

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт философии Российской академии наук

«Допустить к защите»

Руководитель сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики,
в.н.с., д.ф.н. Попова Ольга Владимировна

_____ (подпись)

« ____ » _____ 20__ г.

Патракова Алина Павловна

**НАУЧНЫЙ ДОКЛАД
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАУЧНО-КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ**

**«Проблема границы между жизнью и смертью
в контексте современных реанимационных технологий:
философско-методологический анализ»**

по направлению 47.06.01 Философия, этика и религиоведение
направленности (профилю) 09.00.08 Философия науки и техники

Научный руководитель: д.ф.н., в.н.с., руководитель сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Попова Ольга Владимировна

Рецензенты:

д.ф.н., гл.н.с. сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН
Тищенко Павел Дмитриевич

д.ф.н., к.мед.н., профессор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Иванюшкин Александр Яковлевич

Дата защиты:

« ____ » _____ 20__ г.

Оценка: _____

Протокол ГЭК № ____ от _____ 20__ г.

Москва, 2021

Содержание

| | |
|---|-----|
| Введение | 3 |
| Актуальность темы исследования | 3 |
| Степень научной разработанности проблемы..... | 4 |
| Цель и задачи исследования..... | 7 |
| Объект исследования | 8 |
| Предмет исследования..... | 8 |
| Методологическая и теоретическая основы исследования | 8 |
| Положения, выносимые на защиту | 11 |
| Научная новизна исследования | 16 |
| Теоретическая и практическая значимость работы..... | 17 |
| Апробация результатов исследования | 17 |
| | |
| Основное содержание работы | 21 |
| Глава 1. Между видимым и невидимым: граница между жизнью и смертью под технологически опосредованным наблюдением..... | 21 |
| Глава 2. Между обратимым и необратимым: граница между жизнью и смертью под воздействием реанимационных технологий | 27 |
| Глава 3. Между допустимым и недопустимым: социогуманитарные проблемы реанимационного вмешательства | 30 |
| | |
| Заключение | 33 |
| Список использованных источников | 334 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Палаты реанимации и интенсивной терапии¹ появились сравнительно недавно, чуть больше шестидесяти лет назад. Однако за этот краткий промежуток времени был осуществлен значительный прорыв в развитии реанимационных технологий, что позволило спасти множество человеческих жизней. При этом стоит отметить не только масштабное распространение достижений интенсивной терапии в клинической практике по всему миру, но и все возрастающую потребность в реанимационных практиках. Очевидно, что не последнюю роль в этом сыграла пандемия COVID-19.

Под реанимацией² принято понимать комплекс мероприятий по возвращению к жизни человека, который находится в состоянии клинической смерти. Соответственно, наука, которая изучает механизмы развития критических состояний и разрабатывает способы их профилактики и лечения³, называется реаниматологией⁴. Изначально предметная область реаниматологии ограничивалась только проблемами сердечно-легочной и нейрореанимации. Однако постепенно в эту область стали входить те состояния, которые предваряют клиническую смерть. Реаниматология обрела свое практическое продолжение в интенсивной терапии⁵. Здесь стоит указать на трудность очерчивания строгих дисциплинарных и организационных границ между

¹ В российской клинической практике распространена аббревиатура ОРИТ (отделение интенсивной терапии и реанимации). Ее терминологическим эквивалентом в англоязычном мире можно условно считать ICU (*intensive care unit*) – отделение интенсивной терапии, а также HDU (*high-dependency unit*) – послеоперационная палата.

² Этимология русского слова «реанимация» восходит к латинскому *re+animatio* – «оживление». В англоязычной практике используется термин *resuscitation* (*resuscitare* (лат.) – пробуждать, поднимать, воздвигать).

³ Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей / Под ред. проф. Ю.С. Полушина. СПб.: Элби-СПб, 2004. С. 9.

⁴ Термин «реаниматология» в 1961 г. был введен В. А. Неговским на Международном конгрессе травматологов в Будапеште (*Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы. М.: Грантъ, 2001. С. 141).

⁵ Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей. С. 9.

неотложной медициной, реаниматологией, анестезиологией⁶. Плодотворнее ориентироваться на возможность их теоретического и практического объединения в рамках медицины критических состояний⁷. Это та пограничная область клинической медицины, в которой в наибольшей мере реализуются биомедицинские подходы к человеку, болезням и их лечению⁸.

В каком-то смысле вся история медицины связана с более или менее удачными попытками борьбы с болезнями и продления жизни. Однако введение в клиническую практику технологий, способных выводить пациентов из крайне тяжелых состояний, знаменует начало принципиально нового этапа в истории медицины. Означают ли достижения в области реаниматологии, что смерть рано или поздно можно окончательно победить с помощью науки и технологий? Или же она остается неустранимой данностью человеческого существования? Эти вопросы уже можно отнести к области философии. Их осмысление может быть значимым в теоретическом плане, хотя, на первый взгляд, и не имеет прямого отношения к повседневной медицинской практике.

Вместе с тем, в медицине критических состояний постоянно возникают ситуации, когда трудно определить, в какой момент жизнь человека все же угасла и дальнейшее вмешательство бессмысленно. Реанимационные технологии выявляют новое измерение в ряду вечных философских вопросов о том, что есть жизнь и смерть, и где пролегает граница между ними, когда речь идет о человеке.

Степень научной разработанности проблемы

К настоящему времени уже сложился целый ряд заметных исследовательских направлений в гуманитарных науках, в которых так или иначе затрагивается проблема границы между жизнью и смертью человека.

⁶ Нетесин Е.С., Горбачев В.И. Синдром профессионального выгорания анестезиологов-реаниматологов в России // Анестезиология и реаниматология. 2018. № 3. С. 7.

⁷ Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей. С. 10–11.

⁸ Михель Д.В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания: монография. Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 2015. С. 83.

Так, примечателен повышенный интерес к теме умирания и смерти в западных философских и гуманитарных исследованиях начиная с 1960–1970-е гг. до настоящего времени (Ж. Бодрийяр, М. Фуко, Ф. Арьес, Э. Кюблер-Росс, М. Блох, Ш. Кауфман, М. Лок, С.К. Остлунд и др.). В последующее десятилетие отмечается взрывной интерес к тому, как смерть воспринимается в разных культурах⁹. На рубеже XX–XXI вв. в России отмечается рост числа исследований о проблеме смерти преимущественно в контексте таких гуманитарных наук, как философия, биоэтика, психология, этнография, культурология, археология. На современном этапе развивается целое направление исследований смерти и умирания (death studies).

Философские проблемы биомедицинских критериев смерти обсуждаются в работах Л. Касса, Х.Т. Энгельхардта-мл., А. Браун, Дж. Лицца, Р. Крэнфорда, Д. Деграция и др. В этом контексте особое значение имеют исследования, связанные с обсуждением неврологического критерия смерти (А. Шьюмон, Дж. Бернат, Р.М. Витч, Е.Ф.М. Вайждикс и др.). Что касается отечественных авторов, здесь следует, в первую очередь, отметить труды А.Я. Иванюшкина, О.В. Поповой о философских и социокультурных аспектах концепции смерти мозга, а также исследования Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко о проблемах конца жизни в контексте биотехнологий.

На протяжении последних десятилетий в медицинской этике и антропологии также активно обсуждается тема продления жизни и оттягивания момента смерти. Значительная часть публикаций фиксирует проблему в виде вопроса о том, что же именно продлевают медицинские технологии – жизнь или умирание. В частности, этой проблеме посвящены работы Х. Розенмана, Дж. Орловски, Р.Л. Коллинза, С.Н. Кансиана. Дилеммы поддержания жизни и отодвигания смерти в контексте реанимации и интенсивной терапии новорожденных и детей рассматривают А.Г. Кэмпбелл, Х.Е. МакХаффи, Б. Копнелл, Д. Девиктор, Дж.М. Латур, П. Тиссьер.

⁹ Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М.: Прогресс-Академия, 1992. С. 6.

Достаточно много исследований освещают вопросы о том, какие приспособления и практические приемы использовались для помощи умирающим пациентам в истории медицины. Так, например, в числе авторов, изучавших историю реанимирующих практик можно назвать Р. Ли, Х.П. Лисса, М.С. Эйзенберга, Р. Хёрта, К. Курта-Габеля, Р. Айтчисона, Р.Т. Уэбба, Д. Бэкона. В зарубежных исследованиях по истории медицинских технологий можно обнаружить ряд статей на темы о практиках и приспособлениях для протезирования дыхательной функции. Так, например, истории дыхательных аппаратов посвящены статьи Дж.Л. Прайса, А.Б. Бейкера, Е.Т. Мёрха, Р.М. Качмарека, А.С. Слуцки. Об истории различных методик искусственного дыхания писали Р.В. Трубухович, Т.Ф. Баскетт. Что касается истории реанимирующих воздействий на сердце, можно отметить исследование Ф. Валлейо-Манзур, Дж. Варона, Р. Фромма об истории внедрения открытого массажа сердца в клиническую практику.

В ряду исследований, посвященных проблемам медиализации (И. Иллич, Т. Шаш, Д.В. Михель, Х. Варрайч) отдельно следует отметить междисциплинарные исследования о медиализации телесности (А. Мол, Б.Д. Роббинс, Н. Лизама, С.В. Соколовский). Также для рассматриваемой проблематики значимы работы Дж. Агамбена, Ф. Дагонье, Р. Эспозито, Х. Соломона, Х. С. Чэппл, Г. Линдемманн.

Рубеж XX–XXI вв. ознаменован возрастающим интересом массовой культуры, главным образом, кинематографа и телевидения, к сюжетам о реанимации. О сердечно-легочной реанимации на телеэкранах писали Р. Маркерт и М. Саклэйн, С. Дием, С.П. Гордон, Н. Баер, Дж. Терсьер и др.

Что касается лакун в исследованиях на эту тему, в первую очередь, следует отметить недостаточную разработанность проблематики критической медицины именно в философском контексте. По мнению Р. Воса и Д.Л. Виллемса, тема медицинских устройств в философии техники по-

прежнему занимает маргинальное положение¹⁰. Как полагает С. Хэнсон, к настоящему времени было предпринято мало попыток предложить всестороннюю философскую перспективу медицинских технологий¹¹. Соответственно, с учетом относительной новизны реанимационных технологий, вполне объяснимо, почему они еще не были основательно осмыслены с философских позиций. В качестве самостоятельного объекта философской рефлексии реанимационные технологии представляют особый интерес с точки зрения предельных вопросов о жизни и смерти человека.

Цель и задачи исследования

Цель исследования заключается в философской экспликации и проблематизации биомедицинских представлений о границе между жизнью и смертью, на основании которых применяются современные реанимационные технологии.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

- 1) проследить методологические и мировоззренческие установки интенсивного наблюдения в критической медицине;
- 2) охарактеризовать с философско-методологической точки зрения объекты наблюдения в реанимационной палате;
- 3) описать методологические особенности техник и технологий, с помощью которых визуализируются жизненные показатели пациентов;
- 4) рассмотреть, как граница между жизнью и смертью фиксируется и интерпретируется разными субъектами наблюдения в реанимационном пространстве;
- 5) проследить историческую динамику реанимационных практик и используемых приспособлений, охарактеризовать философско-

¹⁰ Vos R., Willems D.L. Technology in Medicine: Ontology, Epistemology, Ethics and Social Philosophy at the Crossroads // Theoretical Medicine and Bioethics. 2000. Vol. 21. No. 1. P. 2.

¹¹ Hansson S.O. Philosophy of Medical Technology // Handbook of the Philosophy of Science. Vol. 9: Philosophy of Technology and Engineering Sciences. Elsevier, 2009. P. 1275.

методологические трудности, связанные с определением момента смерти при их использовании;

- 6) выявить типологические различия между различными категориями пациентов в критическом состоянии;
- 7) обозначить контуры правового поля, в котором принятие решений о жизни и смерти обусловлено применением реанимационных технологий;
- 8) сформулировать основные этические проблемы, связанные с применением реанимационных технологий, и картографировать основные подходы к их решению.

Объект исследования

В качестве объекта исследования выступает феномен смерти в медицине критических состояний.

Предмет исследования

Предметом исследования является концептуализация границы между жизнью и смертью в контексте развития реанимационных технологий.

Методологическая и теоретическая основы исследования

Само по себе словосочетание «граница между жизнью и смертью» носит достаточно условный и метафорический характер. Оно не является научным понятием и не используется в медицинской теории и практике в качестве самостоятельного термина. В качестве его терминологических синонимов, употребляемых в дискурсе критической медицины, можно назвать понятия «критическое состояние», «терминальное состояние», «клиническая смерть». В работе оно артикулируется на метамедицинском уровне, оставаясь при этом ускользающим понятием, содержание которого фиксируется пространственной метафорой. Подразумевает ли эта граница погружение в полное небытие или переход в иной мир, этот вопрос выходит за рамки обозначенной темы.

Граница между жизнью и смертью, так или иначе, всегда вписана в определенный культурно-исторический контекст. По мнению В. Калицкус, это касается и биомедицинского определения смерти. Оно подразумевается объективным и универсальным, но и из него можно извлечь знание о социальных интересах и культурных ценностях, лежащих в его основе¹². В данном контексте имеет значение вопрос о том, какие социокультурные ценностные установки стоят за биомедицинскими представлениями о границе между жизнью и смертью.

В поиске ответов на этот вопрос представляется перспективным деятельностный подход В.С. Степина, позволяющий не только соотносить знание об объекте со спецификой средств и способов деятельности, осуществляемой в отношении него, но также учитывать ценности и цели этой деятельности. При этом может быть прояснена взаимосвязь сугубо научных целей с теми аксиологическими установками, которые существуют за пределами науки¹³. Такая возможность представляется принципиально важной для исследований, касающихся предельных вопросов человеческого существования.

В рассматриваемом биомедицинском контексте также представляются плодотворными подходы Б.Г. Юдина. Так, например, одним из ключевых для данной темы можно назвать понятие предельной (пограничной) ситуации, когда человек оказывается на границе между двумя средами. Автор указывает на междисциплинарный характер этого понятия и его применение как в естествознании, так и в гуманитаристике¹⁴. Кроме того, Б.Г. Юдин разработал концепцию антропогенных фазовых переходов. Фазовый переход, как правило, протекает быстро и отличается нестабильным состоянием системы, следствием чего является нелинейная зависимость между интенсивностью воздействий на

¹² Kalitzkus V. Neither Dead-nor-Alive: Organ Donation and the Paradox of 'Living Corpses' // Fagan A. (ed.). Making Sense of Death and Dying. Amsterdam: Rodopi, 2004. P. 141.

¹³ Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н. История и философия медицины. Научные революции XVII–XIX веков. М.: Академический проект, 2017. С. 90.

¹⁴ Юдин Б.Г. Границы человеческого существа как пространства технологических воздействий // Вопросы социальной теории. 2011. Т. V. С. 103.

систему извне и ее реакциями на эти воздействия. Даже сравнительно слабое воздействие может иметь значимые последствия, радикально меняя состояния системы¹⁵. Применяя этот подход к человеку, который все чаще подвергается различным технологическим воздействиям, Б.Г. Юдин выделяет четыре пограничных зоны, отмечая, что это не исчерпывающий перечень: 1) зона между жизнью и смертью индивида; 2) зона, предваряющая рождение человека; 3) зона, разделяющая (либо, возможно, соединяющая) человека и животное; 4) зона, разделяющая (либо объединяющая) человека и машину. Характерной особенностью этих пограничных зон является то, что в их пределах искусственное вмешательство может вести к наиболее заметным последствиям. Он также называет их зонами неопределенности¹⁶. В контексте изучаемой темы особый интерес представляет пересечение первой и последней зон.

В осмыслении обозначенных проблем также используются подходы А.Я. Иванюшкина, который первым в отечественной философии начал разрабатывать проблематику границ жизни и смерти в связи с диагностикой смерти мозга. В частности, одним из исходных положений в работе является мысль А.Я. Иванюшкина о смерти мозга как об исключительно ятрогенном состоянии¹⁷. Кроме того, в работе находят отражение предложенные О.В. Поповой дискурсивный и этико-правовой подходы к анализу смерти мозга, а также ее тезис о смерти как о социокультурном феномене, имеющем конвенциональный характер¹⁸.

Для рассмотрения отдельных проблем, преимущественно юридического и этического характера, применяются такие методы, как разбор конкретных ситуаций (case study) и нарративный анализ. Мир, порождаемый биомедицинскими технологиями, пока недостаточно освоен русским языком.

¹⁵ Юдин Б.Г. Смерть и умирание в контексте высоких технологий. С. 14.

¹⁶ Там же. С. 17.

¹⁷ Иванюшкин А.Я. Пути легитимизации концепции смерти мозга: опыт России и зарубежных стран // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19: Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза. М.: Изд-во МосГУ, 2014. С. 50.

¹⁸ Попова О.В. Тело как территория технологий: от социальной инженерии к этике биотехнологического конструирования. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2021. С. 72.

Для понимания его проблем возникает необходимость начинать с рассказа, тем самым намечая точку опоры, от которой можно было бы оттолкнуться в дальнейшем осмыслении¹⁹. С этим в значительной мере связано обращение к врачебным нарративам в качестве иллюстративного материала.

Здесь также необходимо уточнить содержание понятия «реанимационные технологии». В этой работе оно используется в широком смысле, подразумевая, с одной стороны, медицинские приборы (технологии контрольно-диагностической визуализации, аппараты жизнеобеспечения), с другой стороны, разнообразные техники и процедуры экстренной медицинской помощи. Реанимационные технологии целесообразно рассматривать в ряду «технологий конца жизни» (диагностика пограничных состояний, хосписы, эвтаназия, констатация смерти). В этом ключе можно артикулировать проблему границы между жизнью и смертью, а также соотнести ее с поставленной П.Д. Тищенко проблемой границы между бытием человеческим и бытием уже-не-человеческим²⁰.

Положения, выносимые на защиту

1. Медицина критических состояний в своих основаниях восходит к медицинской танатологии, которая опирается на представление о том, что процессы умирания человека доступны рациональному познанию и могут быть объектом научного изучения. В клинической практике используются традиционные аналитические процедуры выявления причинно-следственных механизмов пато- и танатогенеза для воздействия на них с помощью реанимационных технологий. При этом биомедицинская парадигма опирается на установки эпистемологического реализма. Предполагается, что с помощью контрольно-диагностических приборов можно достоверно оценить состояние

¹⁹ Тищенко П.Д. На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Мир, 2011. С. 17.

²⁰ Тищенко П.Д. Концепция антропогенных фазовых переходов Б.Г. Юдина // Моисеевские чтения: Культура и гуманитарные проблемы современной цивилизации: доклады и материалы Всероссийской научной конференции (Москва, 26 мая 2018 г.). М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2018. С. 44.

организма пациента как объективную биологическую реальность. В биомедицинской картине мира находят свое отражение такие отличительные свойства новоевропейской научной рациональности, как объективация, математизация и идеализация явлений и процессов жизнедеятельности и умирания человеческого организма. Проблема видится в том, что эти методологические установки классического типа рациональности, доминирующие по сей день в биомедицинской картине мира, по отношению к умирающему человеку, во-первых, недостаточны и, во-вторых, сопряжены с этическими рисками. Здесь прослеживается биологический редукционизм в отношении человека, исключающий любой метафизический контекст умирания. Подобная позитивистская установка на демистификацию смерти, положившая начало «эпохе великого перелома» в медицине в XIX в., порождает технический взгляд на смерть.

2. Свойственный биомедицинской картине мира редукционистский подход к пониманию человеческого организма находит свое отражение в практиках ведения критических пациентов. В первую очередь, это связано с объективацией пациентов, помещением их в условия, исключающие индивидуальный психосоциальный контекст их жизни и сведению их к обезличенным телам. Кроме того, за время существования медицины критических состояний наблюдается переход от кардио- к нейроцентризму в жизнесберегающих стратегиях и практиках констатации смерти. Так, в качестве основного органа-мишени, от состояния которого зависит решение о тактике лечения или констатации смерти человека, принято рассматривать головной мозг. Подобная нейроредукционистская установка и связанный с ней неврологический критерий смерти лежат в основании современных практик очерчивания границы между жизнью и смертью в реанимационном пространстве.

3. В реанимационном пространстве врачи оценивают клиническое состояние пациента и определяют момент смерти, опираясь на измерение отдельных показателей при помощи приборов. Такими параметрами в первую

очередь являются функциональные показатели органов-мишеней (сердца, легких и головного мозга). Измерение этих показателей позволяет делать выводы о наличии и степени угрозы для жизни исходя из теоретических представлений о физиологической норме. Причем результаты измерения и клинического наблюдения требуют дополнительной силлогистической интерпретации, что в итоге не устраняет умозрительный характер установления момента смерти. Таким образом, граница между жизнью и смертью не поддается прямому усмотрению не только невооруженным глазом, но и при помощи технологий. Граница между жизнью и смертью ускользает из фокуса зрения, но может быть видима «боковым зрением». Ее нельзя увидеть в реанимационном пространстве в качестве целостного визуального объекта. Скорее речь идет об условной видимости, которая опосредована теоретически и технически. В этом смысле определение момента смерти в реанимационном пространстве не застраховано от вариативности интерпретаций и носит скорее конвенциональный и вероятностный характер, хотя на практике эта вероятностность обычно не рефлексивируется.

4. В реанимационном пространстве граница между жизнью и смертью может очерчиваться по-разному в зависимости от того, кто является субъектом наблюдения. С одной стороны, вариативность интерпретаций обусловлена знаниями и ролью субъекта (в т.ч. его места в жесткой иерархической системе больницы). Так, между субъектами, разделяющими одну и ту же биомедицинскую картину мира, возможны различные интерпретации, вплоть до противоположных. С другой стороны, при взаимодействии между врачом, пациентом и родственниками могут возникать коллизии, связанные с различиями между локальными картинами мира. Видимость границы между жизнью и смертью в безличном измерении принципиально отличается от ее видимости в измерении личностном.

5. В исторической динамике реанимационных практик прослеживается тенденция к отчуждению между врачом и устройствами для оказания помощи по причине все большего их усложнения и автономизации. Одновременно

с этим намечается тенденция к срастанию человека и машины (когда пациенты, например, живут с имплантированными дефибрилляторами или годами находятся на искусственной вентиляции легких через трахеостому). При этом, по мере того, как совершенствуются компьютерные технологии и искусственный интеллект, становится все более возможным говорить о том, что технологии обретают квазисубъектность в процессах клинического наблюдения и интенсивной терапии.

Проектирование реанимационной техники по-прежнему опирается на механистическое восприятие человеческого организма, характерное для новоевропейской научной парадигмы (метафоры организма-машины, сердца-насоса и т. д.). Критические состояния воспринимаются как поломки в механизмах, которые можно попытаться устранить при помощи механических, электрических и медикаментозных воздействий. Если в естественных условиях переход от жизни к смерти сравнительно кратковременен, то под воздействием реанимационных технологий период пребывания между жизнью и смертью может растягиваться на значительное время. Так, реанимационные технологии создают видимость искусственного контроля над необратимостью смерти, открывая возможность замедлить некоторые процессы танатогенеза и выиграть время, однако не позволяют победить ее неизбежность.

6. Если исходить из концепции антропогенных фазовых переходов Б.Г. Юдина, можно допустить, что в реанимационном пространстве зона перехода от жизни к смерти одновременно оказывается зоной, объединяющей человека и машину. Два типа фазовых переходов накладываются друг на друга: жизнь умирающего поддерживается за счет машины. Так, критический пациент, подключенный к аппаратам жизнеобеспечения, обретает новый онтологический статус, превращаясь в артефакт реанимационного воздействия. Такого пациента можно назвать технически живым, поскольку биологическая жизнь – дыхание и кровообращение – в нем поддерживается исключительно за

счет технологической поддержки. Однако этого нередко оказывается недостаточно для признания человека живым как личности.

7. Предложено выделить следующие категории критических пациентов, подключенных к аппаратам жизнеобеспечения, на основании конфигурации свойств «клинически живой», «юридически живой» и «социально живой». Пациенты со смертью мозга объявляются юридически и социально мертвыми, но при этом могут некоторое время оставаться клинически живыми благодаря аппаратам жизнеобеспечения. Хронические критические пациенты живы клинически и юридически, но необратимо утрачивают возможность социальной жизни. Наконец, пациенты с имплантированными аппаратами жизнеобеспечения остаются клинически, юридически и социально живыми, однако до конца жизни остаются полностью зависимыми от этих устройств, в результате отключения которых неизбежно быстрое наступление биологической смерти.

8. Правовое поле, в котором принятие решений о жизни и смерти обусловлено применением реанимационных технологий, в настоящее время находится в стадии становления и отличается неоднородностью. Вариативность юридических норм в разных государствах порождает ситуации, при которых пациент в одном и том же состоянии может быть объявлен и живым, и мертвым в зависимости от места пребывания. Кроме того, высокий риск врачебных ошибок и груз юридической ответственности побуждает врачей к проведению реанимационных мероприятий даже в тех ситуациях, когда это может быть насильем по отношению к пациенту. В связи с этим сформировалась потребность в выделении особой группы прав человека, получивших название танатологических. Примечательна тенденция к тому, чтобы юридически отстаивать личное право на отказ от реанимации. Граница между жизнью и смертью становится предметом заблаговременного проектирования и регулирования.

9. В этическом плане возможности искусственного контроля над процессами умирания обостряют проблему соотношения прагматических

и неутилитарных соображений в принятии решений о жизни и смерти. С одной стороны, неутилитарные соображения связаны с императивом спасти любую человеческую жизнь всеми доступными средствами. С другой стороны, в ситуациях, когда реанимационные технологии представляют собой ограниченный и дорогостоящий ресурс, тот же технологический фактор может выдвигать иной императив. Принцип спасения как можно большего числа жизней в условиях нехватки технологий жизнеобеспечения может приводить к дискриминации отдельных категорий пациентов, лишая их шанса на выживание.

Научная новизна исследования

Впервые осуществлена экспликация методологических и мировоззренческих предпосылок современных реанимационных техник. Охарактеризованы условия, в которых нынешние реанимационные техники, несмотря на их агрессивный характер и неоднозначную эффективность, обрели легитимный статус в медицине критических состояний. Выявлено парадоксальное сопряжение модусов спасения и ремонта, свойственное медицине критических состояний. Показано, что именно концептуальная метафора человека-машины обуславливает эволюцию реаниматологии.

Работа конкретизирует общие положения концепции антропогенных фазовых переходов Б.Г. Юдина. Основное внимание уделено зоне перехода от жизни к смерти, а также отчасти зоне, объединяющей человека и машину. Предложена типология артефактов реанимационного воздействия, различия между которыми определяются конфигурациями трех модусов жизни/смерти – клинического, юридического и социального.

При рассмотрении этико-правовых проблем, связанных с применением реанимационных технологий, наряду с хрестоматийными примерами из истории биоэтики, анализируются ситуации, наблюдаемые в рамках пандемии COVID-19.

Теоретическая и практическая значимость работы

В работе картографировано чрезвычайно неоднородное проблемное поле, находящееся на пересечении областей гуманитарного и естественнонаучного знания. Исследуемая проблематика структурирована исходя из принципов постнеклассической рациональности. Этот ракурс позволяет отчетливее рассмотреть сложное взаимодействие человеческого и технологического факторов в биомедицине. Представленный аналитико-критический обзор подходов к определению смерти фиксирует вариативность интерпретаций в отношении границы между жизнью и смертью.

Что касается практической значимости, результаты исследования могут быть применены в образовательной сфере, для разработки программ дисциплин для студентов медицинских специальностей. Так, например, некоторые результаты и материалы исследования легли в основу проекта учебной дисциплины «Проблема человека в критической медицине: философские и биоэтические аспекты». Представленные идеи также могут быть полезны при составлении нормативных этико-правовых протоколов в данной области.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертации были представлены на следующих российских и зарубежных научных конференциях:

1) XV Международная научная конференция «Стратегия выживания в контексте биоэтики, антропологии, философии и медицины» (Кишинев, 13–14 сентября 2019 г., Кафедра философии и биоэтики Государственного университета медицины и фармации им. Н.А. Тестемицану РМ / Национальный Центр биоэтики Республики Молдова / Ассоциация биоэтики Республики Молдова), доклад на румынском языке «Парадоксы управления медицинскими рисками» [“Paradoxurile gestionării riscurilor medicale”].

2) IV Российский национальный конгресс с международным участием «Трансплантация и донорство органов» (Москва, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных

органов имени академика В.И. Шумакова», 8 октября 2019 г.), выступление с докладом «Нарративные практики в продвижении органного донорства» на круглом столе «Социокультурные аспекты органного донорства».

3) I Степинские чтения «Современный этап развития науки и кризис техногенной цивилизации» (Москва, Институт философии РАН, 12–13 ноября 2019 г.), выступление с докладом «“Эффект наблюдателя” в технологическом управлении медицинскими рисками» на секции «Гуманитарная экспертиза и биоэтика».

4) Научно-практическая конференция «Конструирование человека: философские проблемы технического отношения к человеку» (Москва, МГУ, кафедра философской антропологии, 3 декабря 2019 г.), выступление с докладом «Технологическое конструирование границы между жизнью и смертью в реанимационном пространстве».

5) Ежегодная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Философия в XXI веке: новые стратегии философского поиска-2019», секция «Актуальные проблемы биоэтики: философский анализ» (Москва, Совет молодых ученых МГУ, 2–5 декабря 2019 г.), выступление с докладом «Философские аспекты видеомониторинга в реанимационном пространстве».

6) Конференция молодых ученых «Актуальные вопросы этнологии и антропологии», секция «Медицинский плюрализм и проблемы здоровьесбережения» (Москва, ИЭА РАН, 10–12 декабря 2019 г.), выступление с докладом «Вопреки очевидному? Технологическая визуализация границы между жизнью и смертью в отделении реанимации и интенсивной терапии».

7) VIII международный интердисциплинарный научно-практический симпозиум «Медицинская антропология на пороге третьего десятилетия XXI века: основные итоги, новые идеи и перспективы», секция «Тело, биотехнологии и конструирование человека» (Москва, 15–17 октября 2020 г.), выступление с докладом «Границы витальности и телесности при использовании имплантируемых жизнеподдерживающих устройств».

8) Ежегодная научно-практическая конференция молодых ученых (КМУ) «Актуальные вопросы этнологии и антропологии», секция «Медицинская антропология и глобальные вызовы» (г. Москва, Институт этнологии и антропологии РАН, 17–20 ноября 2020 г.), выступление с докладом «Практики отказа от реанимации (DNR) до и во время пандемии: право на смерть или на жизнь?».

Основные положения диссертации были представлены в следующих российских публикациях в рецензируемых научных журналах, входящих в Перечень ВАК Министерства образования и науки РФ (по специальности 09.00.08):

- 1) *Патракова А.П.* Этические аспекты сортировки пациентов при дефиците аппаратов искусственной вентиляции легких в условиях пандемии // Человек. 2020. № 6. С. 165–180.
- 2) *Патракова А.П.* Смерть мозга как технологически опосредованный критерий смерти человека: философский анализ // Национальное здоровье. 2021. № 2. С. 168–171. URL: <https://www.national-zdorov.ru/userfiles/file/okxu695qcgufuguaxjngrqxmzkzajw54.pdf>.
- 3) *Патракова А.П.* Скрытое за экраном: граница между жизнью и смертью в палате реанимации // Цифровой ученый: лаборатория философа. 2021. Т. 4. № 1. С. 104–125.

Другие публикации:

- 1) *Патракова А.П.* Технологическая визуализация границы между жизнью и смертью в отделении реанимации и интенсивной терапии // Апории современной трансплантологии: коллективная монография / Под ред. О.Н. Резника. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2019. С. 112–126.
- 2) *Патракова А.П.* Парадоксы управления рисками в электронном здравоохранении // Философские проблемы биологии и медицины: Феномен биорациональности. Вып. 13. М.: ЛЕНАНД, 2019. С. 122–126.

- 3) *Патракова А.П.* Проблема необратимости умирания и синдром последствий интенсивной терапии (тезисы доклада) // *Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 14: Вызовы техногенной цивилизации — интегративная философия мироподобия.* М.: ЛЕНАНД, 2020. С. 173–176.

Структура диссертационного исследования

Работа состоит из введения, трех глав, заключения и структурированного библиографического списка, насчитывающего в общей сложности 244 наименований. Общий объем работы – 165 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** представлено обоснование актуальности заявленной темы с указанием степени ее научной разработанности. Сформулированы цель и задачи работы, а также положения, выносимые на защиту. Описана методология исследования. Полученные результаты охарактеризованы с точки зрения их научной новизны, теоретической и практической значимости.

Последовательность и содержание глав обусловлены следующими тремя ключевыми вопросами: 1) как технологии позволяют выявить границу между жизнью и смертью; 2) что происходит с этой границей под воздействием технологий; 3) какие социогуманитарные проблемы при этом возникают.

В **главе 1 «Между видимым и невидимым: граница между жизнью и смертью под технологически опосредованным наблюдением»** основное внимание уделяется вопросу о доступности этой границы для усмотрения – как невооруженным взглядом, так и при помощи диагностических технологий. Проблематика интенсивного наблюдения в реанимационной палате картографируется с позиций постнеклассической деятельностной триады *объект–средство–субъект* (по В.С. Степину).

В **параграфе 1 главы 1 «Особенности наблюдения в реанимационном пространстве»** уточняется объем понятия «реанимационное пространство», анализируются подходы и условия осуществления интенсивного наблюдения.

В **подпараграфе 1.1 «Методологические установки интенсивного наблюдения»** прослеживаются сходства медицинского наблюдения в реанимационном пространстве с научным наблюдением в лабораторных условиях. Методологические установки интенсивного наблюдения в медицине критических состояний совпадают с общенаучными принципами научного наблюдения – целенаправленностью, систематичностью, строго зафиксированной структурой. В реанимационном пространстве природным процессом, который попадает под целенаправленное наблюдение, оказывается

процесс умирания человеческого организма. Отличительная особенность интенсивного наблюдения в реанимационном пространстве связана с попытками активно вмешаться в процессы умирания человека.

В *подпараграфе 1.2 «Пространственная специфика реанимационной палаты»* рассматривается преимущественно стационар. Несмотря на то, что существующие реанимационные техники и портативные устройства позволяют оказать экстренную помощь практически в любом месте, реанимационная палата являет собой особое пространство, спроектированное для терапевтического воздействия на пациента с помощью технологий. Выявлены черты сходства между реанимационными палатами и внебольничными технологическими комплексами (например, промышленными цехами, научными лабораториями). Также отмечено сходство реанимационных палат с «убежищами жизни, находящейся под сомнением», обитuaryями, возникшими в конце XVIII в. При этом принципиальное отличие реанимационной палаты состоит в том, что в ней есть ряд технологических возможностей для продления жизни пациентов.

В *подпараграфе 1.3 «Темпоральные аспекты интенсивного наблюдения»* анализируются особенности восприятия времени в реанимационной палате. Время задает чрезвычайно жесткие рамки. Период, в течение которого оказанная помощь может быть действенной, иногда называют «золотым часом между жизнью и смертью». В большинстве случаев нет возможности собрать медицинский и социальный анамнез, что вынуждает врачей принимать решения в условиях неопределенности. Также отмечается, что в клинической практике граница между жизнью и смертью устно декларируется и документально фиксируется через указание точного времени смерти. Причем именно время прекращения реанимационных действий принято считать временем смерти пациента. Таким образом, здесь прослеживаются регламентированные практики обозначения границы между жизнью и смертью.

Параграф 2 главы 1 «Объекты интенсивного наблюдения»

ориентирован на то, чтобы проблематизировать восприятие критических пациентов в качестве обезличенных и редуцируемых объектов в рамках биомедицинской картины мира.

В частности, в *подпараграфе 2.1. «Пациенты в критическом состоянии»* отмечается, что при интенсивном наблюдении в реанимационном пространстве усугубляется эпистемологическая редукция пациента к клиническому телу, характерная для медицины со времен госпитальной революции XVIII в. Охарактеризованы проявления подобного редуционизма в реанимационных практиках, которые оказывают психотравмирующее действие на пациентов.

В *подпараграфе 2.2 «Проявления жизни и признаки смерти»* показано, что в медицине критических состояний жизнь организма принято локализовать в биомеханических и биоэлектрических явлениях, которые наблюдаются в трех органах-мишенях – сердце, легких и головном мозге. В реанимационной практике граница между жизнью и смертью выявляется именно в этих локусах. Также отмечено, что выявить клиническую смерть как одну из стадий умирания стало возможным только в искусственных условиях, под воздействием реанимационных технологий. Далее предлагается рассматривать патофизиологические описания умирания в качестве теоретических конструкторов, валидных только в рамках биомедицинской дисциплинарной онтологии. Отмечается вариативность научных интерпретаций того, что принято называть танатогенезом. Предпринята попытка эксплицировать, как осуществляется вербализация этой границы в соответствующих терминах («терминальные стадии», «агония»; «клиническая смерть»), какие стадии выделяются и почему, поскольку выделение тех или иных этапов, по сути, тоже представляет собой определенную теоретическую конструкцию. Соответственно, выявлена трудность очерчивания границы между жизнью и смертью на терминологическом уровне даже в пределах одной дисциплинарной онтологии.

Параграф 3 главы 1 «Средства мониторинга критических состояний»

посвящен тому, каким образом контрольно-диагностическая аппаратура позволяет визуализировать границу между жизнью и смертью. Выдвинута гипотеза о том, что в реанимационном пространстве критические состояния и момент наступления смерти не просто репрезентируются при помощи контрольно-диагностической аппаратуры, но и определенным образом конструируются. Неуловимый момент наступления смерти фиксируется и визуализируется при помощи технологий со значительной долей условности.

В *подпараграфе 3.1 «Инструменты репрезентации жизнедеятельности в цифрах»* основное внимание уделено тем приборам, которые измеряют количественные показатели жизнедеятельности пациентов. В частности, рассматривается, каким образом числа на мониторах отражают состояние пациентов, какие аналитические процедуры неявно осуществляются врачами, когда они смотрят на показатели контрольно-диагностической аппаратуры. Критерием видимости становится измеримость. Граница между жизнью и смертью может визуализироваться в виде цифр, которые принято считать несовместимыми с жизнеспособностью организма. Благодаря измерению конкретных параметров можно сделать эту границу условно видимой. Наличие монитора создает впечатление отчетливой видимости того момента, когда наступает смерть. Качественная граница между жизнью и смертью в реанимационном пространстве становится одновременно границей количественной.

В *подпараграфе 3.2 «Контрольно-диагностические изображения»* предлагается рассматривать эти изображения в качестве технологических конструкторов. Их отличают, во-первых, условность и избирательность репрезентации; во-вторых, необходимость дополнительной интерпретации видимого. Визуализация в медицине связана не только с увеличением микроскопически малых объектов наблюдения и просвечиванием сквозь непрозрачные покровы человеческого организма. Кривые электрокардио- и электроэнцефалограмм также можно рассматривать как разновидность

визуализации, как нечто, что позволяет увидеть такие жизненно важные процессы, скрытые от непосредственного наблюдения, как электрическая активность сердца и мозга. Прямая линия на ЭКГ, указывающая на асистолию, или ЭЭГ-плато, свидетельствующее об электрическом молчании мозга (интерпретируемом в качестве признака неврологической смерти), могут служить примерами того, как граница между жизнью и смертью проецируется на монитор или какой-либо другой носитель изображения и тем самым обретает схематичную и технологически опосредованную видимость.

В подпараграфе 3.3 «Технологии телереанимации и видеонаблюдения» речь идет о появлении камер видеонаблюдения в больницах в целом и в палатах интенсивной терапии. Анализируется телереанимация как одно из развивающихся направлений в телемедицине. Отмечаются риски, связанные с удаленным консультированием и видеомониторингом критических больных. Так, виртуальное сближение усугубляет ту дистанцию между врачом и пациентом, с которой связан отчужденный профессиональный взгляд на больного как на клиническое тело. Значительно сокращается возможность тактильной коммуникации между медиком и пациентом. То, что прежде воспринималось через слух или осязание, переводится на язык видимого и измеряемого. Кроме того, отмечается, что технологии телереанимации и видеонаблюдения не просто преодолевают границы видимости, связанные с территориальной удаленностью субъектов лечебного процесса друг от друга. Эти технологии также размывают границу между нейтральным наблюдением и дисциплинарным надзором, объектами которого становятся не только пациенты, но и сами врачи.

Параграф 4 главы 1 «Субъекты наблюдения в реанимации» посвящен личностному и межличностному измерениям в том, что касается интерпретации диагностических изображений и состояния критического пациента. Предложено различать по меньшей мере два типа субъектов наблюдения в реанимационном пространстве — активные и пассивные. Основными

критериями различения являются возможности и полномочия вмешательства. Соответственно, разное восприятие границы между жизнью и смертью.

В *подпараграфе 4.1 «Врачи в качестве активных субъектов»* идет речь о врачах-реаниматологах. Во-первых, они способны интерпретировать показания приборов. Во-вторых, они осуществляют медицинское вмешательство. Иными словами, активные наблюдатели наделены не только средствами, но и полномочиями вмешиваться в наблюдаемые процессы, используя реанимационные технологии. Они могут воздействовать как на самого пациента, так и на приборную ситуацию, в которую он помещен.

Оптическая асимметрия в больничном пространстве проявляется в том, что касается видимых границ личного пространства пациента. Здесь границы того, что допустимо видеть в социальном контексте, не просто смещаются, но как бы выворачиваются наизнанку. Врач в своей роли активного наблюдателя наделен властью и правом видеть то, что в иной ситуации было бы недопустимо. Так, некоторые самые интимные стороны личного пространства пациента оказываются незащищенными от обозрения другими. При этом лицо пациента может ускользать из поля зрения активного наблюдателя.

С целью проследить причины формирования такого профессионального взгляда сопоставляются практики обучения анатомии на трупах и реанимационным мероприятиям на манекенах. И труп для анатомических штудий, и манекен для учебных целей – человеческое тело как технологический артефакт. Разница в том, что труп когда-то был живым телом, природным объектом, а манекен – искусственный объект, с большой долей условности имитирующий подобие живого человеческого тела. В результате такого обучения у будущих медиков меняется восприятие человеческого организма. Он воспринимается не просто механистично, в качестве обезличенной телесности. Вырабатывается навык видеть живое сквозь призму мертвого. Граница между живым и мертвым размывается во врачебном взгляде на человека.

В подпараграфе 4.2 «Пациенты и родственники в качестве пассивных субъектов» идет речь об особенностях восприятия происходящего в реанимационном пространстве в личностном измерении, от первого или второго лица. Такое личностное измерение представляется противоположным взгляду на смерть «в третьем лице», характерному для профессионального клинического взгляда. Пациенты и родственники, не имеющие познаний в области медицины, могут ошибочно истолковывать те или иные решения и действия врачей, что приводит к недоразумениям и жалобам вплоть до судебных исков. Описана «реанимация по социальным показаниям», когда из сострадания к родственникам врачи создают видимость реанимационных мероприятий над уже мертвым телом.

В **Выводах по главе 1** отмечается, что в биомедицинской парадигме клиническое наблюдение опирается на установки эпистемологического реализма. В медицине критических состояний предполагается, что можно объективно оценить состояние организма пациента с помощью контрольно-диагностических приборов. Биомедицинская парадигма предписывает видеть эту границу в измеряемых показателях активности органов-мишеней, тем самым превращая качественную границу в количественную. Однако, на наш взгляд, подобная трансформация не защищает от ошибок при оценивании состояния пациентов. Также сделан вывод о том, что дихотомия видимого и невидимого в реанимационном пространстве определяется тремя условиями – теоретической обоснованностью, материально-технической осуществимостью и моральной приемлемостью видимого.

В **главе 2 «Между обратимым и необратимым: граница между жизнью и смертью под воздействием реанимационных технологий»** основное внимание уделяется вопросу о том, что происходит с этой границей в ходе интенсивной терапии. В частности, анализируется, каким образом момент наступления смерти отодвигается под воздействием различных реанимационных техник и технологий.

В параграфе 1 главы 2 «Средства интенсивной терапии как орудия против необратимости» рассмотрены, с одной стороны, наиболее известные техники оказания медицинской помощи в критической ситуации, с другой стороны, спасательные технологии, т.е. устройства, специально спроектированные с целью вернуть человека к жизни.

Так, в *подпараграфе 1.1 «Приспособления для возвращения к жизни в истории медицины»* прослеживается история приспособлений для возвращения человека к жизни в дореаниматологическую эпоху (с XV до середины XX вв.), а также после появления первых реанимационных отделений в 1952 г. Эволюция этих инструментов соотнесена с периодизацией парадигмальных революций в медицине. Техники воздействия условно разделены на ручные и технологически опосредованные. По мере развития критической медицины наблюдается постепенный переход от непосредственного телесного воздействия к более механизированному и, соответственно, от индивидуального к массовому. Отмечена все возрастающая роль медицинской инженерии. Показано, что проектирование реанимационной техники по-прежнему опирается на механистическое восприятие человеческого организма, характерное для новоевропейской научной парадигмы (организм – машина, поддающаяся ремонту, сердце – насос или мотор, который можно перезапустить). Восприятие критических состояний и танатогенеза как поломки, сбоя в механизме, который можно попытаться устранить при помощи технических воздействий.

В *подпараграфе 1.2 «Спасение жизни: современные реанимирующие техники и процедуры»* анализируются техники и технологически опосредованные практики, главной целью которых является спасение человеческой жизни. Указаны две приоритетных задачи во всех случаях оказания помощи: как можно быстрее восстановить функции легких и сердца, а также свести к минимуму повреждения органов-мишеней. Главный приоритет в работе реаниматолога — спасение жизни, а не здоровья пациента. Несмотря на самоочевидность этого приоритета, здесь видится проблема. В связи с этим

современные реанимационные стратегии отличаются повышенной агрессивностью. Весь арсенал реанимационных техник можно охарактеризовать как орудия, которые одновременно спасают и травмируют. При этом сердечно-легочная реанимация оказывается действенной лишь в тех случаях, когда некая неуловимая черта необратимости еще не перейдена. Выявлено парадоксальное сопряжение модусов спасения и ремонта, свойственное медицине критических состояний.

В *подпараграфе 1.3 «Поддержание жизни: практики искусственной вентиляции легких»* рассматриваются технологии, протезирующие дыхательную функцию. «Зависание» на аппаратах ИВЛ обычно рассматривается как наименее предпочтительный ход лечения, иногда более устрашающий, чем скорая смерть.

В **параграфе 2 главы 2 «Артефакты реанимационного воздействия»** рассматриваются ятрогенные клинические состояния и отдаленные исходы реанимационного воздействия. Все они могут считаться «технически живыми». Однако с функциональной точки зрения их статус может существенно различаться. Показан их спектр от самых тяжелых (смерть мозга, перманентное вегетативное состояние, хроническое критическое состояние как «жизнь, которую легко спутать со смертью») до относительно функциональных (синдром последствий интенсивной терапии, жизнь с имплантированными устройствами).

В *подпараграфе 2.1 «Жизнь, не отличимая от смерти: клинический статус смерти мозга»* рассматривается наиболее дискуссионный с онтологической точки зрения тип пациентов – те, у кого констатирована смерть мозга. Таких пациентов можно одновременно считать и «клинически живыми», и «клинически мертвыми».

В *подпараграфе 2.2 «Жизнь как непрекращающееся умирание: хроническое критическое состояние»* охарактеризованы т.н. «реанимационные долгожители», чаще всего с тяжелыми

неврологическими нарушениями. Хронических критических пациентов отличает двойственность их состояния — с одной стороны, безнадежная и тяжелая болезнь, с другой стороны, нет прямой угрозы для жизни. Несмотря на то, что они остаются «клинически живыми», необратимое выпадение из социальной жизни позволяет условно считать их «социально мертвыми».

В *подпараграфе 2.3 «Жизнь на аккумуляторах: имплантированные устройства жизнеобеспечения»* анализируется круг проблем, связанных с имплантируемыми устройствами, протезирующими сердечную функцию. При этом функциональный статус таких пациентов может значительно выше, чем у хронических критических пациентов, позволяя им с некоторыми ограничениями вести социальную жизнь. В случае с искусственным сердцем возникает принципиально новая для человека физиология – физиология без пульса. Высказано предположение о том, что наложение двух «фазовых переходов» – между жизнью и смертью и между человеком и машиной – может приводить к особенно радикальным последствиям. В частности, сделано предположение, что «машинизация» человека в своих основаниях носит тот же необратимый характер, что и его смерть.

В **Выводах по главе 2** отмечается, что реанимационная техника создает видимость возможностей искусственного воздействия на необратимость смерти, хотя и не дает возможностей для победы над неизбежностью смерти. Согласно концепции фазовых переходов Б.Г. Юдина, в реанимационном пространстве зона перехода от жизни к смерти одновременно оказывается зоной, объединяющей человека и машину. Два типа фазовых переходов накладываются друг на друга: жизнь умирающего поддерживается за счет машины. Так, критический пациент, подключенный к аппаратам жизнеобеспечения, обретает новый онтологический статус, превращаясь в артефакт реанимационного воздействия и носитель технической жизни.

Глава 3 «Между допустимым и недопустимым: социогуманитарные проблемы реанимационного вмешательства» посвящена вопросу

о субъектах, основаниях и последствиях решений, связанных с очерчиванием границы между жизнью и смертью. Рассматривается ряд возможных дилемм, возникающих в подобных ситуациях. Структура главы обусловлена движением от внешних, формализованных рамок, которые фиксируются юридическими нормами, к внутренним критериям допустимого – этическим, социокультурным, мировоззренческим.

Так, в **параграфе 1 главы 3 «Граница между жизнью и смертью в юридическом измерении»** предпринята попытка картографировать правовое поле, в котором эта граница очерчивается в судебном порядке. Соответствующие казусы сгруппированы в зависимости от того, отстаивается ли право на жизнь или же право на смерть.

В **подпараграфе 1.1 «Право на жизнь»** анализируются ситуации, когда для защиты права на жизнь потребовались продолжительные тяжбы, вызвавшие общественный резонанс, вплоть до дебатов на международном уровне. Рассматриваются подходы к принятию решений о том, допустимо ли отключить пациента от аппаратов жизнеобеспечения. Страх быть привлеченным к уголовной ответственности порождает своего рода спасательный императив, который в ряде случаев оказывается насильем по отношению к пациенту.

В **подпараграфе 1.2 «Право на смерть»** выделены два типа ситуаций:

- 1) пациент уже подключен к аппаратам, но, по мнению врачей, безнадежен;
- 2) отстаивание права на смерть заблаговременно (до критической ситуации и необходимости подключения к аппаратам) – отказ от реанимации, прижизненные завещания, оформляемые не только больными, но и здоровыми.

Во-первых, отмечается заметный рост числа исков и судебных разбирательств по поводу права как на сохранение жизни, так и на естественную смерть. Во-вторых, вариативность юридических норм относительно определения момента смерти в разных государствах. Также обсуждаются понятия эвтаназии, дистаназии и ортоназии. Прослеживается тенденция к противопоставлению смерти «естественной» («хорошей»),

«достойной», «правильной») и смерти «технологизированной» (на аппаратах жизнеобеспечения). Границы между этими понятиями и представлениями также значительно варьируются между индивидами, социальными группами, государствами.

В параграфе 2 главы 3 «Этические проблемы использования реанимационных технологий» основное внимание уделено вопросу о соотношении бремени и пользы реанимационного воздействия в индивидуальном и коллективном измерениях.

В *подпараграфе 2.1 «Прекращение интенсивной терапии»* речь идет о дилеммах, связанных с прекращением интенсивной терапии отдельно взятого индивида. Обсуждается проблема выявления четкого предела допустимого. Выделены проблемные пары понятий, между которыми нередко возникает путаница: отказ от реанимации – эвтаназия, прекращение лечения – отказ от лечения, позволить умереть – убить.

В *подпараграфе 2.2 «Выбор между жизнями»* рассматриваются две категории ситуаций, когда врачам в палате интенсивной терапии приходится выбирать между жизнями двух и более пациентов. Во-первых, речь идет о случаях, когда органы пациента со смертью мозга могут быть пересажены другим пациентам. Во-вторых, в таких чрезвычайных условиях нехватки ресурсов (массовые травмы, стихийные бедствия, пандемия) возникает необходимость медицинской сортировки тяжелых пациентов. Помимо жестких юридических рамок свои границы диктует экономический фактор. Так, реанимационные технологии выступают в качестве дефицитного ресурса, при распределении которого часть пациентов может быть лишена шанса на выживание. В связи с этим ставится вопрос о допустимости функционального подхода к ценности человеческой жизни и оснований жертвовать не просто интересами, но жизнями одних пациентов ради других.

В Выводах по главе 3 отмечается, что в медицине критических состояний право пациента на собственную жизнь и смерть при определенных

условиях отчуждается в пользу иных субъектов. Различные коллизии между юридическим, медицинским, этическим, экономическим и мировоззренческими измерениями можно свести к противоречию между утилитарным и неутилитарным подходами. Также выявлена проблема в том, что пафос героического спасения жизней может вступать в противоречие с организационно-институциональной логикой при оказании помощи в массовых масштабах. Медицина критических состояний несет в себе парадокс чрезвычайных положений, превращающихся в рутину.

В **Заключении** сформулированы основные выводы исследования исходя из поставленных задач. Эксплицированы те предпосылки и установки, на основании которых применяются современные реанимационные технологии. Представления о границе между жизнью и смертью в рамках биомедицинской парадигмы структурированы посредством шести бинарных оппозиций: 1) видимое – невидимое; 2) измеряемое – неизмеримое; 3) дискретное – континуальное; 4) естественное – искусственное; 5) обратимое – необратимое; 6) допустимое – недопустимое. Также сформулированы основные теоретико-методологические и этико-аксиологические проблемы, связанные с выявлением и очерчиванием границы между жизнью и смертью в медицине критических состояний.

Список использованных источников

1. *Агамбен Дж.* Homo Sacer. Суверенная власть и голая жизнь. М.: Европа, 2011. 256 с.
2. *Алексеева Е.В.* Танатология и танатогенез: исторические факты, проблемы и перспективы изучения // Медицинские новости. 2018. № 2. С. 10–17.
3. *Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти. М.: Прогресс-Академия, 1992. 520 с.
4. *Бодрийяр Ж.* Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000. 387 с.
5. *Варрайч Х.* Современная смерть. Как медицина изменила уход из жизни. М.: Альпина нон-фикшн, 2021. 414 с.
6. *Иванюшкин А.Я.* Пути легитимизации концепции смерти мозга: опыт России и зарубежных стран // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19: Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза. М.: Изд-во МосГУ, 2014. С. 29–58.
7. *Иванюшкин А.Я., Попова О.В.* Социальный и философский контекст проблемы смерти мозга. М.: ИФ РАН, 2015. 349 с.
8. *Михель Д.В.* Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания. Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 2015. 320 с.
9. *Нетесин Е.С., Горбачев В.И.* Синдром профессионального выгорания анестезиологов-реаниматологов в России // Анестезиология и реаниматология. 2018. № 3. С. 7–13.
10. *Попова О.В., Иванюшкин А.Я.* К истории легитимизации концепции смерти мозга, развития трансплантологии и органного донорства: философский и социокультурный контекст // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 27: Конвергенция технологий и дивергенция будущего человека. М.: ИФ РАН, 2017. С. 62–73.
11. *Попова О.В.* Человек как артефакт биотехнологий. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. 336 с.

12. *Попова О.В.* Тело как территория технологий: от социальной инженерии к этике биотехнологического конструирования. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2021. 336 с.
13. Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей / Под ред. проф. Ю.С. Полушина. СПб.: Элби-СПб, 2004. 720 с.
14. *Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы. М.: Грантъ, 2001. 192 с.
15. *Соколовский С.В.* Множественное тело и мультимодальность смерти // Социология власти. 2019. Т. 31. № 2. С. 155–175.
16. *Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н.* История и философия медицины. Научные революции XVII-XIX веков. М.: Академический проект, 2017. 236 с.
17. *Тищенко П.Д.* Концепция антропогенных фазовых переходов Б.Г. Юдина // Моисеевские чтения: Культура и гуманитарные проблемы современной цивилизации: доклады и материалы Всеросс. науч. конф. (Москва, 26 мая 2018 г.). М.: Изд-во МосГУ, 2018. С. 44–48.
18. *Тищенко П.Д.* На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Мир, 2011. 328 с.
19. *Фуко М.* Рождение клиники. М.: Академический Проект, 2010. 252 с.
20. *Юдин Б.Г.* Границы человеческого существа как пространства технологических воздействий // Вопросы социальной теории. 2011. Т. V. С. 102–118.
21. *Юдин Б.Г.* Смерть и умирание в контексте высоких технологий // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19. Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза. М.: Изд-во МосГУ, 2014. С. 7–17.
22. *Aitchison R.* A review of cardiopulmonary resuscitation and its history // Disease-a-month: DM. 2013. Vol. 59. No. 5. P. 165–167.
23. *Baer N.* Cardiopulmonary Resuscitation on Television: Exaggerations and Accusations // New England Journal of Medicine. 1998. No. 334. P. 1604–1605.

24. *Baker A.B.* Artificial Respiration, the History of an Idea // *Medical History*. 1971. Vol. 15. No. 4. P. 336–351.
25. *Baskett T.F.* Silvester's technique of artificial respiration // *Resuscitation*. 2007. No. 74. P. 8–10.
26. *Bernat J.L.* The Concept and Practice of Brain Death // *Progress in Brain Research*. 2005. Vol. 150. P. 369–379.
27. *Blume S.S.* *Insight and Industry: On the Dynamics of Technological Change in Medicine*. Cambridge, MA: MIT Press, 1992. 320 p.
28. *Bloch M.* Death, Women and Power // *Bloch M., Parry J.* (eds.) *Death and the Regeneration of Life*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982. P. 211–230.
29. *Browne A.* Defining Death // *Journal of Applied Philosophy*. 1987. Vol. 4. No. 2. P. 155–164.
30. *Campbell A.G, McHaffie H.E.* Prolonging Life and Allowing Death: Infants // *Medical Humanities*. 1995. Vol. 21. No. 6. P. 339–344.
31. *Chapple H.S.* *No Place For Dying: Hospitals and the Ideology of Rescue*. Routledge, 2019. 324 p.
32. *Copnell B.* Death in the Pediatric ICU: Caring for Children and Families at the End of Life // *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2005. Vol. 17. No. 4. P. 349–360.
33. *Cranford R.E.* Criteria for Death // *Encyclopedia of Bioethics*. Vol. 2. New York: Macmillan Pub., 1995. P. 602–608.
34. *Dagognet F.* *La maitrise du vivant*. Paris: Hachette, 1988. 202 p.
35. *DeGrazia D.* The Nature of Human Death // *Luper S.* (ed.) *The Cambridge Companion to Life and Death*. Cambridge: CUP, 2014. P. 80–98.
36. *Devictor D., Latour J.M., Tissieres P.* Forgoing Life-Sustaining or Death-Prolonging Therapy in the Pediatric ICU // *Pediatric Clinics of North America*. 2008. Vol. 55. No. 3. P. 791–804.
37. *Diem S., Lants J., Tulsky J.* Cardiopulmonary Resuscitation on Television – Miracles and Misinformation // *The New England Journal of Medicine*. 1996. Vol. 334. No. 24. P. 1578–1582.

38. *Eisenberg M.S.* History of the Science of Cardiopulmonary Resuscitation // *Ornato J.P., Peberdy M.A.* (eds.) *Cardiopulmonary Resuscitation. Contemporary Cardiology.* Humana Press, 2005. P. 1–9.
39. *Emerson J.H., Loynes J.A.* The Evolution of Iron Lungs: Respirators of the Body-Encasing Type. Cambridge: J.H. Emerson & Company, 1958. 20 p.
40. *Engelhardt H.T.* Defining Death: A Philosophical Problem for Medicine and Law // *The American Review of Respiratory Disease.* 1975. Vol. 112. No. 5. P. 587–590.
41. *Esposito R.* *Bios: Biopolitics and Philosophy.* Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008. 270 p.
42. *Gordon P., Williamson S., Lawler P.* As Seen on TV: Observational Study of Cardiopulmonary Resuscitation in British Television Medical Dramas // *British Medical Journal.* 1998. Vol. 317. No. 7161. P. 780–783.
43. *Green J.W.* *Beyond the Good Death: The Anthropology of Modern Dying.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2012. 272 p.
44. *Hansson S.O.* *Philosophy of Medical Technology* // *Meijers A.* (ed.) *Handbook of the Philosophy of Science. Vol. 9: Philosophy of Technology and Engineering Sciences.* Elsevier, 2009. P. 1275–1300.
45. *Holtzmann Kevles B.* *Naked to the Bone: Medical Imaging in the Twentieth Century.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1997. 378 p.
46. *Hurt R.* Modern Cardiopulmonary Resuscitation – Not So New after All // *Journal of the Royal Society of Medicine.* 2005. Vol. 98. No. 7. P. 327–331.
47. *Illich I.* *Medical Nemesis: The Expropriation of Health.* New York: Pantheon, 1982. 294 p.
48. *Joyce K.* Appealing Images: Magnetic Resonance Imaging and the Production of Authoritative Knowledge // *Social Studies of Science.* 2005. Vol. 35. No. 3. P. 437–462.
49. *Joyce K.* From Numbers to Pictures: The Development of Magnetic Resonance Imaging and the Visual Turn in Medicine // *Science as Culture.* 2006. Vol. 15. No. 1. P. 1–22.

50. *Kacmarek R.M.* The Mechanical Ventilator: Past, Present, and Future // *Respiratory Care*. 2011. Vol. 56. No. 8. P. 1170–1180.
51. *Kalitzkus V.* Neither Dead-nor-Alive: Organ Donation and the Paradox of ‘Living Corpses’ // *Fagan A.* (ed.) *Making Sense of Death and Dying*. Amsterdam: Rodopi, 2004. P. 141–156.
52. *Kaufman S.R.* *And a Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life*. Chicago: The University of Chicago Press, 2005. 412 p.
53. *Kass L.R.* Death as an Event: A Commentary on Robert Morrison // *Science*. 1971. Vol. 173. No. 3998. P. 698–702.
54. *Kubler-Ross E.* *On Death and Dying*. New York: Scribner, 2014. 304 p.
55. *Kurt-Gabel C.* Why Do Resuscitation Guidelines Keep Changing? // *Dental Nursing*. 2009. Vol. 5. No. 11. P. 618–620.
56. *Lee R.* Cardiopulmonary Resuscitation in the Eighteenth Century // *Journal of the History of Medicine*. 1972. Vol. 27. No. 4. P. 418–433.
57. *Lenoir T., Lécuyer C.* Instrument Makers and Discipline Builders: The Case of Nuclear Magnetic Resonance // *Perspectives on Science*. 1995. Vol. 3. No. 3. P. 276–345.
58. *Lindemann G.* *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*. München: Wilhelm Fink Verlag, 2002. 469 S.
59. *Liss H.P.* A history of resuscitation // *Annals of Emergency Medicine*. 1986. Vol. 15. No. 1. P. 65–72.
60. *Lizama N.* *Afterlife, But Not As We Know It. Medicine, Technology and the Body Resurrected*. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy. Perth: The University of Western Australia, School of Social and Cultural Studies, English and Cultural Studies, 2008. 256 p.
61. *Lizza J.P.* *Persons, Humanity, and the Definition of Death*. Baltimore, JHU Press, 2000. 272 p.
62. *Lizza J.P.* Defining Death: Beyond Biology // *Diametros*. 2018. Vol. 55. P. 1–19.

63. *Lock M.M.* Twice Dead, Organ Transplants and the Reinvention of Death. Oakland: University of California Press, 2002. 429 p.
64. *Markert R., Saklayen M.* Cardiopulmonary Resuscitation on Television // The New England Journal of Medicine. 1996. Vol. 335. No. 21. P. 1605–1607.
65. *Mörch E.T.* History of Mechanical Ventilation // *Kirby R.R., Banner M.J., Downs J.B.* (eds.). Mechanical Ventilation. New York: Churchill Livingstone 1990. P. 1–61.
66. *Orlowski J.P, Collins R.L., Cancian S.N.* Forgoing Life-Supporting or Death-Prolonging Therapy: a Policy Statement // Cleveland Clinic Journal of Medicine. 1993. Vol. 60. No. 1. P. 81–85.
67. *Ostlund S.K.* Doctors, Nurses, and Patients: Who Has Control over Death and Dying? // Anthropology of Consciousness. 2000. Vol. 11. No. 1–2. P. 77–89.
68. *Pasveer B.* Depiction in Medicine as a Two-Way Affair: X-Ray Pictures and Pulmonary Tuberculosis in the Early Twentieth Century // *Löwy I.* (ed.) Medical Change: Historical and Sociological Studies of Medical Innovation. Paris: Colloques INSERM 220, 1993. P. 85–104.
69. *Pasveer B.* Knowledge of Shadows: The Introduction of X-Ray Images in Medicine // Sociology of Health and Illness. 1989. Vol. 11. No. 4. P. 360–381.
70. *Price J.L.* The Evolution of Breathing Machines // Medical History. 1962. Vol. 6. P. 67–72.
71. *Robbins B.D.* The Medicalized Body and Anesthetic Culture. The Cadaver, the Memorial Body, and the Recovery of Lived Experience. New York: Palgrave Macmillan, 2018. 345 p.
72. *Rosenman H.* Prolonging Life, or Death? // Hospital Physician. 1979. Vol. 15. No. 3. P. 88.
73. *Slutsky A.S.* History of Mechanical Ventilation from Vesalius to Ventilator-Induced Lung Injury // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2015. Vol. 191. No. 10. P. 1107–1108.

74. *Solomon H.* Living on Borrowed Breath: Respiratory Distress, Social Breathing, and the Vital Movement of Ventilators // *Medical Anthropology Quarterly*. 2021. Vol. 35. No. 1. P. 102–119.
75. *Strømskag K.E.* Kristian Igelsrud og den første åpne hjertekompresjon [Kristian Igelsrud and the first successful direct heart compression] // *Journal of Norwegian Medical Association*. 2002. Vol. 122. No. 30. P. 2863–2865.
76. *Szasz T.* *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*. Syracuse, NY: Syracuse University Press, 2007. 232 p.
77. *Trubuhovich R. V.* History of mouth-to-mouth rescue breathing. Part 2: the 18th century // *Critical Care and Resuscitation*. 2006. Vol. 8. No. 2. P. 157–171.
78. *Vallejo-Manzur F., Varon J., Fromm R.Jr., Baskett P.* Moritz Schiff and the History of Open-Chest Cardiac Massage // *Resuscitation*. 2002. Vol. 53. No. 1. P. 3–5.
79. *Veatch R.M.* Brain Death: Welcome Definition... or Dangerous Judgment? // *The Hastings Center Report*. 1972. Vol. 2. No. 5. P. 10–13.
80. *Vos R., Willems D.L.* Technology in Medicine: Ontology, Epistemology, Ethics and Social Philosophy at the Crossroads // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2000. Vol. 21. No. 1. P. 1–7.
81. *Warwick A.* X-rays as Evidence in German Orthopedic Surgery, 1895–1900 // *Isis*. 2005. No. 96. P. 1–24.
82. *Webb R.T., Bacon D.* History of Resuscitation // *International Anesthesiology Clinics*. 2017. Vol. 55. No. 3. P. 117–129.
83. *Wijdicks E.F.M.* *Brain Death*. Oxford: Oxford University Press, 2017. 296 p.
84. *Yoxen E.* Seeing with Sound: A Study of the Development of Medical Images // *Bijker W., Hughes T., Pinch T.* (eds.) *The Social Construction of Technological Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*. Cambridge, MA: MIT Press, 1987. P. 281–303.