

На правах рукописи

Патракова Алина Павловна

**ПРОБЛЕМА ГРАНИЦЫ МЕЖДУ ЖИЗНЬЮ И СМЕРТЬЮ
В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ
РЕАНИМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ:
ФИЛОСОФСКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Специальность 5.7.6 – Философия науки и техники

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата философских наук

Москва, 2022

Работа выполнена в секторе гуманитарных экспертиз и биоэтики Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института философии Российской академии наук.

Научный руководитель:

Попова Ольга Владимировна – доктор философских наук, ведущий научный сотрудник, руководитель сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН

Официальные оппоненты:

Иванюшкин Александр Яковлевич – доктор философских наук, кандидат медицинских наук, профессор учебно-методического отдела Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Брызгалина Елена Владимировна – кандидат философских наук, доцент, заведующая кафедрой философии образования философского факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «17» мая 2022 года в «15.00» часов на заседании диссертационного совета 24.1.143.03 Института философии РАН по адресу: 109240, г. Москва, ул. Гончарная, д.12, стр. 1, Зал заседаний Ученого совета (комн. 313).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института философии РАН и на сайте Института философии РАН: <https://iphras.ru/page12896281.htm>

Автореферат разослан « ____ » _____ 20__ г.

Ученый секретарь
диссертационного совета 24.1.143.03
кандидат философских наук



М.А. Пилюгина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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

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.

очерчивания строгих дисциплинарных и организационных границ между 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

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.

иначе затрагивается проблема границы между жизнью и смертью человека. 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. Остлунд⁹ и др.). В последующее десятилетие отмечается взрывной интерес к тому, как смерть воспринимается в разных культурах¹⁰. 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. Деграциа¹¹ 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. Вайждикс¹² и др.). Что касается отечественных

⁹ *Бодрийяр Ж.* Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000. 387 с.; *Фуко М.* Рождение клиники. М.: Академический Проект, 2010. 252 с.; *Kubler-Ross E.* On Death and Dying. New York: Scribner, 2014. 304 p.; *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; *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.; *Lock M.M.* Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death. Oakland: University of California Press, 2002. 429 p.; *Ostlund S.K.* Doctors, Nurses, & Patients: Who Has Control Over Death And Dying? // *Anthropology of Consciousness.* 2000. Vol. 11. No. 1–2. P. 78–89.

¹⁰ *Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти. М.: Прогресс-Академия, 1992. С. 6.

¹¹ *Kass L.R.* Death as an Event: A Commentary on Robert Morrison // *Science.* 1971. Vol. 173. No. 3998. P. 698–702; *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; *Browne A.* Defining Death // *Journal of Applied Philosophy.* 1987. Vol. 4. No. 2. P. 155–164; *Cranford R.E.* Criteria for Death // *Encyclopedia of Bioethics.* Vol. 2. New York: Macmillan Pub., 1995. P. 602–608; *DeGrazia D.* The Nature of Human Death // *Luper S.* (ed.) *The Cambridge Companion to Life and Death.* Cambridge: Cambridge University Press, 2014. P. 80–98; *Lizza J.P.* Persons, Humanity, and the Definition of Death. Baltimore, JHU Press, 2000. 272 p.; *Lizza J.P.* Defining Death: Beyond Biology // *Diametros.* 2018. Vol. 55. P. 1–19.

¹² *Shewmon D.A.* The Brain and Somatic Integration. Insights into the Standard Biological Rationale for Equating “Brain Death” with Death // *Journal of Medicine and Philosophy.* 2001. Vol. 26. No. 5. P. 457–478; *Shewmon D.A.* Chronic “Brain Death”: Meta-Analysis and Conceptual

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 биотехнологий¹³.

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. Коллинза¹⁴. 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. Тиссьер¹⁵.

Consequences // *Neurology*. 1998. Vol. 51. No. 6. P. 1538–1545; *Bernat J.L.* The Concept and Practice of Brain Death // *Progress in Brain Research*. 2005. Vol. 150. P. 369–379; *Veatch R.M.* Brain Death: Welcome Definition... or Dangerous Judgment? // *The Hastings Center Report*. 1972. Vol. 2. No. 5. P. 10–13; *Wijdicks E.F.M.* *Brain Death*. Oxford: Oxford University Press, 2017. 296 p.

¹³ *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; *Иванюшкин А.Я., Попова О.В.* Социальный и философский контекст проблемы смерти мозга. М.: ИФ РАН, 2015. 349 с.; *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; *Юдин Б.Г.* Границы человеческого существа как пространства технологических воздействий // Вопросы социальной теории. 2011. Т. V. С. 102–118; *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; *Тищенко П.Д.* Био-власть в эпоху биотехнологий. М.: ИФ РАН, 2001. 177 с.; *Тищенко П.Д.* На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Мир, 2011. 328 с.

¹⁴ *Rosenman H.* Prolonging Life, or Death? // *Hospital Physician*. 1979. Vol. 15. No. 3. P. 88; *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.

¹⁵ *Campbell A.G., McHaffie H.E.* Prolonging Life and Allowing Death: Infants // *Journal of Medical Ethics*. 1995. Vol. 21. No. 6. P. 339–344; *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; *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.

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. Бэкона¹⁶. 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. Слуцки¹⁷. Об истории различных методик искусственного дыхания писали Р.В. Трубухович, Т.Ф. Баскетт¹⁸. 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 практику¹⁹.

¹⁶ *Lee R.* Cardiopulmonary Resuscitation in the Eighteenth Century // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1972. Vol. 27. No. 4. P. 418–433; *Liss H.P.* A History of Resuscitation // *Annals of Emergency Medicine*. 1986. Vol. 15. No. 1. P. 65–72; *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; *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; *Kurt-Gabel C.* Why Do Resuscitation Guidelines Keep Changing? // *Dental Nursing*. 2009. Vol. 5. No. 11. P. 618–620; *Aitchison R.* A Review of Cardiopulmonary Resuscitation and its History // *Disease-a-month: DM*. 2013. Vol. 59. No. 5. P. 165–167; *Webb R.T., Bacon D.* History of Resuscitation // *International Anesthesiology Clinics*. 2017. Vol. 55. No. 3. P. 117–129.

¹⁷ *Price J.L.* The Evolution of Breathing Machines // *Medical History*. 1962. Vol. 6. P. 67–72; *Baker A.B.* Artificial Respiration, the History of an Idea // *Medical History*. 1971. Vol. 15. No. 4. P. 336–351; *Kacmarek R.M.* The Mechanical Ventilator: Past, Present, and Future // *Respiratory Care*. 2011. Vol. 56. No. 8. P. 1170–1180; *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; *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.

¹⁸ *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; *Baskett T.F.* Resuscitation Great. Silvester's Technique of Artificial Respiration // *Resuscitation*. 2007. Vol. 74. No. 1. P. 8–10; *Baskett T.F.* Resuscitation Great. The Holger Nielsen Method of Artificial Respiration // *Resuscitation*. 2007. Vol. 74. No. 3. P. 403–405.

¹⁹ *Vallejo-Manzur F., Varon J., Fromm R.Jr.* et al. Moritz Schiff and the History of Open-Chest Cardiac Massage // *Resuscitation*. 2002. Vol. 53. No. 1. P. 3–5.

В ряду исследований, посвященных проблемам медикализации (И. Иллич, Т. Шаш, Д.В. Михель, Х. Варрайч²⁰) отдельно следует отметить междисциплинарные исследования о медикализации телесности (А. Мол, Б.Д. Роббинс, Н. Лизама, С.В. Соколовский²¹). Также для рассматриваемой проблематики значимы работы Дж. Агамбена, Ф. Дагонье, Р. Эспозито, Х. Соломона, Х. С. Чэппл, Г. Линдемманн²².

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. Диём, С.П. Гордон, Н. Баер, Дж. Терсьер²³ и др.

Что касается лакун в исследованиях на эту тему, в первую очередь, следует отметить недостаточную разработанность проблематики критической

²⁰ *Ilich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. New York: Pantheon, 1982. 294 p.; Szasz T. The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays. Syracuse, NY: Syracuse University Press, 2007. 232 p.; Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. № 4 (60). Вып. 2. С. 256–263; Warraich H. Modern Death: How Medicine Changed the End of Life. London: St. Martin's Press, 2018. 336 p.*

²¹ *Мол А. Множественное тело. Онтология в медицинской практике. Пермь: Гиле Пресс, 2017. 250 с.; Robbins B.D. The Medicalized Body and Anesthetic Culture. The Cadaver, the Memorial Body, and the Recovery of Lived Experience. London: Palgrave Macmillan US, 2018. 345 p.; Lizama N. Afterlife, but not as We Know It: Medicine, Technology and the Body Resurrected. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy. Perth: University of Western Australia, 2008. 256 p.; Соколовский С.В. Множественное тело и мультимодальность смерти // Социология власти. 2019. Т. 31. № 2. С. 155–175.*

²² *Агамбен Дж. Homo Sacer. Суверенная власть и голая жизнь. М.: Европа, 2011. 256 с.; Dagognet F. La maîtrise du vivant. Paris: Hachette, 1988. 202 p.; Esposito R. Bios. Biopolitics and Philosophy. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008. 230 p.; 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; Chapple H.S. No Place for Dying: Hospitals and the Ideology of Rescue. Routledge, 2019. 324 p.; Lindemann G. Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin. München: Wilhelm Fink Verlag, 2002. 469 S.*

²³ *Markert R., Saklayen M. Cardiopulmonary Resuscitation on Television // The New England Journal of Medicine. 1996. Vol. 335. No. 21. P. 1605–1607; Diem S., Lants J., Tulsy J. Cardiopulmonary Resuscitation on Television – Miracles and Misinformation // The New England Journal of Medicine. 1996. Vol. 334. No. 24. P. 1578–1582; 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; Baer N. Cardiopulmonary Resuscitation on Television: Exaggerations and Accusations // New England Journal of Medicine. 1998. Vol. 334. No. 24. P. 1604–1605; Tercier J. The Lips of the Dead and the 'Kiss of Life': the Contemporary Deathbed and the Aesthetic of CPR // Journal of Historical Sociology. 2002. Vol. 15. No. 3. P. 283–327.*

медицины именно в философском контексте. По мнению Р. Воса и Д.Л. Виллемса, тема медицинских устройств в философии техники по-прежнему занимает маргинальное положение²⁴. Как полагает С. Хэнсон, к настоящему времени было предпринято мало попыток предложить всестороннюю философскую перспективу медицинских технологий²⁵. 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.

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.

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:

²⁴ 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.

²⁵ 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.

- 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-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.

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 основе²⁶. 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 науки²⁷. 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

²⁶ *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.*

²⁷ *Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н. История и философия медицины. Научные революции XVII–XIX веков. М.: Академический проект, 2017. С. 90.*

в естествознании, так и в гуманитаристике²⁸. Кроме того, Б.Г. Юдин разработал концепцию антропогенных фазовых переходов. Фазовый переход, как правило, происходит быстро и отличается нестабильным состоянием системы, следствием чего является нелинейная зависимость между интенсивностью воздействий на систему извне и ее реакциями на эти воздействия. Даже сравнительно слабое воздействие может иметь значимые последствия, радикально меняя состояния системы²⁹. 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 неопределенности³⁰. 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 состоянии³¹. Кроме того, в работе находят отражение предложенные О.В. Поповой дискурсивный и этико-правовой подходы к анализу смерти

²⁸ Юдин Б.Г. Границы человеческого существа как пространства технологических воздействий // Вопросы социальной теории. 2011. Т. V. С. 103.

²⁹ Юдин Б.Г. Смерть и умирание в контексте высоких технологий. С. 14.

³⁰ Там же. С. 17.

³¹ 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.

мозга, а также ее тезис о смерти как о социокультурном феномене, имеющем конвенциональный характер³².

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. Для понимания его проблем возникает необходимость начинать с рассказа, тем самым намечая точку опоры, от которой можно было бы оттолкнуться в дальнейшем осмыслении³³. 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-человеческим³⁴.

Положения, выносимые на защиту

1. Проблема границы между жизнью и смертью включает в себя несколько уровней – внутридисциплинарный, междисциплинарный

³² *Попова О.В.* Тело как территория технологий: от социальной инженерии к этике биотехнологического конструирования. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2021. С. 72.

³³ *Тищенко П.Д.* На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Мир, 2011. С. 17.

³⁴ *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.

и трансдисциплинарный. Ее суть состоит в невозможности однозначно определить границу между жизнью и смертью человека. Эта проблема видится неразрешимой в рамках биомедицинской парадигмы в частности и в пределах научной рациональности в целом.

2. Доказано, что граница между жизнью и смертью не поддается прямому усмотрению не только невооруженным глазом, но и при помощи технологий. Речь идет лишь об условной ее видимости, которая опосредована и теоретически, и технически. В этом смысле определение момента смерти в реанимационном пространстве, по сути, носит конвенциональный и вероятностный характер, хотя в клинической практике эта вероятностность обычно не рефлексирована.

3. Показано, что медицину критических состояний можно рассматривать как масштабный научно-технический проект, в основании которого лежит по преимуществу позитивистское мировоззрение в сочетании с квазирелигиозным стремлением к победе над смертью при помощи науки и технологий. Биомедицинская парадигма, в основаниях которой прослеживаются биологический редукционизм в отношении человека и представления о каузальной замкнутости физического мира, имплицитно отрицает антропологическую трихотомию и метафизический контекст умирания. Подобная позитивистская установка на демистификацию и десакрализацию смерти редуцирует смерть к необратимому техническому сбою и потому представляется источником антропологических рисков.

4. На основании концепции антропогенных фазовых переходов Б.Г. Юдина, утверждается, 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. При этом человек рискует надолго задержаться в переходной зоне между жизнью и смертью. Спектр таких гибридных состояний варьируется от существования, в котором жизнь

парадоксальным образом неотличима от смерти, до относительно активной жизни, полностью зависящей от аккумуляторов.

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: XV Международная конференция "The Survival Strategy in Terms of Bioethics, Anthropology, Philosophy and Medicine" (Кишинев, 13-14.09.2019), IV Российский национальный конгресс «Трансплантация и донорство органов» (Москва, 08.10.2019), I Степинские чтения «Современный этап развития науки и кризис техногенной цивилизации» (Москва, 12-13.11.2019), конференция «Конструирование человека: философские проблемы технического отношения к человеку» (Москва, 03.12.2019), конференция «Философия в XXI веке: новые стратегии философского поиска-2019» (Москва, 02-05.12.2019), конференция «Актуальные вопросы этнологии и антропологии» (Москва, 10-12.12.2019; 17-20.11.2020), VIII международный симпозиум «Медицинская антропология на пороге третьего десятилетия XXI века: основные итоги, новые идеи и перспективы» (Москва, 15-17.10.2020), IX международный симпозиум «Медицинская антропология перед новыми вызовами: мир, люди, знания и культуры в эпоху пандемии» (Москва, 18-20.11.2021).

Структура диссертационного исследования

Работа состоит из введения, 3 глав, заключения и списка литературы, насчитывающего в общей сложности 244 наименования, 2 приложений. Общий объем работы – 173 страницы.

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

В **подпараграфе 1.1.1 «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 1.1.2 «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. 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 1.1.3 «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 1.2 «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 1.2.1 «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 1.2.2 «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, какие стадии выделяются и почему. Выделение тех или иных этапов, по сути, тоже представляет собой определенную теоретическую конструкцию. Выявлена трудность очерчивания границы между жизнью и смертью на терминологическом уровне даже в пределах одной дисциплинарной онтологии.

Параграф 1.3 «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 аппаратуры, но и определенным образом конструируются. Неуловимый момент наступления смерти фиксируется и визуализируется при помощи технологий со значительной долей условности.

В *подпараграфе 1.3.1 «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 приборов. 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.

В *подпараграфе 1.3.2 «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, 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 1.3.3 «Технологии телереанимации и видеонаблюдения»** речь идет о появлении камер видеонаблюдения в палатах интенсивной терапии. Анализируется телереанимация как одно из развивающихся направлений в телемедицине. Отмечаются риски, связанные с удаленным консультированием и видеомониторингом 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 1.4 «Субъекты наблюдения в реанимации» посвящен личностному и межличностному измерениям в том, что касается интерпретации диагностических изображений и состояния 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, различия восприятия границы между жизнью и смертью.

В **подпараграфе 1.4.1 «Врачи в качестве активных субъектов»** идет речь о 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. При этом лицо пациента может ускользать из поля зрения активного наблюдателя.

С целью проследить причины формирования клинического 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 человеческое тело. В результате такого обучения у будущих медиков меняется восприятие человеческого организма. Вырабатывается навык видеть живое сквозь призму мертвого. Граница между живым и мертвым размывается во врачебном взгляде на человека.

В *подпараграфе 1.4.2 «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 восприятие представляется противоположным взгляду на смерть «в третьем лице», характерному для клинического взгляда. Пациенты и родственники, не имеющие познаний в области медицины, могут ошибочно истолковывать решения и действия врачей, что приводит к недоразумениям 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 приборов. Биомедицинская парадигма предписывает видеть эту границу в измеряемых показателях активности органов-мишеней. Также сделан вывод, 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 2.1 «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 2.1.1 «Приспособления для возвращения к жизни в истории медицины»** прослеживается история орудий для возвращения человека к жизни начиная с XV в. 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. Танатогенез рассматривается как сбой в механизме, который можно попытаться устранить при помощи технических воздействий.

В подпараграфе 2.1.2 *«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. 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 2.1.3 *«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 2.2 *«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 2.2.1 *«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 2.2.2 *«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 2.2.3 *«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, 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 **3.1 «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 3.1.1 «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 насилием по отношению к пациенту.

В *подпараграфе 3.1.2 «Право на смерть»* выделены два типа ситуаций:

- 1) пациент уже подключен к аппаратам, но, по мнению врачей, безнадежен;
- 2) отставание права на смерть заблаговременно (до критической ситуации) – 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 3.2 «Этические проблемы использования реанимационных технологий»** основное внимание уделено вопросу о соотношении бремени и пользы реанимационного воздействия в индивидуальном и коллективном измерениях.

В *подпараграфе 3.2.1 «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 3.2.2 «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 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 Заключение 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.

Публикации по теме диссертации

Статьи в периодических изданиях, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендуемых ВАК Министерства образования и науки РФ:

- 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.
- 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.