was clearly on a path to modernity by the mid-nineteenth century. The transfer of scientific and other forms of knowledge from Europe to Japan from the middle of the nineteenth century, and particularly after World War II, has been described by some Japanese commentators as a “kind of rape” (Morioka 1995:90). This cultural colonization has made many in Japan very sensitive about new concepts and technologies that appear radically foreign.

The relationship between tradition and modernity is fraught, and the brain-death debate has brought this tension to the fore. But with the considerable variation in thinking and disputes within both Japan and North America, deterministic arguments about the force of culture are inappropriate. In both locations, competing values and assumptions contribute to the meanings attributed to brain death. These disputed values are in turn intimately associated with past and present experiences of individuals; regional histories; political interest; and moral positions, which are often consciously or unconsciously infused with religious dogma and attitudes toward scientific knowledge and practices.

японців до медичної професії не можна розглядати як невід’ємну частину їхньої «культури», навіть якщо

ця культура й просякнута виразними політичними підтекстами та зумовлена певними ідеологічними інтересами?

Цілком очевидно, що поняття «культура» та «традиція», які в повсякденному мовленні часто вживаються як синоніми, насправді слугують потужними риторичними інструментами. Їхнє використання найчастіше стає сигналом про свідомий чи підсвідомий опір неможливій логіці сучасності - тобто логіці панування науки, високих технологій та відповідних соціальних інституцій, які, за твердженням їхніх adeptів, нібито мають функціонувати раціонально, без жодних культурних обмежень чи «забобонів».

Процеси секуляризації та модернізації розвивалися в Японії та Північній Америці за принципово різними траєкторіями. Японія, яка здавна славилася своєю схильністю до технологічних інновацій та майстерністю у запозиченні нового, вже до середини XIX століття чітко стала на шлях модернізації. Проте процес інтенсивної передачі наукових та інших форм знань з Європи до Японії, що почався тоді й набув особливого розмаху після закінчення Другої світової війни, деякі японські інтелектуали описують у вкрай різких тонах - як свого роду культурне насильство чи навіть згвалтування (Моріока 1995:90). Ця своєрідна культурна колонізація породила в японському суспільстві надзвичайну чутливість до будь-яких нових концепцій чи технологій, які сприймаються як щось радикально чуже, нав’язане ззовні.

Відносини між традиційним укладом та вимогами сучасності завжди були напруженими, і гостра дискусія довкола визначення смерті мозку лише вивела цю приховану напругу на передній план. Проте, зважаючи на колосальну різноманітність поглядів та внутрішніх суперечок як у самій Японії, так і в країнах Північної Америки, будь-які аргументи про те, що культура є якоюсь незмінною силою, яка наперед і фатально визначає вчинки людей, є в цьому випадку абсолютно недоречними. В обох регіонах на те, якого саме значення надають смерті мозку, впливає цілий комплекс

Because the United States and Canada are so often held to be without a culture of tradition, except that fostered by ethnic minorities, it becomes a challenge to detect something that might be called “culture” at work in the acceptance of brain death. It is difficult to take issue with a cultural assertion of “no culture” when technological innovation is synonymous with progress and the greater good of all.

On the other hand, it is all too easy to overdetermine the influence of culture in distant Japan, particularly when some Japanese and foreigners alike unabashedly cultivate nostalgia for the country’s past.

In North America, legitimization of brain death as the end of human life has rarely been contested either by medical professionals or by the public. This suggests that hegemony is effectively at work.

Brain death has been naturalized with little dispute; it is apparently logical to most of us that death can be located in the brain, and that consciousness is what makes an individual recognizably alive and fully a person.

It also appears, from surveys about attitudes toward organ donation in North America, that a majority of people favor the utilitarian use of brain- dead bodies (although practice does not bear out this finding [Protas 1994]).

In Japan, by contrast, naturalization of brain death has not been possible. Death is not readily located in the brain, nor is the essence or identity of the person; and commodification of bodies, dead or alive, creates angst.

суперечливих цінностей та припущень. Ці цінності, у свою чергу, нерозривно пов’язані з особистим досвідом людини, регіональною історією, політичними інтересами та моральними переконаннями, що часто - свідомо чи підсвідомо - просякнуті релігійними догмами або ж специфічним ставленням до наукового прогресу.

Оскільки Сполучені Штати та Канаду в науковому дискурсі зазвичай заведено вважати «безкультурними» в сенсі відсутності в них глибокої традиційної спадщини (за винятком тієї, що плекається етнічними меншинами), виявити бодай щось, що можна було б назвати впливом «культури» на процес прийняття концепції смерті мозку, стає надскладним завданням. Насправді вкрай складно знайти переконливі контраргументи проти твердження про нібито цілковиту відсутність культури, коли будь-яка технологічна інновація апіорі ототожнюється з прогресом та загальним благом для всього людства.

З іншого боку, ми надто легко припускаємо тотальний вплив культури у випадку далекої Японії - особливо тоді, коли як самі японці, так і чимало іноземців цілком відкрито й невтомно культивують ностальгію за ідеалізованим минулим цієї країни.

У Північній Америці законодавча та етична легітимізація смерті мозку як остаточного кінця людського існування майже ніколи не викликала серйозних заперечень - ані з боку професійної медичної спільноти, ані з боку широкої громадськості. Це є яскравим свідченням того, наскільки ефективно в суспільстві працюють механізми ідеологічної гегемонії. Поняття «смерть мозку» було інтегроване в суспільну свідомість як щось цілком природне; для більшості з нас здається логічним, що смерть можна локалізувати саме в головному мозку, і що наявність свідомості - це саме те, що робить людину живою істотою та повноцінною особистістю. Соціологічні опитування щодо донорства органів у Північній Америці підтверджують: переважна більшість людей схильна до суто утилітарного погляду на тіла пацієнтів із зафіксованою смертю мозку (хоча реальна медична практика далеко не завжди підтверджує ці результати (Протас 1994)).

Medicine has not been able to claim hegemony over the new death; determination of boundary formation between life and death is hotly disputed, with the result that the clinical handling of brain-dead bodies is less uniform than in North America.

Abortion, however, has long been routinized in Japan with relatively little public dispute.

Ironically, Japanese feminists often oppose the form that institutionalized abortion takes, not because they are against it in principle but because it is legitimized under an outmoded eugenics law under which the rights of women are not sufficiently recognized (Norgren 1998; Hardacre 1997; Ueno 1997).

Anthropologists worry today that culture is too often understood as a totalizing, all-or-nothing concept amenable to appropriation by those with nationalistic interests. Culture can readily be turned into an “exclusionary teleology” (Daniel 1991:8), one that mobilizes the notion of an idealized shared past, a reinvented history.

This is exactly what has happened in the Japanese brain-death debate. Dominguez argues that culture should be regarded as something invoked, not as something that simply “is” (1992:23).

This applies equally to those who lay claim to participation in a culture and to those who make claims on behalf of others about their participation in or exclusion from a culture. Unequal relationships of power, of inclusion and exclusion, exist within virtually all sociocultural complexes,

Натомість у Японії виявилось неможливим зробити так, аби концепція смерті мозку почала сприйматися як щось цілком природне та само собою зрозуміле. Тут смерть не сприймається як щось, що легко локалізувати в окремому органі, так само як і сутність чи ідентичність особи не зводиться лише до функцій мозку. Крім того, будь-яка комерціалізація чи перетворення тіла (живого чи мертвого) на товар викликає в японському суспільстві глибоку тривогу та психологічний дискомфорт. Західна медицина так і не змогла встановити свій беззаперечний авторитет та повний контроль над тим, як саме слід тлумачити це нове визначення смерті; встановлення межі між життям і буттям після нього досі є предметом запеклих інтелектуальних баталій. Це призводить до того, що клінічні протоколи роботи з тілами таких пацієнтів у Японії значно менш однорідні, ніж у Північній Америці.

Цікаво, що при цьому аборти в Японії вже давно перетворилися на рутинну медичну процедуру, яка майже не викликає публічних суперечок. Іронія ситуації полягає в тому, що японські феміністки часто виступають проти того, як саме інституціоналізовано проведення абортів, але не тому, що вони проти них як таких, а тому, що ця процедура досі регулюється застарілим законом про евгеніку, який ігнорує права жінки на власне тіло (Норгрен 1998; Хардакр 1997; Уено 1997).

Сучасні антропологи серйозно занепокоєні тим, що культура надто часто трактується як тотальне, монолітне поняття за принципом «все або нічого». Таке спрощене розуміння дозволяє легко привласнювати це поняття тим, хто переслідує вузькі націоналістичні цілі. Культуру можна без зусиль перетворити на виключальну телеологію (Даніель 1991:8) - інструмент, що мобілізує ідею якогось ідеалізованого спільного минулого чи штучно сконструйованої історії. Саме це ми і спостерігаємо в японській дискусії про смерть мозку. Як слушно зазначає Домінгес, культуру варто розглядати не як щось, що просто є за своєю природою, а як те, до чого апелюють або що запроваджують у конкретному контексті (1992:23).

Це твердження однаковою мірою стосується і тих, хто заявляє про свою приналежність до певної культури, і тих, хто робить заяви від імені інших про їхню включеність у культуру чи виключення з неї. У будь-якому

and assertions about culture are more often than not simultaneously moral and political claims.

In short, it is not appropriate to argue for essentialized cultural differences between groups of people, nor yet for essentialized similarities within any given culture. The culture concept can be understood as a *mise-en-abîme*, an endless series of self-reflecting regressions (Pollock 1992:2); a fluid, contestable entity comprising sets of practices, ideas, imagination, and discourse, much of it barely available to consciousness.

Culture in this fluid sense can be said to contribute to the brain-death debate in both Japan and North America. In Japan, culture is self-consciously called on by some as a rhetorical device to assert a moral position against recognition of brain death.

But, as I have noted, it is rejected by others as having no significant influence; and still other people, perhaps the majority, argue that shared cultural values may well be activated to cause anxiety about the idea of brain death that the media then play up.

In North America, by contrast, arguments about death are usually assumed to lie fully in the medical domain and therefore to be objective. A moral economy and a style of scientific reasoning associated with brain death are safely ensconced. The law has supported this position, and so too have most philosophical commentators. The media have been essentially silent on the matter, and culture is rarely recognized as playing an active role as a limiting force. But if we readily believe that Japanese culture is at work in arguments for rejection of brain death there, then surely we should question the assumption that dominant values make no contribution to the acceptance of a new death in North America. Could there not

соціокультурному комплексі існують нерівні відносини влади, і будь-які заяви про «культурну специфіку» частіше за все є одночасно і моральними, і політичними претензіями.

Коротше кажучи, було б великою помилкою наполягати на існуванні якихось застиглих у часі культурних відмінностей, які нібито коріняться у самій незмінній природі того чи іншого народу; так само як і на незмінних схожостях всередині однієї культури. Концепцію культури можна метафорично представити як *mise-en-abîme* (мізан-абім) - тобто як нескінченну низку віддзеркалень, де кожен образ породжує наступний, створюючи ефект безкінечної регресії (Поллок 1992:2). Культура - це не щось застигле в часі, а мінлива стихія, довкола якої постійно точаться суперечки. Вона виплітається з безлічі повсякденних звичок, ідей, образів та способів мислення, більшість із яких ми навіть не помічаємо, хоча вони незримо керують нашою поведінкою. Саме в такому живому й динамічному розумінні культура і визначає те, як говорять про смерть мозку по обидва боки Тихого океану. Якщо в Японії одні цілком свідомо використовують культурні традиції як такий собі «риторичний щит», аби захистити власні моральні переконання від натиску медичних інновацій, то інші - а таких, можливо, більшість - вважають, що ці традиційні цінності лише підживлюють те відчуття тривоги, яке згодом охоче підхоплюють і роздмухують медіа.

У Північній Америці ми спостерігаємо абсолютно протилежну картину: тут усі дискусії щодо визначення моменту смерті традиційно залишають на розсуд виключно медичної спільноти. Саме тому такі рішення априорі вважаються об'єктивними та незаперечними. Моральні установки та науковий тип мислення, на яких базується концепція смерті мозку, настільки глибоко вкорінилися в тутешню свідомість, що сприймаються як єдина істина. Правова система, як і більшість філософів-етиків, беззастережно підтримала цю позицію. Засоби масової інформації переважно зберігають мовчання, а культурний фактор практично ніколи не розглядається як реальна сила, здатна накладати якісь обмеження. Проте, якщо ми з такою легкістю готові вірити, ніби саме специфіка японської культури перешкоджає визнанню смерті мозку на Сході, то ми просто

be some premodern anachronisms lurking in our responses to the brain-dead?

зобов'язані критично глянути на власні переконання. Хіба ми можемо й надалі самовпевнено стверджувати, що панівні західні цінності не відіграють жодної ролі у формуванні нашого ставлення до цієї нової смерті? Чи не приховується за нашими, здавалося б, суто раціональними реакціями на тіла людей із померлим мозком щось інше? Можливо, там і досі чатують певні дораціональні пережитки минулого, якісь давні підсвідомі страхи, які ми вперто відмовляємося помічати, маскуючи їх науковою термінологією?

## CHAPTER 2. COMPLEXITY IN TRANSLATION OF TRANSPLANTOLOGY-RELATED DISCOURSE INTO UKRAINIAN: THE CASE OF *TWICE DEAD: ORGAN TRANSPLANTS AND THE REINVENTION OF DEATH* BY MARGARET LOCK

### 2.1 Information on the author's biography and text style

This chapter provides an overview of the author and her book *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*, as well as its main textual and translation features. Particular attention is paid to the author's academic background, the subject matter of the book, and its stylistic characteristics, as understanding the author's research interests and academic approach is essential for interpreting the text and identifying the main translation challenges.

According to the staff profile at McGill University website (2026), Margaret Lock is a prominent medical anthropologist whose research focuses on the relationship between culture, medicine, and the human body. She is a Professor Emerita at McGill University and is internationally known for her interdisciplinary work in medical anthropology and bioethics. Her research interests include embodiment, medical technologies, aging, and the cultural dimensions of health and illness. Throughout her academic career, Lock has explored how medical knowledge is shaped not only by biological discoveries but also by social and cultural contexts.

Lock's interest in medical anthropology developed partly due to her background in biochemistry studies at the University of Leeds and her deep desire to understand the connection between biological processes and their cultural interpretations around the world. In one of her interviews by Lindenberg J. to The Association for Anthropology, Gerontology and the Life Course (2014), she noted that in order to conduct medical anthropology effectively, it is essential «to grasp the fundamentals of the specific scientific or medical issue with which one is dealing». This approach is clearly reflected in her academic work, which combines ethnographic research with scientific analysis.

During her academic career, Lock conducted research on a wide range of topics, including menopause, aging, genetic testing, and organ transplantation. Her early research on menopause in Japan in the 1970s introduced her to cross-cultural differences in the understanding of the human body and health. This experience contributed to her growing interest in the ways medical concepts vary across societies. Over time, it resulted in publication of over 200 articles and co-edition of 18 books. Including, *East Asian Medicine in Urban Japan: Varieties of Medical Experience* (1980), that initiated an ethnographic comparison of medical systems in Japan and North America, demonstrating that all medical knowledge, including biomedicine, is fundamentally shaped by its specific socio-cultural and historic contexts; her first monograph *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America* which concerned the medicalization of female mid-life in Japan and North America and created the concept of local biologies; and *An Anthropology of Biomedicine* where the term “biosocial differentiation” was used and referred to the interaction of biological and social processes across time and space.

Later, Lock's investigation developed into a broader concept of how modern biomedical technologies influence definitions of life and death. These questions became central to one of her most influential works, *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. In this book, Lock examines how advances in organ transplantation have transformed traditional understanding of death. The author argues that brain death is not purely biological fact but also a socially constructed concept that is interpreted differently across cultures.

Lock's assertion is reflected in the remaining challenges facing Japan's organ transplantation system. According to Soyoma, Eguchi, and Egawa (2016, 1401-1407) despite the 2010 adoption of a revised transplant law, which increased cases from 7 in 2009 to 44 in 2011, organ donation rates remained extremely low compared to other developed nations. This statistics underscores Lock's

argument. 87% of the Japanese public shows respect for a family member's wish to donate. However, the actual reinvention of death remains stalled. Everything's due to cultural hesitancy that keeps the possession of donation cards as low as 12.6%. Thus, the Japanese context continues to demonstrate that medical technology alone cannot override the complex socio-legal and ethical frameworks that define the end of life.

Margaret Lock's *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death* is a preeminent example of non-fiction literature. The book seamlessly blends anthropological research, elements of memoir, and ethical-philosophical inquiry. Structurally, the book opens with a four-part *Preamble*, covering themes of accidental death, trauma, procurement, and the gift. It is precisely within the *Preamble* that the elements of memoir are most visible. Lock uses these introductory sections to ground her complex anthropological theories in personal narrative and firsthand clinical observations. By identifying this part as a memoir, Lock, according to Judith Barrington (2007, 109-110) enters into a contract with her reader. Unlike fiction, where events or dialogues may be imagined to improve a story, the memoirists's raw material is limited strictly to what has actually been experienced. This distinction is vital. It prompts the reader to approach the text with the understanding that this really happened. Whilst Lock uses narrative techniques to make the material accessible, she honors this contract by relying on facts rather than imagination.

This is followed by 14 numbered chapters that delve into the global debate over brain death. The work concludes with a section of *Reflections*, where Lock synthesizes her findings. Each section explores a different dimension of how modern biotechnologies have fundamentally altered the definitions of life and death.

A significant virtue of *Twice Dead* is its ability to delve into the social death of the individual while remaining grounded in empirical reality. She incorporates personal stories of patients, donor families, and medical professionals into her narrative to humanize the scientific and bureaucratic processes she discusses.

This book, blending popular science, history of transplantology, and memoir, is firmly classified as non-fiction. It adheres to the genre's principle of «maximum truthfulness not only in terms of content but also in the documentation of individual scenes and cultural observations» (Sitko A., Semyhiniivska T., Struk I., 2023, 156). Ultimately, *Twice Dead* balances accessibility for a broad audience with the scientific accuracy required for academic discourse. Lock clearly explains complicated moral dilemmas surrounding the end of life. Her style is characterized by a dialogue with the reader, skillfully combining factual precision with human stories, making it an essential text for both specialists and the general public.

Thus, *Twice Dead* serves as an exemplary work for translation, offering a unique opportunity to navigate the contract between scientific precision and personal narrative.

## 2.2 Text characteristics

In this subchapter, the translated text is analysed within the framework of medical discourse, with particular attention paid to its linguistic, stylistic, and communicative features. The aim is to examine how medical knowledge, professional interaction, and patient experience are represented in the source text and how these elements must be approached when rendering it in translation from English into Ukrainian.

Medical discourse is a complex phenomenon that covers not only communication among healthcare professionals but also interaction between the medical field and the wider public, including patients and their families, as noted by Pilar Ordóñez-López and Nuria Edo-Marzá (2016, 1-4). Given that «medicine has always occupied a prominent place in all cultures and times ... that it affects the health and lives of all human beings», its modes of communication require careful linguistic and analytical consideration.

One of the defining features of contemporary medical discourse is the process of popularization, aimed at making specialized knowledge accessible to non-experts, as as Pilar

Ordóñez-López and Nuria Edo-Marzá emphasize (2016, 1-4). This tendency is closely connected with the shift toward patient-centred healthcare, which has triggered interest in communication issues. Thus, the discourse of medicine is yneractive and social, and it becomes essential to understand how it is «articulated and shaped to achieve successful communication, according to the different aims and settings involved».

From a linguistic perspective, the concept of discourse itself remains ambiguous. As noted by Darly Ofica (2018, 1-5), the term «discourse» is a complex interpretation, often considered ambiguous due to its broad range of meanings. Within applied linguistics, discourse is generally understood as «the speech patterns and how language, dialect, and acceptable statements are used in a particular community». In the sense, discourse reflects not only language use but also social interaction.

Thus, an important component of medical discourse is communication in its various forms. This makes it critical for both the medical professional and the linguist to understand how it is shaped to achieve successful communication, depending on the aims and settings involved. In the book under research, this communicative dimension is realized through multiple interactional levels, including doctor-doctor, doctor-patient interaction, as well as communication between recipients and donor families.

This communicative nature of medical discourse is reflected not only in interpersonal interaction but also in highly standardized written sub-genres. Particularly illustrative example within the analyzed text is presented through the use of discharge summary. This part of the book constitutes the opening segment of the narrative and reflects a highly conventionalized sub-genre of written medical communication. It is characterized by precision, conciseness, and functional orientation. As noted in medical discourse studies by Jordon Wisest, Alana Harper, and Peter Jones (2014, 1-9), a discharge summary is both a record of a patient's visit to hospital and the primary means of communication between its workers, which highlights its dual communicative function. Furthermore, «it is imperative that a discharge summary effectively delivers the necessary information for ongoing care by a patient's GP in a timely manner», emphasizing its practical role in ensuring continuity of treatment.

From a structural perspective, this sub-genre demonstrates a high-degree of standardization. Although a wide range of elements may be included, according to Jotdon Wimsett, Alana Harper, and Peter Jones, the most essential components typically comprise discharge diagnosis, treatment provided, results of investigations, and follow-up plan (2014, 1-9). These features clearly position the discharge summary within the framework of institutional medical discourse, where clarity and efficiently of information transfer are of primary importance.

In the context of the analyzed book, the inclusion of a discharge summary as one of the initial sections reinforces the authenticity of the narrative. Additionally, it illustrates how clinical documentation functions as an integral part of medical discourse, bridging professional communication and its representation for a broader audience.

Furthermore, medical communication is often structured and goal-oriented. For instance, studies of end-of-life interactions by Ellen Barton (2006, 25-26) identify several phases, including the Opening, the Description of Current Status, the Decision-Making, and the Logistics of Dying, each fulfilling a specific communicative function. Such structuring reflects the need to guide participants through complex and emotionally charged decisions, particularly in critical care contexts.

Thus, the text under analysis clearly reflects this complexity of communication. Through narrative fragments and recollections, the author presents multiple communicative levels. This demonstrates that medical discourse is not limited to the transmission of clinical data but involves negotiation of meaning within sensitive and often morally complex situations.

In *The Handbook of Discourse Analysis*, Ainsworth-Vaughn N. (2001) characterizes medical discourse as inherently unpredictable. While communicative practices can differ depending on the context, many of the core speech activities in medical interactions share similarities with everyday conversational patterns (p. 454). One further notable feature of the medical discourse in the work under analysis is the frequent use of mixed terminology. In the context of popular science writing,

the author combines specialized terms with clear explanations, which helps make complex medical concepts more understandable for a broader audience.

In our translation project, particular attention was paid to the analysis of mixed terminology. The identified terms were grouped according to their semantic domains, including medical conditions, anatomy and physiology, diagnostics and tests, medical procedures, healthcare staff and hospital units, as well as drugs and infusions. Such classification demonstrates the multidimensional nature of medical terminology and reflects the diversity of knowledge areas involved in medical discourse.

From a linguistic perspective, this mixed terminology also represents different types of lexical origin and functional usage of terms. As stated by R. Povoroznyuk (2022, 69-70) a significant proportion of medical terms are of Greek and Latin origin, which traditionally constitute the core of professional medical vocabulary and ensure terminological precision and international consistency. Alongside these, the text contains native English equivalents, which are often used in patient-oriented contexts to enhance clarity and comprehension. In addition, hybrid formations combining classical and vernacular elements can be observed, as well as neologisms, which emerge in response to ongoing developments in medical discourse.

This variation in terminology directly affects translation strategies. While classical terms often have stable equivalents in Ukrainian due to the shared Greco-Latin foundation of both terminological systems, native or simplified expressions may require careful selection of functional equivalents to preserve both meaning and accessibility. Moreover, the presence of hybrid and newly coined terms may necessitate the use of transcoding techniques, such as transcription or transliteration.

From a translational standpoint, according to R. Povoroznyuk (2022, 236), it is also important to distinguish between medical terms, notions, and concepts. A medical term is typically a monosemantic unit with a fixed meaning and a direct dictionary equivalent. In contrast, medical notions include additional description and therefore require context-sensitive rendering. Concepts are broader cognitive structures and may extend beyond individual lexical units and demand interpretative translation strategies.

*«CAT scan of the head done in the ER showed multiple skull fractures with bilateral intraventricular bleeds, subarachnoid hemorrhage and hydrocephalus with a small left epidural hemorrhage.» (Lock M., 2002, 15)*

*«Patient was transferred to SICU [surgical intensive care unit] at 01: 50, where he was hyperventilated; a mannitol drip was started. » (Lock M., 2002, 15)*

Let's look at some medical terms we found in the text, mostly in the discharge summary:

Thus, the analysis of mixed terminology in the book demonstrates that medical discourse operates at multiple linguistic and conceptual levels. This complexity requires the translator to balance terminological accuracy with communicative clarity, especially in texts that combine professional medical content with elements of popular science narration.

Furthermore, scientific communication is theoretically impossible without intertextuality, a feature of scientific discourse based on the texts of primary sources and their concepts. Although the term intertextuality was introduced by Julia Kristeva in 1966 (Zengin, 2016, 300), the phenomenon itself dates back to antiquity, when the first recorded texts and discursive practices emerged. In its simplest sense, intertextuality refers to the way texts borrow words, ideas, and conceptual frameworks from one another. A text may incorporate elements of prior or contemporary discourse through quotations, references, allusions, epigraphs, or implicit connections, thus forming part of a broader network of meaning (301). In the text under analysis we have found following types of intertexts: epigraphs, references, and quotations.

In this regard, intertextuality can be understood as a dynamic and ongoing process, presenting any text as «a growing, evolving, never-ending process» (Irwin, 2004, 232). It not only highlights the interconnectedness of texts within a single discipline but also reflects interdisciplinary links between different fields of knowledge. In scientific and medical discourse, intertextuality plays a crucial role

in ensuring continuity of knowledge, as well as in legitimizing arguments through reference to established research and clinical practice.

Let's consider a few examples of intertextuality in the book under research:

«“ *Citing tradition, culture and religious concerns, Japan has rejected medical advances that have given thousands of critically ill people around the world a second chance at life*” (Jordan 1996)». (Lock M., 2002, 43)

«*Dominguez argues that culture should be regarded as something invoked, not as something that simply “is” (1992:23)* ». (Lock M., 2002, 45)

The theoretical considerations outlined above make it possible to formulate several practical principles that should guide the translator when working with medical discourse. In addition to understanding terminology, its etymology, and conceptual structure, it is equally important to consider how the source text is prepared, since its quality directly influences the accuracy and reliability of the translation. The International Medical Interpreters Association provides a set of important recommendations for preparing a medical text for translation, which can be summarized as follows: 1) The original text should be easy to understand, accurate, and mostly free from figurative language; 2) it should remain culturally neutral; 3) the level of difficulty must be suitable to ensure it is accessible to a general reader; 4) the material should be structured in a way that supports data reuse; 5) consistent use of terminology is essential; 6) where appropriate, explanatory notes for specific terms should be included; 7) any mistakes in the source text need to be corrected before translation; 8) complicated formatting should be minimized; 9) contact details, when relevant, should be provided; 10) an organized approach to document management should be in place; 11) the cultural, legal, and functional needs of the intended audience should be carefully considered (Txabarriaga, 2009, 6-7).

In conclusion, the interdisciplinary nature of medical discourse studies, drawing on applied linguistics, sociology, cognitive linguistics, and anthropology, allows for a more nuanced understanding of how medical knowledge is constructed and communicated. Within this framework, medical discourse is viewed as deeply embedded in social and cultural practices. Thus, the theoretical perspective outlined above provides the basis for analyzing the translated text, focusing on how medical terminology, narrative strategies, and communicative patterns interact to convey meaning, and how these elements are adapted in the process of translation.

### **2.3 The ways of rendering medical terms and intertexts**

The following subchapter focuses on the analysis of selected examples from the book and their translation into Ukrainian. The aim of this part is to demonstrate how medical terminology and intertextual references function in real textual contexts, as well as to identify the translation techniques and strategies used to render specialized medical content.

The methodological framework of our analysis is grounded in established translation studies approaches. In particular, it draws on the typology of translation techniques proposed by Molina and Albir (2002, 509).

Within the scope of this translation project, a total of 173 medical terms were identified and analyzed including such topics as medical conditions, anatomy, tests and diagnostics, procedures, staff and units, and drugs and infusions. It was observed that the choice of translation strategy largely depends on factors such as terminological standardization, the level of specialization of the term, its transparency for the target audience, and the communicative purpose of the text.

An additional stylistic feature of the source text is the presence of authorial explanatory notes accompanying certain concepts and references. These notes serve to clarify complex medical or contextual elements for the reader, thereby reinforcing the text's accessibility and aligning it with the principles of popular science medical discourse. From a translational perspective, such elements

require careful handling, as they often combine terminological precision with explanatory or interpretative functions.

To provide accurate translation of medical terminology in *Twice Dead* by M. Lock Established equivalent, Borrowing, Calque were frequently applied in the process of translation. As far as the context, Literal translation and Amplification prevailed.

Consider the following examples of complex medical terminology translation:

«Cefazolin 2 g and a 200 mg bolus of Propafol were also administered.» (Lock M., 2002 p. 15)

«Також пацієнту ввели 2 г цефазоліну та болюсну дозу пропофолу (200 мг)».

The terms «Cefazolin» and «Propafol» belong to the category of drugs and infusions. Their translation into Ukrainian as «цефазолін» and «пропофол» demonstrates the use of Naturalized borrowing as both terms are transferred with phonetic adaptation due to their international character and widespread use in medical discourse. These lexical units originate from Greco-Latin terminology, which ensures their cross-linguistic recognizability and facilitates their integration into Ukrainian medical usage.

The term «bolus» has Greco-Latin origin with one of the meanings of a single dose of measured amount of drug. Thus, translation as «болюсна доза» is the use of Borrowing in combination with Amplification to specify the action done. Additionally, Amplification was used to clarify that injection was applied to the patient (пацієнту). The verb phrase «were also administered» is translated as «ввели» using Modulation to preserve its procedural meaning. While adapting to natural Ukrainian syntax, Modulation (syntactical) was applied in the process of translation.

«He was intubated at 00:42 with a #8 orotracheal tube, according to trauma protocol; paralyzed with 100 mg succinylcholine and administered 100 mg of lidocaine. Three more large-bore IVs were started.» (Lock M., 2002 p. 14)

«О 00:42, згідно з протоколом надання допомоги при важких травмах, пацієнту провели інтубацію трахеї з використанням оротрахеальної трубки №8; для паралізації введено 100 мг сукцинілхоліну, а також призначено 100 мг лідокаїну. Додатково встановлено три великопросвітні внутрішньовенні катетери.».

This segment contains a combination of terminology from several thematic groups, namely procedures, drugs and infusions, and clinical protocols. The term «intubated» is translated as «провели інтубацію трахеї», where we added few word units via Amplification to specify from the context at which part of the body the intubation is done, the name of the process itself was rendered via Borrowing. The specification «orotracheal tube» as «оротрахеальна трубка» reflects Borrowing for the first word, but the structure and meaning of the compound term are directly preserved via Calque.

The pharmacological terms «succinylcholine» and «lidocaine» are internationally standardized drug names of Greek and Latin origin, they were rendered as «сукцинілхолін» and «лідокаїн» with the use of Borrowing to preserve their standardized names.

The phrase «large-bore IVs» is translated as «великопросвітні внутрішньовенні катетери», which combines Literal translation and reducing the use of abbreviation for «внутрішньовенні» to ensure the understanding of the text by wider audience and Established equivalent for «великопросвітні» ensuring precision in conveying the functional characteristics of the medical device.

«Patient was transferred to SICU [surgical intensive care unit] at 01:50, where he was hyperventilated; a mannitol drip was started. Neurosurgeons installed an ICP monitor which showed

*a pressure of 15 mm mercury. C3 transverse process fracture on CT also noted». (Lock M., 2002 p. 15)*

*«О 01:50 пацієнта переведено до відділення інтенсивної хірургічної терапії (ВІТ), де йому проведено гіпервентиляцію легень; було розпочато крапельне введення манітолу. Нейрохірурги встановили монітор внутрішньочерепного тиску (ВЧТ), який зафіксував показник 15 мм рт. ст. На знімках КТ також було додатково виявлено перелом поперечного відростка хребця С3».*

This example integrates terminology from multiple categories: medical conditions, diagnostics/tests, procedures, and drugs and infusions.

In the source text, the term SICU (surgical intensive care unit) is rendered into Ukrainian as «відділення інтенсивної хірургічної терапії». This translation involves Calque and, at the same time, a structural Modulation is observed, as the word «відділення» is placed in the beginning of the phrase, whereas in English it appears in the final position.

The term «hyperventilated» is translated as «гіпервентиляцію» via Borrowing and Transposition. Similarly, «mannitol drip» reflects Borrowing, given its international usage and classical origin. Additionally, Particularization was done with Amplification of the word «легень».

The diagnostic term «CT» is translated as «КТ», representing an established equivalent. The phrase «C3 transverse process fracture» demonstrates Literal translation, accurately reproducing the anatomical structure and maintaining terminological clarity.

Another distinctive feature of the analyzed text is the active use of terminology related not only to clinical practice but also to the legal and bioethical domain, particularly in the context of organ donation, transplantation, and end-of-life decision-making. This layer of discourse reflects the intersection between medicine and law, where precision of meaning is crucial for both ethical and procedural reasons.

Consider the following examples:

*«Parents agreed that once apnea test was repeated and was positive, they would consent to withdraw active treatment, including ventilator. » (Lock M., 2002 p. 16)*

*«Батьки дали згоду на те, що у разі позитивного результату повторного тесту на апное, активне лікування буде зупинено, зокрема й штучну вентиляцію легень.»*

The phrase «consent to withdraw active treatment» is translated as «дали згоду... буде зупинено», which represents an Established equivalent in legal-medical discourse, as the concept of informed consent is standardized across both systems.

*«With the patient legally dead, care of the organs, rather than of the person, became the dominant concern». (Lock M., 2002 p. 19)*

*«Відтепер, коли пацієнтку юридично визнали мертвою, головною турботою лікарів стала вже не вона сама, а життєздатність її органів».*

The expression «legally dead» is translated as «юридично визнали мертвою», which is a clear Established equivalent in the intersection of legal and medical discourse.

*«The death certificate was signed. By this time it was known that the patient had signed her donor card and that her next of kin supported donation.» (Lock M., 2002 p. 19)*

*«Свідоцтво про смерть було підписано. На той момент з'ясувалося, що жінка за життя підписала картку донора, а її родичі повністю підтримали це рішення.»*

The expressions «death certificate is rendered as «свідоцтво про смерть» using an Established equivalent, as it belongs to the set of officially recognized translations of legal documents in Ukrainian. The phrase «donor card» is rendered as «картку донора» representing Literal translation. However, a structural Modulation is applied too to conform to natural Ukrainian syntax. Notably, «донорська картка» is one of the established variants. The phrase «supported donation» is translated as «підтримали це рішення», which involves Generalization, as the specific term “donation” is translated by the more general Ukrainian expression «це рішення».

*«... and commodification of bodies, dead or alive, creates angst». (Lock M., 2002 p. 45)*

*«Крім того, будь-яка комерціалізація чи перетворення тіла (живого чи мертвого) на товар викликає в японському суспільстві глибоку тривогу та психологічний дискомфорт».*

This example moves beyond strictly clinical terminology into the sphere of bioethical and philosophical discourse. The term «commodification of bodies» is rendered as «комерціалізація чи перетворення тіла на товар», which combines Descriptive translation for the second part of the expression, since the concept is explained rather than directly translated. The term «комерціалізація» is translated via Literal translation.

Across the analyzed examples, the translation of medical terminology and terms related to bioethics and legal field demonstrates a consistent reliance on Borrowing for internationally recognized drug names, Established equivalents for standardized clinical terms, and Literal translation for structurally transparent multi-component expressions. The presence of terms of Greek and Latin origin facilitates equivalence between English and Ukrainian, while occasional Amplification and Descriptive elements enhance accessibility for non-specialist readers, reflecting the hybrid nature of popular medical discourse.

### **Intertextuality.**

Intertextuality represents a fundamental characteristic of scientific and medical discourse, enabling the text to function as a space where different voices, cultural references, and knowledge systems intersect. In the analyzed material, intertextual elements play a significant role in constructing argumentative depth and situating medical issues within broader socio-cultural and ethical frameworks.

A notable illustration of intertextual framing is provided through the epigraph in the beginning of the chapter *The Uses of Culture*, which explicitly problematizes the concept of culture:

*«Everyone knows what cultural anthropology is about: it's about culture. The trouble is that no one is quite sure what culture is. Not only is it an essentially contested concept, like democracy, religion, simplicity, or social justice; it is a multiply defined one, multiply employed, ineradicably imprecise... It is fugitive, unsteady, encyclopedic, and normatively charged, and there are those, especially those for whom only the really real is really real, who think it vacuous altogether, or even dangerous, and would ban it from the serious discourse of serious persons. Clifford Geertz, Available Light» (Lock M., 2002, 42).*

*«Біда в тому, що ніхто достеменно не знає, що таке культура: це спірне, невикорінно нечітке й перевантажене сенсами поняття, яке одні вважають необхідним для розуміння людського світу, а інші — порожньою або навіть небезпечною абстракцією, яка негідна серйозного інтелектуального дискурсу. Кліффорд Гіртц, «Доступне світло»».*

We know that epigraphs are short and laconic. In the first phrase there was information about science to learn about culture. In the second – some facts about unawareness in culture. To preserve main idea that culture is not familiar to us at all, Reduction was applied to shorten unnecessary information without any damage to the main idea. Information about other concepts and indefinite thoughts about them were also under the Reduction in translation to keep main idea and to avoid ramification of thoughts.

In case of definition of culture, several techniques were applied to provide ethically and philosophically correct translation of it. The first term «fugitive» was generalized to avoid bold interpretation of the concept of culture. The term “unsteady” was intensified by Amplification of the level of uncertainty in Ukrainian – невикорінно.

Another terminological phrase «encyclopedic, and normatively charged» was rendered as «перевантажене сенсами поняття» creating wider sense of this concept. It was achieved with the use of Modulation.

As for philosophical reflection on the perception of culture concept by different groups of people, the first part of it - «there are those, especially those for whom only the really real is really real» - was rendered as «яке одні вважають необхідним для розуміння людського світу» with Modulation applied for clarification of philosophical thoughts to the readers, who are not aware in how to read their thoughts behinds the lines.

Final phrase of epigraph, «who think it vacuous altogether, or even dangerous, and would ban it from the serious discourse of serious persons» has its reflection in Ukrainian with «а інші — порожньою або навіть небезпечною абстракцією, яка негідна серйозного інтелектуального дискурсу», where the concept of culture is rendered with Reduction of the word «altogether» in the first part and Amplification of the word «абстракцією» in the second to simplify and at the same time, to clarify this concept to the readers. And the author’s thoughts about the audiences to discuss it were represented in Ukrainian by a little different angle due to the use of Modulation, but, generally didn’t lose the concept itself.

Another important type of intertextuality is the incorporation of journalistic and media references, which connect medical discourse to public communication and ethical debates. For instance, the reference to *The Guardian Weekly* and *The Washington Post* situates the narrative within a real-world media context, emphasizing the global visibility of transplant-related issues:

*«The Guardian Weekly of August 4, 1996, reprinted an article from the Washington Post about twenty-three-year-old Kiuchi Hirofumi under the headline “Japanese are Dying for a Transplant». (Lock M., 2002, 43)*

*«У номері тижневика “Зе Гардіан Віклі” (The Guardian Weekly) від 4 серпня 1996 року було передруковано статтю з “Вашингтон Пост” (Washington Post) про долю двадцятитрирічного Кіючі Хірофумі під промовистим заголовком: «Японці вмирають в очікуванні на трансплантацію»».*

The Ukrainian translation employs a combination of borrowing for proper names of media outlets and calque for the headline structure, ensuring both recognizability and semantic transparency. Thus, newspapers titles were rendered with the use of Borrowing. To be precise, by Peter Newmark’s (2009, p. 81) classification of Proper names translation both were transliterated. As far as both newspapers are very famous, their purely borrowed titles were added in brackets.

To provide clear and understandable information to the readers Amplification of «У номері тижневика» was applied in the process of translation. Other cases of Amplification appliances within translation were important in the information about Japanese young man. «Долю» was added in translation to clarify situation described in the article. Without this Amplification, the represented information would change its mood for Ukrainian readers. As for «промовистим» - it was necessary to reinforce the tragic title of the newspaper article followed by this information. And the last case of Amplification of the phrase «в очікуванні» in Ukrainian translation was necessary to clarify the medical procedure of waiting for transplant, not fighting and dying for it as it could be interpreted with Literal translation.

Similarly, the inclusion of sociological data, for example, “twenty-three-year-old” as «двадцятитрирічного» is translated using Literal translation for the syntactic structure of the statement. The citation itself is preserved as an intertextual marker of scientific authority, reinforcing

the evidential basis of the discussion, as citations are traces, according to Kathryn A. Mariner (2021, 217):

*«It also appears, from surveys about attitudes toward organ donation in North America, that a majority of people favor the utilitarian use of brain-dead bodies (although practice does not bear out this finding [Prottas 1994])».* (Lock M., 2002, 45)

*«Соціологічні опитування щодо донорства органів у Північній Америці підтверджують: переважна більшість людей схиляється до суто утилітарного погляду на тіла пацієнтів із зафіксованою смертю мозку (хоча реальна медична практика далеко не завжди підтверджує ці результати (Prottas 1994))».*

At the beginning of the first sentence, the phrase «it also appears» is rendered as «підтверджують», which constitutes a case of Modulation, as neutral expression in English is replaced by a more assertive verb in Ukrainian reflecting the difference in communicative conventions and resulting in more categorical tone in the target text.

The element «about attitudes» is omitted in the translation via Reduction, since the meaning is partially conveyed later in the second part of quotation.

The verb «favor» is translated as «схиляється», representing another instance of modulation, where the absolute meaning of preference in English is softened into a more gradual approach in Ukrainian, shifting the perspective of the statement.

The phrase, «the utilitarian use» is rendered as «суто утилітарного погляду», which involves both Borrowing (утилітарного) and Modulation, as the concept of «use», practical application, is interpreted as «view» or even «attitude». Additionally, the inclusion of «суто» represents Amplification, emphasizing the exclusivity of the utilitarian view.

The expression «brain-dead bodies» is translated as «тіла пацієнтів із зафіксованою смертю мозку». This is an example of Amplification, adding «пацієнтів» and «зафіксовано» to add precision and clarify information to Ukrainian readers.

One of other distinctive features of this citation is the use of parentheses «(although practice does not bear out this finding [Prottas 1994])» Here, the word «practice» is rendered as «реальна медична практика», which involves Amplification to specify that the reference is to official medical practice rather than any abstract criminal notion of practice. The whole clause is rendered as «практика далеко не завжди підтверджує ці результати». This represents Modulation to soften English categorical negation in Ukrainian.

A further layer of intertextuality is represented by direct quotations from individuals involved in medical and transplant experiences, which introduce a subjective, emotionally charged dimension into the discourse.

For example:

*«It quotes Kiuchi as saying, “I feel that I was supposed to be killed by Japan, by the Japanese government, Japanese tradition, Japanese culture. If I had stayed there I would have died»».* (Lock M., 2002, 43)

*«Журналісти також наводять слова самого Кіючі: «Я відчуваю, що мене мали вбити сама Японія, японський уряд, японська традиція та японська культура. Якби я залишився вдома, я був би вже мертвий»».*

In translation, this fragment is rendered through Literal translation combined with Modulation, where repetitive structures are slightly reorganized to maintain naturalness in Ukrainian while preserving the emotional intensity of the statement. The accumulation of references to «Japan» is retained as a stylistic feature emphasizing systemic responsibility. Talking of grammar, in SL quoted material should be seamlessly integrated into the text both grammatically and rhetorically,

following the same rules of grammar and punctuation as the rest of the sentence (Lorelei Lingard, 2019, 363), but in TL punctuation changes were done to correspond to Ukrainian grammar.

The addition of the word «журналісти» represents Amplification, as it clarifies the authorship of the quotation, which is implicitly indicated in the source text. The adverb «there» is rendered as «вдома», which constitutes Particularization, as the more general reference is replaced by a culturally and contextually specific notion referring to the speaker's home country.

Furthermore, the verb «died» is translated as «мертвий» via Transposition, as the grammatical category shifts from a verb to an adjective, contributing to a more natural rendering of the statement to the Ukrainian reader.

Another example:

*«My doctor said to me, «From now on you're married to the transplant unit»».* (Lock M., 2002, 30)

*«Мій сімейний лікар якось напівжартома сказав мені: «Відтепер ти навіки одружений із нашим трансплантаційним відділенням»».*

Here, the metaphor of being married to the transplant unit is preserved via Literal translation to adjust it to Ukrainian expressive norms, making the metaphor remain culturally resonant.

The phrase «my doctor» is rendered as «мій сімейний лікар» via Amplification, as the addition of the word «сімейний» adapts to the Ukrainian healthcare system.

The expression «from now on» is translated as «відтепер ... навіки» which can be interpreted as an Established equivalent of a cliché to reinforce the metaphorical meaning.

Furthermore, the insertion of «напівжартома» represents another case of Amplification, as it explicitly conveys the speaker's tone, which remains implicit in the source text. Moreover, this addition enhances pragmatic clarity and aligns the utterance with Ukrainian communicative norms, where such nuances are often verbalized.

Overall, the analyzed intertextual elements demonstrate that the text is constructed not only as a medical narrative but also as a multidimensional discourse integrating journalism, sociology, personal testimony, and cultural critique. From a translational perspective, such diversity requires a flexible combination of strategies, including Transliteration, Calque, Established equivalents, Literal translation, Reduction, Modulation, and Amplification, depending on the communicative function and degree of cultural specificity of each intertextual element.

## CONCLUSIONS

The present translation project is based on selected fragments of *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death* by Margaret Lock, which were examined with the aim of identifying the key translation strategies applied to medical terminology and intertextual elements. The analysis confirms that the book belongs to the genre of medical non-fiction, combining anthropological inquiry with clinical discourse and ethical reflection. The author presents complex issues related to brain death and organ transplantation in a way that is accessible to a broader audience, which necessitates a balanced approach to translation, ensuring both precision and clarity.

The objectives set in the study have been fully achieved. In particular, the textual characteristics of the work were outlined, selected chapters were translated, and medical terms and intertextual elements were identified and systematised. Furthermore, the translation techniques used in rendering these elements were analysed and explained. The terminology in the text was classified into the following thematic groups: medical conditions, anatomy, tests and diagnostics, procedures, staff and units, and drugs and infusions. According to the obtained data, the largest proportion is represented by terms related to medical conditions (30%) and anatomy (27%), followed by staff and units (16%), procedures (10%), tests (9%), and drugs and infusions (7%) (see Appendix A).

The analysis of translation techniques was conducted in accordance with the classification proposed by Molina and Hurtado Albir. The findings demonstrate Establishment equivalent (23%) is the most frequently applied technique. It is followed by Borrowing (20%), Amplification (18%), and Literal translation (18%). Other techniques, such as Calque (6%), Modulation (5%), Transposition (4%), Reduction (2%), Particularization (2%), Generalization (1%), and Descriptive translation (1%), were employed depending on contextual and pragmatic factors (see Appendix B).

In addition to terminology, particular attention was given to intertextuality, which constitutes an essential feature of the analysed text. The study revealed that quotations are the most frequent type of intertext (72%), followed by references to external sources (26%) and epigraphs (3%) (see Appendix C).

Overall, the results of the project highlight the importance of combining terminological accuracy with sensitivity to discourse features when translating medical non-fiction.

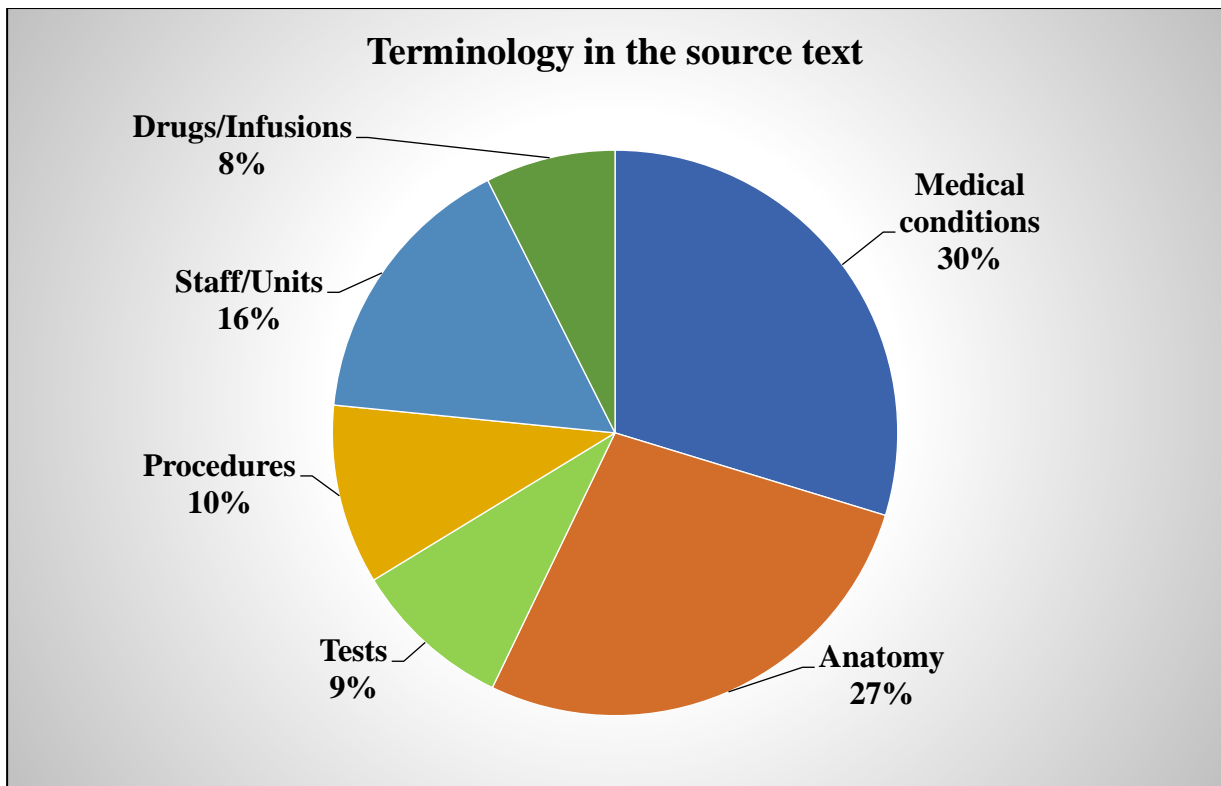
## LIST OF REFERENCES

1. Ainsworth-Vaughn, N. (2001). The discourse of medical encounters. In D. Schiffrin, D. Tannen, & H. E. Hamilton (Eds.), *The handbook of discourse analysis* (pp. 453–469). Blackwell Publishers.
2. Barrington, J. (2007). Writing the memoir. In S. Earnshaw (Ed.), *The handbook of creative writing* (pp. 109–115). Edinburgh University Press. <https://thuvienso.dau.edu.vn:88/bitstream/DHKTDN/6389/1/The%20handbook%20of%20creative%20writing.5762.pdf>
3. Barton, E. (2007). Situating end-of-life decision making in a hybrid ethical frame. *Communication & Medicine*, 4(2), 131–140. <https://doi.org/10.1515/CAM.2007.017>
4. Buurma, R. S. (2019). Epigraphs. *Book Parts*, 168–170. <https://works.swarthmore.edu/fac-english-lit/375>
5. Irwin, W. (2004). *Against intertextuality*. [https://www.academia.edu/7173442/Against\\_Intertextuality](https://www.academia.edu/7173442/Against_Intertextuality)
6. Lindenbergh, J. (n.d.). *AAGE interview with anthropologist Margaret Lock*. *Anthropology & Aging*. Retrieved May 29, 2026, from <https://anthropologyandgerontology.com/aage-interview-with-anthropologist-margaret-lock/>
7. Lingard, L. (2019). Beyond the default colon: Effective use of quotes in qualitative research. *Perspectives on Medical Education*, 8(6), 360–364. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40037-019-00550-7.pdf>
8. Lock, M. (2002). *Twice dead: Organ transplants and the reinvention of death*. University of California Press. <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pn7ph>
9. Lock, M. (2026). *Staff profile*. McGill University. Retrieved March 20, 2026, from <https://www.mcgill.ca/ssom/staff/lock>
10. Mariner, K. A. (2022). Citation. *Feminist Anthropology*, 3(2), 214–219. <https://doi.org/10.1002/fea2.12074>
11. Merriam-Webster. (n.d.). *Merriam-Webster medical dictionary*. Retrieved March 20, 2026, from <https://www.merriam-webster.com/>
12. Molina, L., & Hurtado Albir, A. (2002). Translation techniques revisited: A dynamic and functionalist approach. *Meta: Journal des traducteurs*, 47(4), 498–512. <https://www.erudit.org/en/journals/meta/2002-v47-n4-meta688/008033ar/>
13. Newmark, P. (2009). *A textbook of translation*. Pearson Education Limited.
14. Ofica, D., & Hamuddin, B. (2018, January 18). *An overview of medical discourse studies: Cultural variation across genres and registers*. OSF Preprints. <https://osf.io/eu3y5>
15. Ordóñez-López, P., & Edo-Marzá, N. (2016). Medical discourse: Building bridges between medicine and society. In P. Ordóñez-López & N. Edo-Marzá (Eds.), *Medical discourse in professional, academic and popular settings* (pp. 1–8). Multilingual Matters. <https://doi.org/10.21832/9781783096268-002>
16. Soyama, A., Eguchi, S., & Egawa, H. (2016). Liver transplantation in Japan. *Liver Transplantation*, 22(10), 1401–1407. <https://doi.org/10.1002/lt.24502>
17. Txabarriaga, R. (2009). *Guide on medical translation*. International Medical Interpreters Association. <https://www.imiaweb.org/uploads/pages/438.pdf>
18. Wimsett, J., Harper, A., & Jones, P. (2014). What makes a good quality discharge summary? *Emergency Medicine Australasia*, 26, 430–438. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12285>
19. Zengin, M. (2016). An introduction to intertextuality as a literary theory: Definitions, axioms and the originators. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute*, 50, 299–327.
20. Поворознюк, Р. (2022). Відтворення медичних концептів у науково-популярній літературі. *Нова філологія*, 85, 234–239. <https://doi.org/10.26661/2414-1135-2022-85-32>
21. Поворознюк, Р. (2024). Методологічні засади еквівалентного відтворення й прагматичної адаптації англomовної науково-популярної прози в царині медицини. <https://doi.org/10.32782/2617-3921.2024.26.108-115>

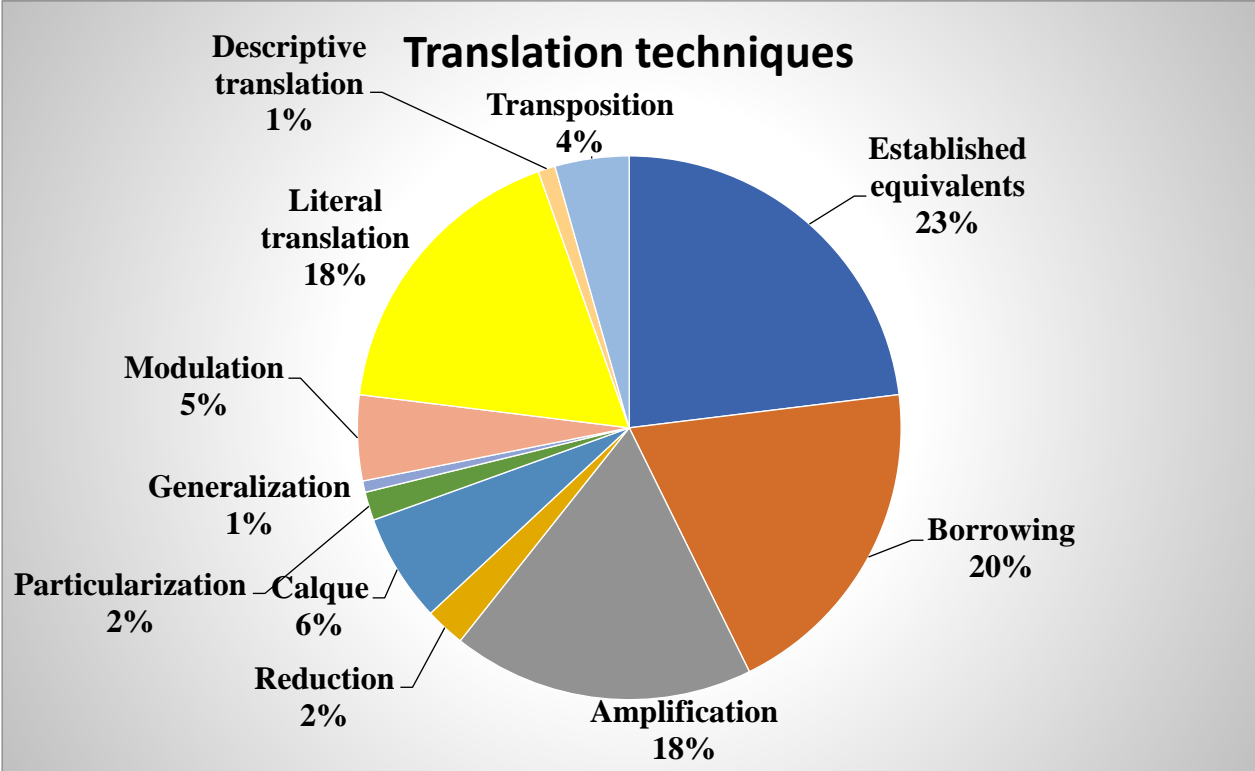
22. Сітко, А. В., Семигінівська, Т., & Струк, І. (2023). Особливості відтворення текстів жанру нон-фікшн. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Філологія*, 59(3), 155–158. [https://vestnik-philology.mgu.od.ua/archive/v59/part\\_3/35.pdf](https://vestnik-philology.mgu.od.ua/archive/v59/part_3/35.pdf)

# APPENDICES

## Appendix A



Appendix B



Appendix C

