

ИНСТИТУТ ФИЛОСОФИИ РАН

А.Я. ИВАНЮШКИН, О.В. ПОПОВА

**ПРОБЛЕМА СМЕРТИ МОЗГА
В ДИСКУРСЕ БИОЭТИКИ**

*Посвящается выдающимся отечественным ученым
В.А. Неговскому, Л.М. Поповой, А.М. Гурвичу*

Монография

nota bene

Москва
2013

ББК 87
П 57

**Монография подготовлена
при финансовой поддержке РГНФ,
грант № 12-33-01419**

П 57 Иванюшкин А.Я., Попова О.В. Проблема смерти мозга в дискурсе биоэтики, 2013. — 288 с.

ISBN 978-5-8188-0222-0

ББК 87

© Иванюшкин А.Я., Попова О.В., текст, 2013

© Издательство ООО «НБ-Медиа», оригинал-макет, 2013

ПРЕДИСЛОВИЕ

Представляя читателям эту весьма интересную и содержательную книгу, хотел бы сказать несколько слов об обсуждаемой в ней проблематике, а также о замысле авторов, как я его понимаю. Тема смерти вообще и смерти мозга в частности представляется подведомственной прежде всего медицине. Это и так, и не так. Начать с того, что на протяжении многих столетий медики всячески сторонились смерти. Авторы приводят приписываемые Гиппократу слова о том, что медицина не протягивает своей руки к тем, которые уже побеждены болезнью. Такова была и в те далекие времена, и в последующем — вплоть до XIX века — общая установка медиков. Гиппократ, как известно, учил распознавать знаки смерти — показатели не самой кончины, а ее приближения, — но не для того, чтобы вступать в борьбу со смертью или хотя бы диагностировать ее, а как раз для того, чтобы сразу после их обнаружения прекращать лечение. Это мотивировалось как опасением повредить репутацию и даже навлечь немилость родственников человека, которого не удалось спасти, так и тем, что попытки продлить жизнь пациента, который не сможет выздороветь, попросту неэтичны¹. В те времена, таким образом, от врача вовсе не требовалось находиться у постели больного вплоть до его смерти. Напротив, врач, убедившись, что пациент безнадежен, считал свою миссию законченной. Умиравший чаще имел дело со священником, который и констатировал смерть. Наделение врачей таким функ-

¹ См. Amundsen Darrel W. Prolonging life and passive euthanasia. — In: «Encyclopedia of Bioethics», rev. ed., 1995, v. 3, p. 1514–1515.

циями, как борьба за спасение жизни умирающего пациента и определение момента его смерти — явление по историческим масштабам совсем недавнее, относящееся примерно к середине XIX столетия. И связано оно было с тем процессом, который историки медицины и историки культуры называют медиализацией смерти.

Толчком к нему послужили панические настроения, продолжавшиеся в разных странах, особенно — во Франции и в Германии, на протяжении двух предшествующих столетий. «... и в искусстве, и в литературе, и в медицине XVII–XVIII вв., — отмечает в этой связи французский историк культуры Ф. Арьес, — царили неуверенность и двусмысленность в отношении жизни, смерти и их пределов. Постоянно присутствующей стала сама тема живого трупа, мертвеца, который на самом деле жив». ...Впоследствии эта тема захватила и повседневную жизнь, так что, как пишет в 1876 г. в «Энциклопедическом словаре медицинских наук» А. Дешамбр, умами овладела «всеобщая паника» — страх быть похороненным заживо, очнуться от долгого сна на дне могилы»².

Более того, даже когда государственные власти в стремлении совладать с паникой пытались узаконить медицинское освидетельствование смерти, им приходилось преодолевать сопротивление врачей. Ф. Арьес цитирует в этой связи статью «Погребение» из вышедшего в Париже в 1818 г. «Словаря медицинских наук в 60 томах» и приводит следующее красноречивое высказывание: «врачей редко зовут констатировать смерть, эта важная забота отдана наемным людям или тем, кто совершенно чужд знанию физического человека»³.

Как бы то ни было, под влиянием широко распространившихся опасений относительно преждевременного захоронения ситуация начала меняться. Постепенно медицинская профессия обрела исключительное право, а тем самым и обязанность констатировать смерть. «В большинстве стран, — отмечается уже в наши дни в Декларации Всемирной медицинской ассоциации, — определение времени смерти является юридической обязанностью врача, и такое положение должно сохраняться»⁴.

² Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. Пер. с французского. М.: Прогресс, 1992. С. 332.

³ Там же. С. 336.

⁴ Сиднейская декларация относительно смерти. — В кн.: Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев, Ассоциация психиатров Украины. 1966. С. 16.

Интересно, что когда в 1957 г. Международный конгресс анестезиологов, озабоченный тем, что развитие технологий искусственного поддержания жизни делает проблематичным медицинское определение момента смерти, обратился к тогдашнему главе католической церкви — папе Пию XII — с просьбой разъяснить, чем им следует руководствоваться, проводя границу между жизнью и смертью человека, тот ответил, что уточнять определение смерти — дело не церкви, а врачей⁵. Таким образом, ныне и церковь вполне согласна с тем, что именно на врачах, а не на священниках, лежит ответственность за констатацию смерти.

Американский историк медицины М. Перник подчеркивает, что в результате определение момента смерти стало вопросом, требующим применения технических средств, методов и критериев, известных только специалистам. Тем самым, рассуждает он, медики обрели новую монополию, а стало быть — и новую власть в обществе. В этой связи Перник приводит такое высказывание, сделанное в 1870 г. основателем парижского морга Э. Бушу: «Предположим на мгновение, что открыт знак смерти, очевидный всему миру. К чему это приведет? Люди перестанут обращаться к врачу, чтобы удостовериться смерть. ...Поэтому лучше отказаться от неудачной мысли о том, что знаки смерти должны быть упрощены»⁶. Сама сложность диагностирования смерти, отмечает далее М. Перник, позволила медицинской профессии укрепить свое влияние в обществе: «Врачи, которые представляли медицинское свидетельство о смерти как превентивную меру против преждевременных похорон, претендовали не только на небольшой дополнительный приработок от инспектирования трупов. Власть определять смерть давала докторам также и власть очерчивать границу вокруг самой последней и страшной тайны жизни, а следовательно, укреплять, по крайней мере символически, статус медицинской профессии»⁷.

Обратим, далее, внимание на следующее: если сама по себе констатация смерти — это по существу одномоментный акт, то смерть, протекающая под наблюдением медиков, имеет длительность, подчас довольно большую. При этом в определенной —

⁵ См.: Pius XII. The prolongation of life. — In: The Pope Speaks. N 4, 1958. P. 393–398.

⁶ Pernick M. S. Back from the grave: Recurring controversies over defining and diagnosing death in history. — In: Death: Beyond whole-brain criteria. Ed. by R. M. Zaner. Kluwer Acad. Publishers, 1988, p.43.

⁷ Ibid., p.44.

и в ходе прогресса биомедицины все большей — мере процесс умирания контролируется медицинским персоналом. А это значит, что смерть (и умирание) становятся не просто естественным событием, но таким событием, которое опосредуется имеющимися у медиков техническими возможностями и средствами, то есть в определенной мере — событием искусственным, обусловленным теми решениями, которые принимаются людьми.

Очевидно, особая острота обсуждаемой в книге проблемы смерти мозга обусловлена тем, что постановка такого диагноза открывает новые технологические возможности в области трансплантологии. Получение органов и тканей от умершего — это совершенно новая область биомедицины. Дело обстоит таким образом, что процедуры, направленные на то, чтобы вернуть к жизни пациента, попавшего в тяжелую аварию (чаще всего именно таким бывает источник донорского материала, коль скоро речь идет об умершем доноре), в какой-то момент радикально меняют свою направленность.

После того, как поставлен диагноз смерти мозга, целью усилий реаниматологов становится не спасение данного пациента, а сохранение в надлежащем состоянии его органов и тканей, что является необходимым условием успеха последующей трансплантации. При этом приходится проводить мероприятия, которые по своей сложности ничуть не уступают собственно реанимационным процедурам. Такого рода мероприятия называют кондиционированием, а на медицинском жаргоне — даже лечением (!) трупа. Тело пациента после того, как ему поставлен диагноз мозговой смерти, становится своего рода фабрикой, продукция которой — донорский материал приемлемого качества.

Иными словами, смерть, которая в нашем повседневном бытии представляется едва ли не эталоном естественного хода вещей, оказывается событием все более искусственным, все более опосредованным применением тех технологий, которые создаются на основе арсенала биомедицинских наук. Еще раз процитируем Ф. Арьеса, который пишет, что сегодняшняя смерть «укорачивается или продлевается в зависимости от действий врача: он не может ее предотвратить, но часто в состоянии регулировать ее длительность — от нескольких часов до нескольких недель, месяцев или даже лет. ...Бывает, оттягивание смертного часа становится самоцелью, и медицинский персонал не жалеет усилий, чтобы продлевать жизнь человека искусственными методами. ... медицина, организованная в форме больницы, в принципе может

позволить неизлечимому больному продолжать существование неопределенно долго»⁸.

Таким образом, медиализация смерти привела к тому, что медики оказались непосредственно вовлеченными в трагическую, сложную и наделенную глубочайшими культурными смыслами область человеческого существования. И если М. Перник говорит о том, что благодаря этому медицинская профессия обрела новый источник власти в обществе, то в любом случае это навлекло на нее и новую, чрезвычайно серьезную ответственность, породило и продолжает порождать сложнейшие моральные коллизии, с какими не приходилось сталкиваться традиционной медицине.

Хотелось бы обратить внимание на то, что проблема смерти мозга, обсуждаемая в книге, носит пограничный характер. Ее пограничность может пониматься в двух разных смыслах. Во-первых, в самом прямом смысле проведения границы между двумя совершенно разными модусами бытия — индивидуальным существованием живого человеческого существа и прекращением этого существования.

Во-вторых, пограничный характер этой проблемы заключается и в том, что она располагается не всецело в сфере медицины (которая, как убедительно показывают авторы, обладает исключительной компетенцией в решении всех технических вопросов, связанных с определением и критериями смерти мозга), а на границе между биомедицинскими науками, с одной стороны, и науками социально-гуманитарными, с другой. Более того, проблема смерти мозга носит не только междисциплинарный, но и, как сегодня принято выражаться, трансдисциплинарный характер. Действительно, те критерии и определения смерти мозга, которые вырабатываются специалистами биомедицины, могут стать приемлемыми для общества лишь тогда, когда они получают социальное, юридическое и моральное признание. Решения о приемлемости этих определений и критериев должны получить санкцию за пределами не только биомедицины, но и всего корпуса наук, то есть в том трансдисциплинарном пространстве, в котором все мы обитаем и которое нам все в большей мере приходится делить с самыми разнообразными технологиями.

Более того, даже после такого всеобщего признания я бы не стал настаивать на том, что с этими критериями и определениями

⁸ Арьес Ф. *Op. cit.* С. 480–481.

в обязательном порядке должен согласиться всякий индивид. Да, пусть ученые, биологи и медики, утверждают, что человеческое существо, оказавшееся в таком состоянии, является мертвым. Но вот один из таких несогласных — будем называть его Фомой неверующим, — рядовой человек, видит, что, скажем, его близкий, который лежит на больничной койке, дышит (пусть с помощью искусственного устройства), у него пульсирует кровь и т.п. И когда врачи говорят Фоме, что его родственник мёртв, Фома с ними не соглашается, предпочитая верить не чужим словам, а своим глазам.

Пойдем теперь дальше: к делу подключились юристы, за ними — законодатели. Принят соответствующий акт, узаконивающий этот критерий. Отныне за ним стоит авторитет не только ученых, но и государства. Значит ли это, что теперь наш Фома обязан с ним согласиться, так сказать, внутренне, по своим убеждениям? Я в этом не уверен.

И действительно, есть люди, которые не хотят принимать этот критерий. Их, конечно, можно счесть отсталыми, темными, но вопрос всё-таки остается: а можно ли заставить их согласиться с критерием смерти мозга, заставить считать мертвым человеческое существо, у которого поддерживается дыхание и кровообращение?

Здесь напрашивается сравнение нашего Фомы с невеждой, отказывающимся признавать, что Земля вращается вокруг Солнца, а не наоборот. Мы, конечно, можем посмеяться над таким человеком, но будет ли иметь смысл принятие закона, заставляющего признавать гелиоцентрическую систему? Не окажется ли еще более смешным сам такой закон? В самом деле, до тех пор, пока представления и верования Фомы не причиняют ущерба кому-нибудь другому, они остаются его частным делом.

Все эти рассуждения — только один из многих пластов острых, животрепещущих проблем, задуматься над которыми побуждает книга моих коллег, А. Я. Иванюшкина и О. В. Поповой. Думается, читатели согласятся со мной в том, что она наделена многими достоинствами.

Б. Г. Юдин

ВВЕДЕНИЕ

Смерть мозга человека — состояние, характеризующееся диагностированным необратимым отсутствием всех функций головного мозга, включая ствольные функции. После наступления такого состояния современные реанимационные меры по искусственному поддержанию дыхания и кровообращения у взрослых пациентов могут быть эффективными в течение от нескольких часов до двух недель (редко дольше)⁹. Научный анализ проблемы смерти мозга, актуализированной клинической практикой (в том числе необходимостью дифференциации с коматозными состояниями различного генеза) и имеющей особое значение для развития трансплантологии, подразумевает использование междисциплинарного подхода. В связи с этим в настоящее время проблема демаркации жизни и смерти человека вышла за рамки предметного поля медицины (преимущественно реаниматологии и трансплантологии) и активно исследуется с привлечением методов этики, права, философии и других наук.

Проблемная ситуация, являющаяся общей для всех указанных научных дисциплин и определившая необходимость проведения данной работы, связана с распространением и закреплением в нормативных правовых актах и научных публикациях положения о том, что диагностированная смерть мозга тождественна смерти пациента.

⁹ Гурвич А. М. Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга//Биомедицинская этика/Под ред. акад. РАМН В. И. Покровского. М.: Медицина, 1997. С. 194.

Положение о тождестве смерти человеческого индивида и смерти его головного мозга содержит значительный этико-правовой компонент, который в России до настоящего времени не был предметом специальных комплексных исследований. Правда, справедливости ради следует отметить, что в истории биоэтики в России проблема смерти мозга занимает исключительное положение. Речь идет о том, что философские аспекты этой проблемы начали обсуждаться в советской научной литературе еще в конце 70-х гг. прошлого века (прежде всего, в работах В. А. Неговского¹⁰), в то время как с самим термином «биоэтика» читатель философской периодики на русском языке знакомится где-то в середине 1980-х гг.¹¹, а первые оригинальные отечественные работы в этом направлении появляются в начале 90-х гг.¹²

В дискурсе философской этики биоэтика обычно рассматривается как направление прикладной этики. А. А. Гусейнов определяет прикладную этику как «область знания и практики, предметом которой являются практические моральные проблемы, имеющие пограничный (предельный) и открытый характер»¹³. Л. В. Коновалова подчеркивала, что «по настоящему предметом прикладной нормативной этики должны быть особые разновидности моральных проблем — те, которые носят исторически сложившееся название “моральных дилемм”»¹⁴. П. Д. Тищенко определяет в качестве философских начал биоэтики «жизненные апории»¹⁵. Один из авторов данной работы (А. Я. Иванюшкин) определяет биоэтику как междисциплинарную область исследований таких моральных дилемм современной биомедицины, которые являются «затруд-

¹⁰ Неговский В. А. Некоторые методологические проблемы современной реаниматологии//Вопр. филос. 1978. № 8. С. 64–73.

¹¹ Царегородцев Г. И., Кармазина Е. В. Биоэтическое направление в современной буржуазной философии//Вопр. филос. 1985. № 12 С. 110–121.

¹² Биоэтика: проблемы и перспективы/Отв. ред. С. М. Малков и А. П. Огурцов. М.: ИФ РАН, 1992.

¹³ Гусейнов А. А. Прикладная этика//Этика: Энциклопедический словарь/Под ред. Р. Г. Апресяна и А. А. Гусейнова. М.: Гардарики, 2001. С. 388–389.

¹⁴ Коновалова Л. В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Вып. 1: Биоэтика и экоэтика. М.: ИФ РАН, 1998. С. 50.

¹⁵ Тищенко П. Д. На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Мирь, 2011. С. 16.

нениями человечества»¹⁶. Здесь специфика биоэтических дилемм, о которой писала Л.В. Коновалова, подчеркивается хорошо известными словами основателя Римского клуба А. Печчеи, метафорически определившего глобальные проблемы современности как «затруднения человечества»¹⁷.

Конечно, вопрос дефиниции в научном дискурсе не последний, но его удовлетворительное решение неминуемо оказывается своеобразной «точкой пересечения» не только современных трендов философии и этики науки, философской антропологии, философии трансгуманизма и т.д. Биоэтика — это область междисциплинарных исследований, направленных на осмысление, обсуждение и разрешение моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и практикой здравоохранения. Вместе с этим в современном обществе биоэтика выступает и как формирующийся специфический социальный институт, призванный регулировать конфликты и напряжения, возникающие во взаимоотношениях между сферой выработки и применений новых биомедицинских знаний и технологий, с одной стороны, и индивидом и обществом — с другой.

Проблема смерти мозга, возникнув как научная, клиническая проблема, оказалась «чреватой» той биоэтической дилеммой, с осмысления которой собственно и началась биоэтика в России. Здесь следует заметить, что в биоэтике исследуются, во-первых, дилеммы аксиологического порядка, а во-вторых — онтологического порядка. Такие традиционные сюжеты и классической медицинской этики, и биоэтики, как «информирование пациента» или «врачебная тайна» относятся к первому типу дилемм. Очевидно, что дилемма — является ли пациент с диагнозом смерти мозга еще живым или уже мертвым — относится ко второму типу. Аналогичная дилемма — является ли эмбрион уже человеком или еще не является? Именно в связи с этим мы имеем дело с так трудно разрешимой в моральном плане проблемой аборта. Значимость названной проблемы в биоэтике такова, что подчас говорят об уже

¹⁶ Иванюшкин А.Я. Предмет биоэтики//Философия и этика: сборник научных трудов. К 70-летию академика А.А. Гусейнова. М.: Альфа-М, 2009. С. 694–708.

¹⁷ Печчеи А. Человеческие качества/Пер. с англ. О.В. Захаровой/Общ. ред. и послесловие академика Д.М. Гвишиани. М.: Прогресс, 1980. С. 91.

почти оформившейся «этике аборта»¹⁸. Столь же философски многомерной оказывается тайна безумия — например, хорошо известное на Западе руководство «Этика психиатрии» под ред. С. Блоха и П. Чодоффа представляет собой фолиант примерно в 40 п. л.¹⁹

Вопрос о новой дефиниции смерти, конечно же, из разряда тех «жизненных апорий», которые П. Д. Тищенко в работе «На гранях жизни и смерти» (2011 г.) называет началами биоэтики. Заметим, что в первых же строках автор предупреждает читателя: «В этой книге... речь пойдет только о философии. Темы эвтаназии, пересадки органов, нанобиотехнологий, как и другие, обычно относимые к биоэтическим, будут рассматриваться сотематически»²⁰. Как мы полагаем, совершенно справедливо автор мягко указывает на имеющийся в современном биоэтическом дискурсе «перекосяк»: подавляющее большинство публикаций в отечественной биоэтике (и не только) носит именно «прикладной характер» и ориентировано на этическую рефлексию соответствующих юридических актов или преследует педагогически-дидактические цели.

Однако дело в том, что в определенном смысле сам этот «перекосяк» отражает суть биоэтики, которая, как говорилось выше, является также социальным институтом. В предлагаемой читателю работе речь в основном идет о сугубо «прикладном аспекте» проблемы смерти мозга — драматической судьбе в истории отечественного здравоохранения «Инструкции о констатации смерти на основании диагноза смерти мозга», которая почти 30 лет назад (в 1985 г.) признала факт смерти за такими пациентами, однако по сей день не применима к несовершеннолетним (пациентам до 18 лет). Можно сказать: истоком этого исследования явилось, мягко говоря, недоумение, почему первая редакция данной Инструкции «пролежала под сукном» в советском Минздраве более 10 лет и почему проект аналогичного юридического акта, распространяющего ее действие на детей (уже в постсоветской России), опять ждет своего положительного решения более 10 лет.

¹⁸ Коновалова Л. В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Вып. 1: Биоэтика и экоэтика. М.: ИФ РАН, 1998. С. 29.

¹⁹ Этика психиатрии/Ред. С. Блох и П. Чодофф/Пер. с англ. А. Баркова. Киев: Сфера, 1998.

²⁰ Тищенко П. Д. На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Мирь, 2011. С. 7.

**ГЛАВА 1.
СМЕРТЬ МОЗГА:
БИОМЕДИЦИНСКИЙ
КОНТЕКСТ**

1.1. СМЕРТЬ ЧЕЛОВЕКА В ЗЕРКАЛЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Смерть и умирание так или иначе осмысливаются на протяжении всей истории научной медицины. Врач всегда должен был отвечать на два вопроса: что есть умирание, смерть как факт и что предписывает врачебная этика в отношении к умирающему. В книге Гиппократ (V в. до н.э.) «Об искусстве» говорится «... К тем, которые уже побеждены болезнью, она (медицина — *авт.*) не протягивает своей руки»²¹. Хотя историки медицины считают, что эта сентенция не принадлежит самому Гиппократу, ее рациональный смысл заслуживает пристального внимания: где искусство бес- сильно, не следует даже браться за лечение. Далее, поскольку в русле споров о новой дефиниции смерти постоянно (на протяжении полстолетия) «всплывает» тема эвтаназии, отметим, что, не употребляя термин «эвтаназия», Гиппократ говорил в «Клятве»: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства»²². Многие современные авторы толкуют приведенные слова Гиппократ как запрет эвтаназии (мы здесь оставляем в стороне современное разграничение «активной» и «пассивной» эвтаназии).

Уже на раннем этапе современной философии и науки английский философ Ф. Бэкон (начало XVII в.) писал, что профессиональным долгом врачей является помощь как при излечимых, так

²¹ Гиппократ. Избранные книги. М.: СВАРОГ, 1994. С. 130.

²² Там же. С. 87

и неизлечимых болезнях, что в будущем в медицине должно получить развитие направление — помощь умирающим. Обеспечение безболезненного и спокойного умирания Бэкон обозначил составленным им из двух корней греческим словом «эвтаназия», смысл которого у него совпадает с современным понятием паллиативной медицины²³. Однако только в конце XVIII в., в эпоху Просвещения, врачи-клиницисты (в частности, Й.П. Франк и К. Гуфеланд в Германии) начинают уделять особое внимание умирающему пациенту.

Научное исследование природы человека началось с изучения мертвого человеческого тела. Имея в виду великий труд Андрея Везалия «О строении человеческого тела» (1543 г.), Ф. Шиллер (который до того, как стал великим поэтом, был полковым врачом) сказал: «Человек мужественно берет в руки нож и открывает величайшее создание природы — человека»²⁴. Общеизвестно, что Везалий создал не только великий научный труд, но и научный метод современной анатомии.

Необходимо подчеркнуть, что в этом научном методе важны не только тщательность и строгость наблюдения, системность описания изучаемого объекта (т.е. исследования феномена смерти как факта), но и этическая составляющая: аккуратное, бережное обращение с органами и тканями тела человека. В средневековых университетах вскрытия проводились, но смысл такой практики был совершенно иным, чем у Везалия. Во-первых, вскрытия проводились очень редко (один или несколько раз в год), при условии, что были разрешены специальным вердиктом верховной светской власти. Во-вторых, вскрытия производил не сам профессор-схоласт, но подручный ассистент, для которого это занятие было всего лишь ремеслом. В-третьих, вскрытие здесь не играло роли объективного научного наблюдения, исследования, но было иллюстрацией авторитетных книжных истин («Вначале было Слово ...»!).

Анатомия Везалия стала ярким проявлением гуманизма эпохи Возрождения, поскольку утверждала гуманное, этическое отношение врача даже к мертвому человеческому телу как носителю человеческого достоинства. Учитывая исключительно важное значение в современной проблеме смерти мозга мировоззренческо-

²³ Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук//Собр. соч.: в 2 т.Т. 1. М.: Мысль, 1971. С. 268–269.

²⁴ Цит. по: Глязер Г. О мышлении в медицине/Пер. с нем.М.: Медицина, 1969. С. 34.

го, философского, социокультурного контекста, обратим внимание на эти аспекты анатомии Везалия. А. М. Сточик и С. Н. Затравкин пишут, что анатомия как наука и как предмет современного медицинского образования сначала сформировалась в результате устремленности человека эпохи Возрождения к Богу — истоку и образцу знания и совершенства. Сам Везалий говорил: «Различные исследования тела, о гармонии которого мы постоянно возвещаем и которое самому человеку совершенно неизвестно, пишутся нами, чтобы рассмотреть по божественному вдохновению соединения не органов, а соединения неизмеримых деяний Творца, назначению которых мы удивляемся»²⁵.

В период становления современной клинической медицины, в создании надежного научного фундамента врачевания и систематического, скрупулезного изучения органов и тканей умершего человека ведущую роль играют Дж. Морганьи (середина XVIII в.), Р. Вирхов (середина XIX в.). Только в начале XX в. намечаются контуры современных подходов к возникновению особого научного направления всестороннего изучения смерти и умирания, например, в 1926 г. отечественный патологоанатом Г. В. Шор публикует работу «О смерти человека (введение в танатологию)», в которой, впрочем, все еще превалирует патологоанатомический, морфологический аспект²⁶.

Может быть, наиболее отдаленной научной идеей в истории медицины, развитие которой привело к современной проблеме смерти мозга, является идея Г. Х. Хикмена, который в 1824 г. на основе экспериментов на животных, предложил метод поддержания жизнедеятельности при проведении хирургической операции: общее обезболивание, а также управление работой сердца (электростимуляция), легких (искусственная вентиляция) и учет кровопотери²⁷.

Смерть мозга — это ятрогенное состояние, связанное с применением современных методов интенсивной терапии, технологий реанимации больных в критическом состоянии. Эти методы и технологии были созданы в течение столетия, предшествующего

²⁵ Цит. по: Сточик А. М., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в XVIII веке. М.: Медицина, 1996. С. 201.

²⁶ Шор Г. В. О смерти человека (введение в танатологию). М.: Л.: Кубуч, 1925.

²⁷ Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского ун-та, 1998. С. 387.

первому описанию клинического статуса смерти мозга в 1959 г. Значительный вклад в развитие этого направления современной фундаментальной и прикладной науки внесли отечественные ученые.

В 1902 г. А. А. Кулябко произвел успешную попытку восстановления функции сердца, взятого от трупа умершего от пневмонии трехмесячного ребенка спустя 20 часов (!) после констатации смерти. Через сердечные сосуды пропускали подогретый и насыщенный кислородом физиологический раствор, пульсация сердца сохранялась более часа. Впоследствии ученый, применяя тот же метод, занимался оживлением функций мозга. В 1907 г. он успешно оживлял изолированную (отрезанную) голову рыб²⁸. В 1913 г. русский ученый Ф. А. Андреев опубликовал в журнале «Вопросы научной медицины» статью «Опыт восстановления деятельности сердца, дыхания и функции центральной нервной системы», в которой показал, что, нагнетая в сонную артерию собак, погибших от кровопотери и хлороформного отравления, физиологический раствор с адреналином, можно добиться восстановления сердечной деятельности и дыхания²⁹.

Трансплантология оформляется сначала в качестве самостоятельного исследовательского научного направления и только затем, значительно позднее, в качестве и клинической дисциплины. С самого начала истории трансплантологии обнаруживается ее междисциплинарный характер — в становлении этого направления важнейшую роль сыграли не только прогресс в области фундаментальной науки, прежде всего физиологии, но и в области техники хирургических операций. Не случайно история трансплантологии была увенчана в XX в. несколькими Нобелевскими премиями. А. Каррель получил премию в 1912 г. за технику соединения кровеносных сосудов швом-анастомозом: используя очень тонкие иглы и нитки, он добился минимальной травматизации стенок сосудов и их непроницаемости в месте шва. И только в 1990 г. премия присуждена Д. Э. Мари и Э. Д. Томасу — за открытия в области трансплантации органов и разработку методов предотвращения реакции отторжения.

²⁸ Мирский М. Б. История отечественной трансплантологии. М.: Медицина, 1985. С. 70–71.

²⁹ Неговский В. А. От смерти к жизни. М.: Знание, 1975. С. 8.

Становление реаниматологии как нового направления медицинской науки относится к середине 1920-х гг. В 1936 г. в Советском Союзе под руководством В. А. Неговского была создана специальная научно-исследовательская Лаборатория экспериментальной физиологии, в которой методами современного естествознания исследовались этапы умирания организма, создавались методы оживления³⁰.

С 1948 г. Лаборатория вошла в состав АМН СССР, позднее она была преобразована в Лабораторию общей реаниматологии, еще позднее — в НИИ общей реаниматологии. Благодаря работам А. А. Неговского и его сотрудников, в мировую науку вошли новые понятия: «реаниматология», «клиническая смерть» и «биологическая смерть», «постреанимационная болезнь». В. А. Неговский писал: «Понятие смерти в прежнем представлении устарело... Переход от жизни к смерти — это не только качественный скачок, но и более или менее длительный процесс, состоящий из ряда стадий... Наступлению клинической смерти предшествуют предагональные и агональные стадии... Каковы же признаки клинической смерти? В это время организм внешне уже мертв: сердце не бьется, отсутствует дыхание, сознание, мышечный тонус, зрачки не реагируют на свет... Однако в сетевидной формации продолговатого мозга наблюдаются вспышки колебаний биотоков ...Первые минуты после остановки сердца и дыхания организм остается еще жизнеспособным ...»³¹.

Решающую роль в ходе сердечно-легочной реанимации такой стадии умирания организма, как смерть мозга, играет создание аппаратов для эндотрахеальной ИВЛ. Возможность искусственного поддержания дыхания нашла подтверждение еще в 60-е гг. XIX в. в эксперименте классика научной физиологии Клода Бернара. У животных путем введения кураре вызывался паралич дыхательных мышц, далее через трахеостому вдувался в легкие воздух и восстанавливался газообмен, спонтанное дыхание восстанавливалось после прекращения действия кураре. Первые эндотрахеальные аппараты ИВЛ нашли клиническое применение в начале 1950-х гг. во время эпидемии полиомиелита, что резко снизило

³⁰ Неговский В. А. Восстановление жизненных функций организма, находящегося в состоянии агонии или клинической смерти. М., 1943.

³¹ Неговский В. А. От смерти к жизни. М.: Знание, 1975. С. 9, 16.

показатели смертности больных от паралича дыхательной мускулатуры³².

В 1959 г. французские неврологи P. Mollaret и M. Goulon впервые описали состояние больного человека, подключенного к аппарату ИВЛ, находящегося в глубокой коме, у которого со всей очевидностью не функционировал головной мозг. Для обозначения этого состояния они предложили термин *coma dépassé* (*запредельная кома*). Впоследствии данному синдрому различные авторы предлагали названия: «острая анэнцефалия», «искусственно продолженная агония», «редуцированная жизнь» и т. д., пока не закрепилось обозначение «смерть мозга». К концу 1960-х гг. в индустриально развитых странах стала все больше распространяться идея отождествления диагноза смерти мозга и смерти человека.

Конечно, проблема смерти мозга была порождена прогрессом биомедицинской науки, однако ее философское, социокультурное содержание оказалось органически связанным с прогрессом гуманитарного знания. Важно отметить, что на Западе вся вторая половина XX в. характеризуется ростом внимания к теме умирания и смерти — не только специалистов-медиков, но и философов, психологов, историков культуры и т. д.

В 1955 г. американский протестантский теолог Дж. Флетчер в своей книге «Мораль и медицина», заявил: «Контроль над смертью, как и контроль над рождаемостью — основы человеческого достоинства». В 1958 г. профессор права в Лондоне Г. Уильямс издает книгу «Священность человеческой жизни и уголовное законодательство». В 1959 г. в Нью-Йорке выходит коллективная работа под редакцией Г. Фейфеля «Смысл смерти». Исключительное внимание погребальным обычаям уделяется в вышедшей в 1963 г. книге Дж. Митфорда «Американский образ смерти». В 1967 г. в монографии психиатра Дж. Хинтона «Умирание» рассматриваются психологические аспекты проблемы умирающего больного. В 1967 г. в Нью-Йорке организован Фонд танатологии, который ставит целью оказание помощи терминальным больным через объединение усилий различных специалистов, т. е. делая акцент на междисциплинарной природе проблем умирающего человека. В 1969 г. под редакцией священника А. Даунинга вышла книга «Эвтаназия (и право умереть: доводы в пользу добровольной эвтаназии)» (книга была переиздана в 1970 и 1971 г.). В коллективном

³² Попова Л. М. Амiotрофический боковой склероз в условиях продленной жизни. М.: Медицина, 1998. С. 71–78.

труде под редакцией О. Брима «Умиравший пациент», вышедшем в 1970 г., в библиографии указано 340 работ на английском языке, опубликованных после 1955 г. и посвященных проблеме умирания. В 1973 г. в Нью-Йорке под редакцией Р. Уильямса вышла книга «Жить и умереть: когда, почему и как». В 1976 г. один из крупнейших представителей американской биоэтики Роберт Витч издает книгу «Смерть, умирание и биоэтическая революция», где анализируется этическая тактика (при ведении терминальных больных) отказа от экстраординарного лечения. В 1978 г. книга Р. Витча в США переиздана, и в этом же году под редакцией О. Залера вышла книга «Ребенок и смерть». В 1978 г. специалист в области медицинской психологии Ч. Гарфильд выпустил книгу «Психосоциальная поддержка умирающего больного»³³.

В 1969 г. выходит книга Элизабет Кюблер-Росс «О смерти и умирании»³⁴. Историческая роль этой книги в современной танатологии просматривалась уже в самом начале — в США и Англии она разошлась неслыханным тиражом в более чем миллион экземпляров. Эмпирический материал работы (интервью с более чем двумястами онкобольными в терминальной стадии) и, конечно, теоретические обобщения автора (четыре стадии эволюции души умирающего: «отрицание», «гнев», «торговля», «примирение») уже почти полвека являются обязательной составляющей во всех учебных программах по паллиативной медицине, медицинской психологии и т. д.

Поток зарубежной литературы, посвященной конкретным проблемам паллиативной медицины, в этот период постоянно растет. Об этом можно судить по списку научных публикаций из 122 названий в Докладе экспертов ВОЗ «Обезболивание при раке и паллиативное лечение»³⁵, который издан в Женеве в 1990 г., а на русский язык переведен в 1992 г. (почти вся литература относится к 80-м гг. XX в.).

Характерно, что первое систематическое изложение биоэтики на русском языке в 1989 г. называлось «На грани жизни

³³ Библиография приводится по: Зильбер А. П. Трактат об эйтаназии. Петрозаводск, 1998. С. 350–351.

³⁴ Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании/Пер. с англ. К. Семенова и В. Трилиса. К.: София, 2001.

³⁵ Обезболивание при раке и паллиативное лечение. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Женева, 1992.

и смерти (Краткий очерк современной биоэтики США)»³⁶. Здесь проблема смерти мозга («определение смерти») занимает одно из центральных мест. Как отмечают авторы книги, ведущие биоэтики США (Д. Уиклер, А. Каплан и др.), процесс признания нового определения смерти (смерти мозга) в этой стране занял почти 15 лет — с 1968 г., когда были разработаны Гарвардские критерии установления такого диагноза, — до начала 80-х годов, когда Президентская комиссия по биоэтике³⁷ выпустила Доклад, побуждающий все штаты к признанию нового определения смерти на законодательном уровне. Сначала предложение считать пациентов с мозговой смертью «уже умершими» было признано медицинской общественностью, а несколько позднее юристами и правоведами. Инициатор написания и издания в России названной книги Д. Уиклер был одним из членов Президентской комиссии по биоэтике. Нельзя с благодарностью не отметить, что несколько позднее он способствовал организации школ для отечественных исследователей (преимущественно философов, а также медиков), начавших развивать биоэтику в России.

³⁶ На грани жизни и смерти (Краткий очерк современной биоэтики в США)/ Пер. с англ. М.: Знание, 1989.

³⁷ Президентская комиссия по биоэтике (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research) — наиболее авторитетная в США междисциплинарная комиссия (включающая наряду с ведущими специалистами-медиками философов-биоэтиков, юристов и других специалистов) была образована в 1981 г. Периодически Комиссия составляет фундаментальные Доклады по различным проблемам биоэтики. Только в 1980-е гг. Комиссия издала 11 Докладов, в частности, посвященных новому определению смерти (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Defining Death: A report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, 66 p. Government Printing Office, Washington, D.C., 1981.), праву умирающего пациента на прекращение своей жизни, доктрине информированного согласия и др.

1.2. СМЕРТЬ МОЗГА И ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА

Большинство ученых приняли новую концепцию смерти человека (на основании диагноза смерти мозга) во второй половине 1960-х гг, а вскоре ее в основном приняла и общественность в западных странах. Проследим, как развивались здесь исторические события, обратив особое внимание на драматизм истории клинической трансплантологии, основные вехи которой теснейшим образом были связаны с признанием в обществе новой концепции смерти.

В первой половине 1960-х гг. в ведущих нефрологических клиниках для лечения хронической почечной недостаточности (ХПН), с одной стороны, развиваются центры диализа, а с другой — все чаще используется неродственная гомотрансплантация трупной почки. Например, в 1960–1963 гг. в США в Брайэмской больнице (г. Чикаго) из 13 реципиентов 10 получили орган от только что скончавшихся пациентов, а в Англии в Вестминстерской больнице профессор Кэлн произвел в эти годы восемь таких трансплантаций — он принадлежал к числу хирургов, которые использовали *исключительно* почки от трупов³⁸.

В эти годы стало ясно, что диализ и трансплантация почки — это взаимодополняющие друг друга методы лечения ХПН и что именно второй из этих методов способен обеспечить приемлемое качество жизни данной категории пациентов. Здесь уместно привести характерный факт из научной жизни (свидетелем которого был один из авторов книги — А.Я. Ивановский). На междисциплинарной конференции в Институте трансплан-

³⁸ Мур Ф. История пересадки органов/Пер. с англ./Под ред. проф. Р.В. Петрова. М.: Мир, 1973. С. 138–139.

тологии и искусственных органов Минздрава РФ, посвященной проблеме донорства органов (февраль 2004 г.), с докладом выступил Президент общественной организации «Нефрон» А.Ю. Минаев (за 10 лет до этого ему самому была пересажена донорская почка). Он рассказал о своей многосторонней деятельности в организации: информационных проектах, привлечении спонсоров, коммуникативных связях с другими подобными организациями в России и за рубежом и как итоге — реальной помощи десяткам больных, страдающих ХПН. Коснувшись означенной выше проблемы качества жизни реципиентов после трансплантации почки, докладчик заметил, что в настоящее время он оценивает свое качество жизни даже выше, чем оно было до возникновения у него почечного заболевания.

Чем больше развивалось это перспективное направление клинической медицины³⁹, тем острее осознавались две проблемы — дефицита и, скажем так, «качества здоровья» донорских органов. Признание новой концепции смерти как смерти мозга в значительной степени способствовало решению обеих проблем.

Сильнейшим толчком к такому признанию стали первые пересадки сердца. Ф. Мур пишет: «Более, чем какое-либо другое событие в медицине, пересадка сердца привлекла к трансплантологии внимание самой широкой публики... Хотя бы и отмеченные печатью «паблисити», *пересадки сердца неизмеримо способствовали общему согласию с новым определением смерти как смерти мозга*»⁴⁰ (курсив наш — авт.).

В истории клинической трансплантологии и пересадка почки, и пересадка печени, и пересадка легких и т.д. — это отдельные драматические страницы, однако именно 1967–1968 гг., когда были произведены первые 100 пересадок сердца, стали решающими для признания в современной медицине, а следом и в современном обществе новой концепции смерти как смерти мозга.

Первой клинической пересадке сердца, произведенной в ЮАР кейптаунским хирургом Кристианом Барнардом 3 декабря 1967 г., предшествовали почти 15 лет истории трансплантации почки. Первые клинические пересадки печени, легких, поджелудочной железы тоже были произведены раньше — в 1963, 1963 и 1966 гг. соответственно. Отстава-

³⁹ Первую успешную гомотрансплантацию почки в нашей стране произвел в апреле 1965 г. Б.В. Петровский. Это была родственная трансплантация от живого донора, вскоре вслед за Б.В. Петровским подобные операции проводили Г.М. Соловьев, Н.А. Лопаткин, Ю.М. Лопухин, В.И. Шумаков — все пятеро в 1971 г. за разработку и внедрение в клиническую практику трансплантации почек были удостоены Государственной премии СССР.

⁴⁰ Мур Ф. История пересадки органов/Пер. с англ./Под ред. проф. Р.В. Петрова. М.: Мир, 1973. С. 243.

ние в области клинической трансплантации сердца объяснялось таким соображением: сердце — это тот орган, прекращение деятельности которого ассоциируется с моментом смерти организма.

У этого соображения есть два аспекта: научный и мировоззренческий, т.е. религиозный, философский, морально-психологический. С научной точки зрения, между паренхиматозными органами — почкой, печенью и др. и таким сосудисто-мышечным органом, как сердце, конечно, есть принципиальное различие. Остановка сердца всегда считалась в научной медицине одним из двух критериев наступления смерти (второй критерий — прекращение дыхания). Согласно классической логике научной физиологии, работа сердца (функция части организма) тождественна определению как живого организма в целом. Другое дело, функция почек: будучи безусловно жизненно-важной, она все-таки *не является, в таком же смысле, тождественной жизни организма как целого*. В соответствии с такой логикой представление о сохранении жизнеспособности изолированной донорской почки было само собой разумеющимся и стимулировало целое направление научных исследований по совершенствованию методов консервирования донорской почки⁴¹.

Резкая демаркационная линия между, например, почкой и сердцем является все-таки больше соображением здравого смысла (некоей мифологемой), в лучшем случае — «научной догмой» массового профессионального сознания врачей, чуждого рефлексивного мышления. Эта демаркационная линия постепенно стирается по мере развития науки, напомним еще раз о работах А. А. Кулябко по оживлению изолированного сердца, извлеченного после смерти пациента.

Мифы донаучного сознания, связанные с сердцем как символом («обиталище души», «средоточие чувств, в особенности — любви» и т.д.), как бы ожили после первых операций по трансплантации сердца, причем эти мифы питали аргументацию даже в научных спорах. В 1968 г. редакция международного журнала «Этика» организовала дискуссию об этических аспектах пересадки сердца, один из участников которой, профессор Леон Мантейфель говорил: «Мысль о пересадке сердца будит во мне отвращение. Не знаю, числится ли отвращение в списке этических понятий, но чувствую просто в этом методе принижение человеческого достоинства. Неужели же действительно надо жить любой ценой?»⁴²

⁴¹ Мирский М. Б. История отечественной трансплантологии. М.: Медицина, 1985. С. 189.

⁴² Цит. по: Шаварский Зб. Этические аспекты трансплантации мозговой субстанции/Пер. с польск. проф. Л. В. Коноваловой//Приложение 3 в кн.: Коновалова Л. В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). — Вып. 1: Биоэтика и экоэтика. М.: ИФ РАН, 1998. С. 188–210. С. 207.

Ф. Мур называет опыты по пересадке сердца на собаках Лоуэя и Шамуэя из Стэнфордского университета в 1959–1960 гг. классическими. Для нас особенно важно, что эти исследования были встречены в американской научной среде с огромным скепсисом: «К чему эти хитроумные, сложные и дорогостоящие эксперименты?.. Клиническое приложение этих опытов почти или вообще не предвиделось, ибо не были осознаны ни проблема донора, ни ее последствия в плане нового определения смерти»⁴³.

Автор этой цитаты, будучи одним из первопроходцев клинической трансплантологии в США и написав в 1972 г. книгу по истории трансплантации органов, начиная с самых ее истоков, к сожалению, почти совсем не отразил историю трансплантологии в России.

Справедливости ради следует сказать, что в книге Ф. Мура все-таки упоминается ученый из нашей страны, и кратко излагается история пересадки сердца в неклинических экспериментах. В 1933 г. Манн из американской клиники Мэйо сообщил о пересадке сердца млекопитающего, правда, целью эксперимента было изучение функции сердца при разъединении всех нервных связей, а не решение проблем трансплантологии, а в 1953 г. А. Луизада и соавтры из Чикаго сообщили о пересадке сердца подопытным животным. И далее Ф. Мур пишет: «... в том же году аналогичное сообщение поступило от советского ученого Синицына»⁴⁴.

Николай Петрович Синицын (1900–1973) работал с 1943 г. профессором, заведующим кафедрой фармакологии Горьковского мединститута. Первые испытания по пересадке сердца теплокровным животным он начал еще в 1930-е гг. Первые успешные эксперименты он провел на лягушках (научное сообщение в 1947 г.), а в 1948 г. писал в своей монографии об успешных *экспериментах по пересадке сердца на шею кошек, кроликов и собак*⁴⁵. Как видим, отечественный историк медицины М.Б. Мирский уточняет дату пионерской работы Н.П. Синицына.

Несомненно, огромное влияние на развитие современной клинической трансплантологии оказали экспериментальные работы Владимира Петровича Демихова (1916–1998). Хорошо известен исторический факт, что Кристиан Барнард приезжал в Москву и воочию знакомился с сенсационными экспериментами В.П. Демихова по пересадке сердца и других органов на животных. История научных работ В.П. Демихова

⁴³ Мур Ф. История пересадки органов/Пер. с англ./Под ред. проф. Р.В. Петрова. М.: Мир, 1973. С. 245.

⁴⁴ Там же. С. 246.

⁴⁵ Мирский М.Б. История отечественной трансплантологии. М.: Медицина, 1985. С. 162.

достаточно подробно изложена в литературе⁴⁶. Мы лишь отметим, что эти работы начинаются с 1940 г., что в них впервые разработаны многие технологии клинической трансплантологии: пересадка изолированного сердца; комплекса «сердце–легкие»; второго сердца (донорского сердца «в помощь» собственному сердцу животного); второго сердца с одним легким; второго сердца с желудочно-предсердным анастомозом; изолированных легких и некоторые другие.

В контексте истории проблемы смерти мозга судьба научного наследия В.П. Демихова интересна тем, что отношение к его работам со стороны официально-академической советской медицины, тоже было скептическим («К чему эти хитроумные, сложные и дорогостоящие эксперименты?»). Реконструируя методологические основания, морально-психологические истоки в целом негативного отношения отечественного научно-медицинского истеблишмента к работе В.П. Демихова, мы склонны считать, что дело было в том, что он преимущественно занимался проблемами пересадки сердца, а здравый смысл в то время (если его не подвергли критической проверке в свете научного опыта) заведомо исключал клинические трансплантации сердца. Научное наследие В.П. Демихова приобрело актуальность с принятием новой концепции смерти, как смерти мозга.

Главный, вполне справедливый, упрек оппонентов В.П. Демихову заключался в том, что он отрицал значение иммунологического аспекта клинической трансплантологии. Однако, если бы все ограничивалось только этим, то спор его с оппонентами остался бы исключительно в рамках научной дискуссии. Великий ученый-экспериментатор долго не мог защитить докторскую диссертацию (в то время как его работы, может быть, заслуживали Нобелевской премии), долгие годы он проводил свои исследования в исключительно скудных лабораторных условиях и т.д. Монография В.П. Демихова «Пересадка жизненно важных органов в эксперименте» была опубликована только в 1960 г.

Особенно суровые обвинения (чуть ли не в паранаучном шарлатанстве) звучали со стороны некоторых ученых в связи с сенсационным экспериментом (в 1954 г.) В.П. Демихова (совместно с В.М. Горяиновым) пересадки второй головы собаке. На шею взрослой собаки была пересажена голова щенка, вместе с шеей, передними лапами; дуга аорты щенка соединялась с сонной артерией взрослой собаки, а его верхняя полая вена — с ее яремной веной. Обе головы лакали жидкую пищу, собака прожила шесть суток. М.Б. Мирский пишет, что этот интересный экспе-

⁴⁶ Там же. С. 162–165.

римент не имел в то время такой большой научной ценности, какую ему приписывали⁴⁷.

Может быть, это и так, но нас как раз интересует в этой истории момент сенсационности, невероятной силы общественный резонанс на вроде бы единичное событие научной жизни. Здесь нам видятся предвестники того «цунами» в общественном мнении, разразившегося в ответ на первую клиническую пересадку сердца К. Барнардом в 1967 г.: «Беспримерное в истории медико-биологической науки паблсити, соперничавшее с сообщениями о событиях международной жизни, войнах и исследовании космоса, ввело трансплантологию в каждый дом, где имелись телевизор, радиоприемник или газета»⁴⁸.

Иными словами, историю признания или непризнания новой концепции смерти как смерти мозга невозможно изложить во всей полноте, не обращая внимания на роль медиа в современном обществе, более того — не проецируя эту историю на всю социокультурную ситуацию современного общества.

Первый реципиент К. Барнарда Луи Вашканский прожил 18 дней, однако второй реципиент, Филип Блайберг (операция состоялась ровно через месяц, 2 января 1968 г.) жил более 19 месяцев, а точнее — 593 дня. Если для общества известие об операциях К. Барнарда стало «сенсацией века», то в среде хирургов развитых стран (особенно кардиохирургов, хирургов-трансплантологов) оно вызвало своеобразный шок — до этого момента клиническую пересадку сердца большинство считало преждевременной. Как бы восстанавливая утерянный профессиональный престиж, некоторые звезды хирургии Лондона, Парижа, Монреаля, Сингапура, но особенно в США начали производить клинические пересадки сердца. К концу 1968 г. в мире было сделано 100 трансплантаций сердца⁴⁹.

⁴⁷ Мирский М. Б. История отечественной трансплантологии. М.: Медицина, 1985. С. 165

⁴⁸ Мур Ф. История пересадки органов/Пер. с англ./Под ред. проф. Р. В. Петрова. М.: Мир, 1973. С. 251.

⁴⁹ Минздрав СССР издал в 1966 г. Приказ (№ 600 от 2 августа), согласно которому во всех медицинских учреждениях страны, независимо от их ведомственной принадлежности, пересадка органов (почек, печени и др.) от человека-трупа или животных к человеку может проводиться только с разрешения МЗ СССР. В связи с этим приведем интересные исторические факты. Первую операцию по клинической пересадке сердца в нашей стране провел в 1968 г. Главный хирург Советской Армии А. А. Вишневский — в Ленинграде на базе Военно-медицинской академии. Операция была неудачной, но важно подчеркнуть и другой момент: операция была проведена в ведомственной клинике Мини-

С мая 1968 по конец 1969 г. Дентон Кули из отделения Ди Бейки (Хьюстон, США) произвел 20 таких операций. Всего на октябрь 1970 г. было сделано 167 пересадок сердца, в живых оставалось 23 человека, при этом больше года жили всего несколько человек. Очевидно, что большинство из проведенных в этот период клинических трансплантаций сердца были этически не оправданны.

Касаясь этого ключевого вопроса современной клинической биоэтики, Ф. Мур пишет: «Для того чтобы операция стала ценной для него (пациента — *авт.*) и общества, надо, чтобы он мог более или менее нормально прожить после нее хотя бы один год. Годичный срок минимален, но вполне приемлем; он служит критерием успеха паллиативных операций при запущенных формах рака»⁵⁰. Совершенно справедливо Ф. Мур говорит об операциях по трансплантации сердца в этот период как «излишне многочисленных и преждевременных, во многих случаях клиническому применению не предшествовала сколько-нибудь значительная лабораторная работа на собаках»⁵¹. Как видим, не зная работ В.П. Демихова, американский ученый и врач косвенно дает им самую высокую оценку!

Итак, в 1968 г. только в США и Канаде было 28 междисциплинарных бригад по пересадке сердца, пик этой «спортивной горячки» пришелся на июнь–ноябрь этого года. Не случайно, именно в 1968 г. в США были обоснованы «Гарвардские критерии» диагностики смерти мозга, и со всей определенностью было дано новое определение смерти. В этом же году ВМА приняла «Сиднейскую декларацию относительно смерти», признавшую отождествление смерти человека и смерти его головного мозга.

стерства обороны. Вторую операцию по пересадке донорского сердца, тоже к сожалению неудачную, провел в 1974 г. директор Института трансплантации органов и тканей Г.М. Соловьев (тоже вопреки запрету Минздрава!). Как раз в начале 70-х годов отечественные ученые-реаниматологи уже поставили перед МЗ СССР вопрос об утверждении нового критерия смерти (смерти мозга), который будет положительно решен только в 1985 г.

⁵⁰ Мур Ф. История пересадки органов/Пер. с англ./Под ред. проф. Р.В. Петрова. М.: Мир, 1973. С. 275.

⁵¹ Там же. С. 266, 252.

1.3. ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ МОЗГА ЗА РУБЕЖОМ

Как отмечалось выше, в 1959 г. французские неврологи P. Mollaret и M. Goulon из госпиталя Claude Bernard впервые описали состояние 23 коматозных больных, подключенных к аппарату ИВЛ, находящихся в глубокой коме, у которых со всей очевидностью не функционировал головной мозг: сознание, собственное дыхание, рефлексy с уровня ствола мозга отсутствовали (зрачки расширены, сердечно-сосудистый коллапс), на энцефалограмме — изолиния. Для обозначения этого состояния они предложили термин *coma dépassé* (*запредельная кома*.)

Первые годы запредельная кома была в основном клинической (диагностической, прогностической) проблемой в рамках неврологии, интенсивной терапии. В 1959 г. H. Fischgold и F. Mathis предположили, что гибель мозга у коматозных больных с отсутствующим дыханием можно установить на основании регистрации отсутствия электрической активности коры. В исследовании этих авторов было показано, что электроэнцефалограмма таких больных по мере приближения к смерти превращалась в изолинию. В том же 1959 г. P. Wertheimer и соавт. при описании запредельной комы отмечали отсутствие мозгового кровообращения у таких больных. В 1963 г. R. S. Schwab, F. Potts и A. Bonnasi придавали в диагностике смерти мозга решающее значение ЭЭГ. W. Toennis и R. A. Frowein уста-

новили в 1963 г., что полная остановка кровообращения в головном мозгу может привести к смерти мозга⁵².

В конце 1960-х гг., по мере того как в научном медицинском обществе все больше утверждалась идея отождествления нозологического диагноза смерти мозга и смерти человеческого индивида, в повестке дня исследовательской медицины решающее значение приобрела проблема *комплекса критериев смерти мозга*. Для регистрации смерти мозга была принята триада наиболее важных признаков: отсутствие собственного дыхания, широкие, не реагирующие на свет зрачки и плоская ЭЭГ⁵³.

В 1968 г. Гарвардский медицинский факультет создает Специальную комиссию (под руководством заведующего кафедрой анестезиологии Г.К. Бичера), целью которой стало комплексное исследование медицинских, правовых и философских аспектов проблемы смерти мозга (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death). Диагноз смерти мозга стал внедряться в клиническую практику именно с 1968 г., после публикации названного Доклада Гарвардского медицинского факультета⁵⁴.

В Докладе Комиссии были сформулированы перепроверенные и уточненные принципы диагностики смерти мозга:

1. Ареактивная кома.
2. Апноэ.
3. Отсутствие цефалических рефлексов.
4. Отсутствие спинальных рефлексов.
5. Изoeлектрическая ЭЭГ.
6. Устойчивость состояния не менее 24 ч.
7. Отсутствие лекарственной интоксикации или гипотермии⁵⁵.

Как видим, особое внимание обращалось на клинические состояния, которые могли имитировать смерть мозга: отравление лекарственными средствами (например, барбитуратами) или гипотермия. Подтверждением диагноза считалась изолиния на ЭЭГ, продолжи-

⁵² Уолкер А.Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А.М. Гурвича, М.: Медицина. 1988. С. 230,234, 236.

⁵³ Попова Л.М. Нейрореаниматология. М.: Медицина, 1983. С. 159.

⁵⁴ Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, A Definition of Irreversible Coma//Journal of American Medical Association. V. 205. № 6, 5. August, 1968. P. 85–88.

⁵⁵ Плам Ф., Познер Дж. Диагностика ступора и комы/Пер. с англ. М.: Медицина, 1986. С. 462.

тельность наблюдения, в течение которого все эти условия должны сохраняться неизменными, 24 часа.

Предпосылками введения нового критерия констатации смерти человека (описываемого формулой «смерть головного мозга есть смерть человека») явились имевшиеся к тому времени данные о функционировании различных отделов мозга. Привлечение этих данных для преодоления рассматриваемой проблемной ситуации способствовало более тесному сближению концептов личности (человека) и мозга. Логика такого сближения заключается в том, что мозговой ствол содержит центры, ответственные за сознание человека и дыхание организма, но регуляция функционирования сердца может осуществляться и автономно от центральной нервной системы синусо-предсердным узлом (*nodus sinuatrialis*). При применении искусственной вентиляции легких (ИВЛ) сердце может выполнять свою функцию вплоть до прекращения аппаратного дыхания. В неврологической практике подобное состояние может наблюдаться у пациентов с тяжелой травмой головного мозга. У таких пациентов не проявляется функционирование ствола головного мозга, что подтверждается данными ЭЭГ, а дыхание поддерживается ИВЛ. Первоначальным идентификационным фактором необратимости повреждения головного мозга были некротические изменения мозга после длительной ИВЛ. В настоящее время это состояние обозначено термином «респираторный мозг». В итоге перед медиками и философами остро встал вопрос об этичности и целесообразности применения ИВЛ подобным пациентам с нарастающим ухудшением состояния и плохим прогнозом.

В том же 1968 г. Совет международных медицинских научных обществ ВОЗ (The Council for International Organizations of Medical Sciences WHO) выделил такие критерии смерти мозга: 1) кома (отсутствие реакций на любые внешние раздражители); 2) отсутствие черепно-мозговых рефлексов и атония всех мышц (включая резкое расширение зрачков); 3) отсутствие самостоятельного дыхания (апноэ); 4) резкое снижение артериального давления (если оно не поддерживается искусственно); 5) изолиния на ЭЭГ, даже при стимуляции. Совет подчеркнул, что *данные критерии не применимы: а) в случаях отравлений или переохлаждения; б) к маленьким детям* ⁵⁶.

Уже на этом, раннем, этапе определения надежных критериев смерти мозга обнаружили серьезные научные противоречия. Пре-

⁵⁶ Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. С. 230.

жде всего, это касалось применения метода электроэнцефалографии (ЭЭГ). Большие надежды, возлагавшиеся некоторыми авторами на этот метод исследования, основывались на том, что он позволяет получить объективную информацию об активности нейронов и его неинвазивностью. Характерная ЭЭГ при смерти мозга, имеющая вид прямой линии, получила различные названия: *ЭЭГ-плато; изоэлектрическая, нулевая ЭЭГ; отсутствие биологической активности; отсутствие биоэлектрической активности мозга; электрическое молчание мозга (ЭММ)* и др. Применение данного метода требовало строго определенных условий и специалистов, хорошо подготовленных к работе с коматозными больными (отметим хотя бы требование экранирования больничной палаты — исключения побочного воздействия многочисленных работающих электроприборов). В процессе формирования объективной оценки роли ЭЭГ в диагностике смерти мозга произошли изменения: к концу 1970-х гг. этот метод из абсолютно достоверных перешел в разряд полезных.

В 1968 г. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА)⁵⁷ приняла «Сиднейскую декларацию относительно констатации факта смерти»,

⁵⁷ В отличие от Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (World Health Organization), возникшей в 1948 г. и являющейся межправительственной, Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) (World Medical Association) является общественной врачебной (независимо от специализации) организацией. Она была основана в 1926 г. под названием Международная профессиональная медицинская ассоциация (L'Assotiation Professionnelle Internationale des Mediciens), членами которой являлись врачи 23 стран, но с началом второй мировой войны она распалась. В 1945 г. в Лондоне прошла конференция врачей нескольких стран, учредившая новую структуру, названную Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА), объединяющей в настоящее время десятки национальных врачебных ассоциаций мира. Как говорилось в Заявлении ВМА (май 1992 г.): «ВМА по природе своей организация аполитичная, ее члены говорят на разных языках, являются носителями разных культур и убеждений, работают в разных системах здравоохранения, но разделяют одни и те же идеалы и одну и ту же ответственность, поскольку никто, кроме них, не спасет их пациентов. ВМА является свободным, открытым форумом для дискуссий не столько по узким клиническим проблемам, сколько по вопросам медицинской этики, медицинского образования, отношениям «медицина-общество» (Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов/Ассоциация врачей России/Под ред. В.Н. Уранова. М.: ПАИМС, 1995. С. 14.). Почти за 70 лет своего существования ВМА приняла около 100 международных этического-нормативных документов, включая: «Женевскую декларацию, (Клятва врача)» — 1948 г., «Международный кодекс медицинской этики» — 1949 г., «Хельсинкскую декларацию (Би-

в которой проблема новой дефиниции смерти (как смерти мозга) решается преимущественно в социальном, философском и этическом плане. Первая редакция данной Декларации была принята на 22-й Всемирной медицинской ассамблее ВМА в г. Сиднее (1968 г.). Следует подчеркнуть, что, как и все другие нормативные документы ВМА, этот акт имеет силу этических рекомендаций, за которыми стоит авторитет международного врачебного сообщества. В Сиднейской Декларации (в новой редакции, принятой на 35-й Ассамблее ВМА в Венеции в октябре 1983 г.) приведены следующие положения относительно констатации смерти человека⁵⁸:

1. В подавляющем большинстве случаев врач констатирует смерть на основании общеизвестных классических критериев.

2. Вопрос о новом критерии смерти связан с двумя обстоятельствами: а) возможностью поддерживать искусственными средствами циркуляцию оксигенированной крови по тканям тела, которое, возможно, необратимо повреждено; б) использованием в клинической трансплантологии таких донорских органов, как сердце, почки и т.д., взятых у умерших.

3. Смерть есть постепенный процесс на клеточном уровне, причем ткани обладают различной сопротивляемостью к кислородному голоданию. Цель врачевания не в сохранении отдельных клеток, но в сохранении жизни человека: важен не момент гибели отдельных клеток, а момент, когда, несмотря на все возможные реанимационные мероприятия, организм необратимо теряет свою целостность.

4. Смерть человека тождественна смерти его головного мозга: «Существенно определить необратимое прекращение всей деятельности головного мозга, включая мозговой ствол. Такое определение основывается на клинической оценке, подтверждаемой при необходимости диагностической аппаратурой. Тем не менее, при сегодняшнем уровне развития медицины ни одна техническая процедура не

омедицинские исследования на людях)» — 1964 г., «Сиднейская декларация относительно констатации факта смерти» — 1968 г., «Лиссабонскую декларацию о правах пациента» — 1981 г., «Венецианскую декларацию о терминальном состоянии» — 1983 г., «Декларацию о трансплантации человеческих органов» — 1987 г., «Оттавскую декларацию о правах пациента-ребенка» — 1999 г. и т.д. Первые издания документов ВМА на русском языке появились только в 1990-е гг.

⁵⁸ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов/Ассоциация врачей России/Под ред. В.Н. Уранова. М.: ПАИМС, 1995. С. 16.

может заменить всестороннего заключения врача. При трансплантации органов решение должно приниматься не менее чем двумя врачами, и врачи, определяющие момент смерти, ни в коем случае не должны иметь непосредственного отношения к выполнению трансплантации».

5. Определение момента смерти человека делает этически допустимым прекращение попыток реанимации, и в странах, где это разрешено законом, использовать органы умершего, обеспечив выполнение соответствующих юридических требований.

Выделим и подчеркнем важнейшие моменты позиции ВМА на тот момент. Констатация смерти человека, как правило, есть юридическая обязанность врача. В последние годы следует иметь в виду следующие два обстоятельства: современные возможности сердечно-легочной реанимации, с одной стороны, и возрастающую потребность в донорских органах в клинической трансплантологии — с другой. В свете современной реаниматологии смерть — это постепенный процесс на клеточном уровне, причем устойчивость разных тканей к кислородному голоданию различна. Этическим долгом врача является не забота о сохранении жизнедеятельности клеток и тканей, но забота о сохранении жизни человека. Если *организм человека (как целое) необратимо поврежден*, такое клиническое состояние можно считать смертью человека (составители Сиднейской декларации не употребляют термин «смерть мозга»). При сегодняшнем уровне развития медицины ни один технический тест сам по себе не может свидетельствовать о наступлении «момента смерти» (говоря гегелевским языком — скачке от состояния «умирание» к состоянию «смерть»). Характерно, что в редакции 1968 г. в качестве подтверждающего технического теста подчеркивалась особая роль ЭЭГ, а в редакции 1983 г. этот момент исключен. Заключение о смерти человека (в соответствии с новым критерием) должно быть результатом всестороннего клинического обследования пациента. На основании такого заключения этически оправданно прекращение реанимации и, если это допускает законодательство, использование органов умершего для трансплантации. Врачи, констатирующие смерть, ни в коем случае не должны иметь отношения к выполнению трансплантации.

Особо подчеркнем, что составители как «Сиднейской декларации относительно констатации факта смерти», так и «Декларации о трансплантации человеческих органов» являются сторонниками *презумпции несогласия* при изъятии органов у трупа: «Медицинская этика позволяет прекратить все реанимационные мероприятия в момент наступления смерти, а также изъять трупные органы, если по-

лучено необходимое согласие»; «Необходимо получить информированное, добровольное и осознанное согласие донора и реципиента, а случаях, когда это невозможно, то членов их семей или законных представителей»⁵⁹.

В 1970 г. Национальный институт неврологии (National Institute Disease and Stroke) США начинает многолетнее исследование в девяти больницах судеб больных старше одного года в коматозном состоянии с апноэ длительностью минимум 15 мин. Эта программа была названа The Collaborative Study (совместное исследование). Если в больницу поступал такой пациент (или такое состояние развивалось в больнице), то его обследовал врач-специалист, ответственный за проведение программы исследования — в целом была обобщена судьба 503 больных, 459 из которых умерли. Каждому больному по окончании неврологического обследования сразу же проводилось электроэнцефалографическое исследование, которое повторялось через 6, 12 и 24 часов. В первой группе больных, у которых в течение 24 часов регистрировалось электрическое молчание мозга (ЭММ), лечащему врачу предоставлялось право прекращать реанимацию (но он мог продолжать наблюдение с ежедневным неврологическим обследованием до остановки сердца). Во второй группе больных, у которых в течение 24 часов не регистрировалось ЭММ, больному проводились ежедневно клиническое и электроэнцефалографическое исследования в течение трех дней, а затем дважды в неделю, пока не наступало улучшение или, наоборот, не возникали признаки ЭММ (и они переводились в первую группу) или не останавливалось сердце. Важно подчеркнуть, что методология исследования исключала какие-либо препятствия необходимым мероприятиям по лечению и уходу, а также реализации права человека на достойную смерть.

На основании этих исследований были разработаны *общие принципы* определения смерти мозга. Действие научной программы в отношении вновь поступивших больных начиналось только через шесть часов, т.е. после проведения всего комплекса лечебных мероприятий. Далее на фоне стабилизации гемодинамических показателей и нормальной температуры состояние больного в течение получаса оценивалось на основании стандартных критериев: 1) основное требование — выполнение всех показанных назначений и терапевтических процедур; 2) кома с ареактивностью мозга; 3) апноэ; 4) ис-

⁵⁹ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов/Ассоциация врачей России/Под ред. В.Н. Уранова. М.: ПАИМС, 1995. С. 22–23; 39–40.

чезновение цефалических рефлексов и расширение зрачков; 5) изоэлектрическая ЭЭГ; 6) сохранность пяти вышеуказанных признаков от 30 мин. до 1 ч. и в течение 6 часов. после возникновения коматозного состояния и остановки дыхания. Если какой-то из этих признаков вызывал сомнение, диагноз должен был быть подтвержден каким-либо методом, свидетельствующим об отсутствии мозгового кровотока в течение 30 мин⁶⁰.

Стандартные критерии смерти мозга, признанные научно-медицинским сообществом на рубеже 1960–1970-х гг., все-таки варьировались в рекомендациях отдельных исследовательских групп или клиник, причем разночтения среди ученых, прежде всего, касались периода обязательного сохранения всего комплекса признаков смерти мозга у таких больных (от 1 до 24 или даже 72 часов), а также применения у них аппаратных методов тестирования.

Приведем критерии смерти мозга, предложенные в 1971 г. в штате Миннесота:

1. Основное требование — диагноз необратимого повреждения мозга (прежде всего, должны быть исключены такие этиологические факторы, как лекарственная интоксикация и гипотермия).

2. Отсутствие самопроизвольных движений.

3. Отсутствие самостоятельного дыхания.

4. Отсутствие стволовых рефлексов.

5. Неизменность состояния в течение 12 часов⁶¹. Как видим, здесь допускается в определенных случаях диагностирование смерти мозга исключительно клинически (без подтверждения инструментальными методами исследования), при этом период наблюдения, в течение которого должен сохраняться весь комплекс признаков смерти мозга, сокращен (в сравнении с Гарвардскими критериями) до 12 часов.

Важной вехой стало исследование А. Mohandas и S. N. Chou, которые в 1971 г. описали повреждение ствола головного мозга, как решающий компонент тяжелой травмы мозга⁶².

Теперь обратимся к Рекомендации Международной Федерации электроэнцефалографии и клинической нейрофизиологии

⁶⁰ Плам Ф., Познер Дж. Диагностика ступора и комы/Пер. с англ. М.: Медицина, 1986. С. 462.

⁶¹ Плам Ф., Познер Дж. Диагностика ступора и комы/Пер. с англ. М.: Медицина, 1986. С. 262.

⁶² N. Engl. J. Med. V. 344, № 16, april 19, 2001. — www.nejm.org

(International Federation of Societies for Electroencephalography and Clinical Neurophysiology). В 1975 г. Комитет по установлению прекращения функций мозга (смерти мозга) Федерации отметил: под смертью мозга подразумевается утрата функций всех внутричерепных структур, расположенных над большим затылочным отверстием. Комитет рекомендовал такой алгоритм установления диагноза смерти мозга: спустя 12 часов после установления всего комплекса клинических признаков смерти мозга необходима регистрация ЭММ (в строгом соответствии с рекомендациями Committee on Standards of Clinical Practice of EEG and EMG); в случаях невозможности проведения ЭЭГ смерть больного констатируется, если все клинические проявления наблюдаются в течение трех суток или в течение 30 минут констатируется прекращение мозгового кровотока. Эксперты Международной Федерации электроэнцефалографии и клинической нейрофизиологии подчеркивали в 1975 г., что *критерии смерти мозга для детей в возрасте до одного года не установлены*⁶³.

Как говорилось ранее, важную роль в признании нового критерия смерти сыграла Президентская комиссия по биоэтике США, созданная в 1981 г. Комиссия, всесторонне обсудив проблему смерти мозга, отметила, что в подавляющем большинстве случаев констатация смерти человека по-прежнему осуществляется традиционным способом. Однако в случаях искусственного поддержания витальных функций организма факт смерти устанавливается на основании прямой оценки функций головного мозга.

Ввиду исключительной важности клинической оценки функций головного мозга Комиссия, используя заключения 50 авторитетных консультантов, разработала современные рекомендации по констатации смерти:

А. После необратимой утраты функций дыхания и кровообращения человек считается умершим:

1) утрата названных функций устанавливается при соответствующем клиническом обследовании;

2) необратимость утраты функций признается на основании постоянного отсутствия их в течение определенного периода наблюдения или при попытках проведения лечения.

Б. После необратимой утраты всех функций всего мозга (включая ствол), человек считается умершим:

⁶³ Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. С. 253, 281.

1. Факт утраты функций считается установленным, если при обследовании обнаруживается: а) отсутствие функций полушарий головного мозга; отсутствие функций ствола мозга.

2. Необратимость утраты функций мозга признается, если при обследовании обнаруживается: а) причина комы известна и достаточна для прекращения функций мозга; б) исключена возможность восстановления каких-либо функций мозга; в) утрата всех функций мозга регистрируется в течение соответствующего периода наблюдения или в процессе лечения.

Комиссия рекомендовала использовать подтверждающие тесты, чтобы уменьшить длительность требуемого периода наблюдения, но при этом рекомендовала оставить период до 24 часов для больных с аноксическим повреждением, а также при постановке диагноза смерти мозга исключить состояние шока. Таким образом, если утрата всех функций мозга подтверждена электрическим молчанием мозга или прекращением мозгового кровообращения, то достаточный срок наблюдения для постановки обоснованного диагноза смерти мозга — шесть часов. При невозможности проведения ЭЭГ или ангиографии клиническое наблюдение должно быть минимум 12 часов. Лица, подвергшиеся гипотермии, а также с клиническими признаками лекарственных отравлений, метаболических расстройств или шока, а также *дети требуют особого наблюдения* ⁶⁴.

В 1981 г. Р.М. Black и N.T. Cervas разослали 200 случайно выбранным американским нейрохирургам и 100 неврологам анкету относительно установления диагноза смерти мозга и получили ответ 112 специалистов. 94% из них считали оправданной констатацию смерти на основании диагноза смерти мозга, однако менее 50% считали целесообразным принятие рекомендаций для всей страны по установлению такого диагноза. 47% согласились бы продолжать реанимацию больного с погибшим мозгом, если бы этого пожелали его родственники. Для подтверждения диагноза смерти мозга в 65% применялась ЭЭГ, и только в 6% — ангиография. В США юридическое регулирование практики установления диагноза смерти мозга является прерогативой штатов. В середине 1980-х гг. концепция смерти мозга была юридически принята только в 27 штатах, многие американские врачи во избежание судебных разбирательств продолжали

⁶⁴ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining Death: A report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death, 66 p. Government Printing Office, Washington, D. C., 1981.

проведение искусственной вентиляции трупам в ожидании остановки сердца⁶⁵.

В начале 2000-х гг. Американская академия неврологии провела анализ проблем диагностики смерти мозга на основе данных доказательной медицины и рекомендовала ряд практических мер. В докладе Академии особое внимание уделялось инструментам клинического исследования и значимости подтверждающих тестов, а также практическому описанию проведения апноэтического теста.

В целом, 2000-е гг. ознаменовались новым этапом проблематизации диагноза смерти мозга. Более подробно мы осветим его ниже, однако хотелось бы отметить его некоторые характерные черты. Прежде всего, это релятивизация диагноза смерти мозга. Об этом свидетельствует появление сравнительных исследований диагностики смерти мозга в различных странах⁶⁶. Наличие таких исследований указывает на интенсификацию обмена научной информацией. В немалой степени этому способствует процесс создания международных медицинских и междисциплинарных интернет-форумов, где проблема смерти мозга обсуждается представителями различных научных школ. Еще одной характерной чертой современной проблематизации понятия смерти мозга является его философское и трансдисциплинарное осмысление. Так, работы А. Shewmon, J. Lizza и др. исследователей продемонстрировали имеющуюся неоднозначность, сложность проблемы смерти мозга, связанную со сложностью самого человека, его психофизиологии. И наконец, следует указать и на новый этап обоснования концепции смерти мозга, направленный на ее защиту и соответственно защиту органного донорства (в связи со снижением показателей донорства), предпринятый членами Президентской комиссии по биоэтике США в конце 2008 г.⁶⁷ (речь о нем пойдет ниже).

⁶⁵ Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. С. 250–251, 256.

⁶⁶ См. например: Wijdicks EF. (2002) Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*. 58: 20–5.

⁶⁷ Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics/The President's Council on Bioethics. Washington, D.C., December. 2008.- http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf

1.4. ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ МОЗГА В НАШЕЙ СТРАНЕ

1.4.1. Первый период легитимизации новой дефиниции смерти (последняя четверть XX в.)

Первой страной, законодательно закрепившей новый критерий смерти, стала Финляндия, это произошло в 1971 г. В течение 1970–1980-х гг. XX в. десятки стран приняли в качестве критерия смерти пациента смерть его головного мозга как целого. Минздравом СССР была принята *Временная* инструкция о смерти мозга в 1985 г., причем процесс утверждения этого документа длился более 10 лет. Сам этот факт красноречиво свидетельствует о междисциплинарном характере проблемы смерти мозга, причем официальное сопротивление отождествлению диагноза смерти мозга и врачебного заключения о смерти пациента, имело прежде всего мировоззренческие, философские корни.

Это было противостояние, с одной стороны, ученых, которые отождествляли понятия «смерть мозга» и «смерть пациента», с другой — представителей власти (чиновников Минздрава), которые настаивали на том, что пациент с таким диагнозом еще жив. Социальные роли ученых, идентифицировавших себя в качестве членов мирового научного сообщества (в большинстве своем к тому времени давно признавшего смерть мозга в качестве кри-

терия смерти), и политиков от здравоохранения, сознающих себя прежде всего носителями политико-правовой системы ценностей социалистического общества, оказались здесь в острейшем конфликте.

Официальное нагнетание в СССР в те годы идеологического противостояния двух общественно-политических систем (а вслед за этим — двух «культур», «образов жизни» и т. д.) венчалось в сфере здравоохранения идеей априорной гуманности советской медицины, с одной стороны, и бездуховности, а вслед за этим — неизбежных нарушений медицинской этики в капиталистических странах, с другой. С нашей точки зрения, «торможение» признания концепции смерти мозга в СССР объясняется двумя причинами: а) на подсознательном уровне у медицинских чиновников (которые должны были принимать решение о легитимизации нового критерия смерти) эта проблема в основном отождествлялась с нарушением идеологических табу; б) проблема смерти мозга имеет междисциплинарный характер — здесь философская сторона дела является не менее важной, чем собственно научная, причем в свете углубленного философского анализа состояние смерти мозга оказывается антиномией (неразрешимым на теоретическом уровне противоречием) жизни и смерти (подробнее об этом см. в следующей главе).

Нам неоднократно приходилось слышать от профессора А. М. Гурвича (как уже говорилось, одного из авторов первой редакции отечественной Инструкции о смерти мозга), что процесс ее утверждения длился более 10 лет. Впервые инструкция была разработана и представлена в Минздрав еще в первой половине 1970-х гг. и только после того, как Постоянная комиссия СЭВ (Совета экономической взаимопомощи социалистических стран) по сотрудничеству в области здравоохранения приняла протокол по разработке критериев для определения смерти мозга, Минздрав СССР издал приказ № 191 от 15 февраля 1985 г. об утверждении «*Временной* инструкции по констатации смерти». В этом историческом документе имелся раздел, где разрешалось на основании диагноза смерти мозга, при работающем сердце, констатировать смерть пациента.

В июне 1985 г. НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ СССР представил в Минздрав «Положение о порядке изъятия органов от доноров-трупов», а в мае 1986 г. «Инструкцию о порядке изъятия органов и тканей у доноров-трупов». В итоге, в декабре

1986 г. профессором В.И. Шумаковым была проведена первая легальная пересадка сердца в нашей стране.

Необходимо подчеркнуть, что проблема смерти мозга оказалась первой из проблем биоэтики, потребовавших в рамках отечественного здравоохранения ответственного практического решения. По своей философской природе подобные проблемы есть антиномии (в логическом плане) или апории (в онтологическом плане)⁶⁸. Напомним, что относительно искусственного оплодотворения аналогичные решения были приняты в 1987–1993, а относительно эвтаназии — в 1993 г. и т.д.

Далее мы даем сравнительный анализ эволюции содержания отечественных Инструкций о смерти мозга, особо подчеркивая положения, касающиеся педиатрии, поскольку новое определение смерти в отношении детей до сих пор не узаконено. В настоящее время в нашем распоряжении есть вариант *проекта* Инструкции о смерти мозга, датированный 1982 г., который носил название «*Инструкция об условиях, допускающих прекращение реанимационных мероприятий и изъятие пригодных для трансплантации органов у лиц, признанных умершими*» (разработчики — академик АМН СССР В.А. Неговский и профессор А.М. Гурвич)⁶⁹.

К сожалению, текстом «*Временной инструкции по констатации смерти*» 1985 г. мы не располагаем. Поэтому обратим внимание на «*Инструкцию по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга*», утвержденную МЗ СССР в 1987 г.⁷⁰ Сначала, в сентябре 1986 г., этот документ был утвержден Президентом АМН СССР (академиком Н.Н. Блохиным)

⁶⁸ Иванюшкин А.Я. Современные реанимационные технологии и новая дефиниция смерти (смерть мозга)//Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 11. Гуманитарное обеспечение инновационного развития биомедицинских технологий/Под ред. П.Д. Тищенко. М.: Изд-во Московского гуманитарного ун-та, 2010. С. 38–51.

⁶⁹ Инструкция об условиях, допускающих прекращение реанимационных мероприятий и изъятие пригодных для трансплантации органов у лиц, признанных умершими (проект)/Подготовлена Руководителем Научно-исследовательской лаборатории общей реаниматологии АМН СССР, академиком АМН СССР В.А. Неговским и старшим научным сотрудником лаборатории, доктором медицинских наук А.М. Гурвичем (15.09.1982 г.).

⁷⁰ Инструкция по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга/Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 236 от 17.02.1987 г.

и Председателем Ученого медицинского совета МЗ СССР (академиком АМН СССР О. К. Гавриловым); после этого (в феврале 1987 г.) был подписан Первым заместителем министра здравоохранения СССР (академиком О. П. Щепиным) и тем самым приобрел статус нового действующего (уже не временного, а постоянного) юридического акта. Очевидно, что в названии проекта Инструкции в 1982 г. сама обсуждаемая проблема (суть которой в новой дефиниции смерти пациента) еще окончательно не выделена из множества вопросов клинической практики («прекращение реанимационных мероприятий» и «изъятие пригодных для трансплантации органов»). Приобретшая же законную силу Инструкция 1987 г. в своем названии свободна от этого недостатка.

В философском плане исключительно важным представляется следующий момент. В проекте Инструкции 1982 г. ее авторы отождествляют понятия «смерть мозга» (как видовое) и «биологическая смерть» (как родовое). Такое отождествление имеет место и в статье А. М. Гурвича «Терминальные состояния» (БМЭ, т. 25, 1986 г.)⁷¹. В то же время Л. М. Попова в статье «Смерть мозга» (БМЭ, т. 23, 1985 г.) в этом пункте занимает иную позицию, считая, что понятие «смерть мозга» не идентично понятию «биологическая смерть»⁷².

Здесь мы согласны с профессором Л. М. Поповой. С нашей точки зрения, в том-то и сложность проблемы смерти мозга, что она представляет собой дилемму — для одних это *еще длящаяся жизнь человеческого организма, при протезировании функции дыхания и отсутствии наблюдаемых признаков функционирования головного мозга*, а для других это *уже наступившая смерть человека как личности и даже как биологической индивидуальности, поскольку погиб его головной мозг, орган интеграции физиологических систем организма*.

В контексте объективной логики медицинской науки, развития ее понятийного аппарата понятие «смерть мозга» не совсем корректно отождествлять с понятием «биологическая смерть» вот почему. Наряду с состояниями клинической смерти и биологической смерти существует состояние смерти мозга как *особая клиническая реальность*, требующая философского объяснения, моральных

⁷¹ Гурвич А. М. Терминальные состояния//БМЭ. Т. 25. М.: Советская энциклопедия, 1986. С. 22–26.

⁷² Попова Л. М. Смерть мозга//БМЭ. Т. 23. М.: Советская энциклопедия, 1985. С. 453–454. С. 454.

оценок и юридического регулирования. Кстати, в последней работе А. М. Гурвича, посвященной обсуждаемой теме (1997 г.), мы не находим отождествления состояний смерти мозга и биологической смерти: «Смерть мозга — это необратимое, определяемое глобальной деструкцией мозга исключение возможности обеспечения мозгом осознанного контакта индивидуума с окружающей средой, его реакций на внешние воздействия, осуществляемых путем рефлексов, замыкающихся через головной мозг, и обеспечения основных жизненных функций — самостоятельного дыхания и поддержания артериального давления и гомеостаза в целом. Поэтому организм в состоянии смерти мозга обречен на смерть в традиционном понимании — на остановку сердца — в пределах ближайших дней или (редко) двух недель, очень редко — в течение большего времени»⁷³.

В *постоянной* Инструкции о смерти мозга 1987 г. исходные дефиниции, с нашей точки зрения, логически корректные: «Смерть — это состояние гибели организма как целого с полным необратимым прекращением функций головного мозга. Решающим для констатации смерти является сочетание факта прекращения функций головного мозга с доказательствами необратимости этого прекращения»⁷⁴.

В цитированной выше работе 1997 г., А. М. Гурвич четко формулирует философско-онтологическую суть проблемы смерти мозга — «является ли смерть мозга смертью человека или только этапом его умирания». И ответ автора соответствует диалектической природе этого состояния: «Мировой почти 40-летний опыт свидетельствует: 1) диагностика смерти мозга, если она выполняется без нарушения инструкций, абсолютно надежна; 2) ни один больной в мире в этом состоянии не выжил более указанного выше срока, все такие больные обречены на остановку сердца в ближайшем будущем»⁷⁵.

Значит, центр тяжести проблемы смерти мозга переносится в социальную плоскость — надежность диагностики этого состояния зависит от уровня профессиональной подготовки врачей,

⁷³ Гурвич А. М. Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга//Биомедицинская этика/Под ред. акад. РАМН В. И. Покровского. М.: Медицина, 1997. С. 194.

⁷⁴ Инструкция по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга/Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 236 от 17.02.1987 г.

⁷⁵ Гурвич А. М. Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга//Биомедицинская этика/Под ред. акад. РАМН В. И. Покровского. М.: Медицина, 1997. С. 194.

оснащенности реанимационных отделений соответствующими средствами диагностики, строгости следования профессиональным, этическим и юридическим стандартам всеми врачами, принимающими такого рода решения. На нормативном уровне гарантии надежности диагноза смерти мозга были предусмотрены уже в проекте Инструкции 1982 г., которая предписывала: срок наблюдения не менее 12 часов (с момента установления всех симптомов смерти мозга), а в случаях лекарственной интоксикации как причины смерти мозга (наркотические вещества, нейрогенные яды, транквилизаторы) и при невозможности использования для диагностики электроэнцефалографии этот срок должен возрасти до 3-х суток; *запрет на применение содержащихся в Инструкции критериев смерти мозга у детей до 1 года*, «для которых соответствующая диагностика пока не разработана»; состав комиссии, правомочной выносить диагноз смерти мозга — главный врач больницы, заведующий реанимационным отделением, невропатолог, электрофизиолог и судебно-медицинский эксперт (в то же время «запрещается участие в работе комиссии врачей-трансплантологов»⁷⁶).

Инструкция 1982 г. стала легитимным документом в качестве Приложения № 1 к приказу МЗ СССР № 236 от 17.02.1987 г. В Инструкции предписывается: срок наблюдения при использовании всех необходимых диагностических средств равняется 12 часам, а при невозможности использования электроэнцефалографии — 24 часам, в случаях экзогенной интоксикации — 72 часам; в течение контрольного срока больной находится под постоянным медицинским наблюдением с периодичностью неврологического осмотра один раз в 2–3 часа; состав комиссии, правомочной для вынесения диагностического заключения — врач-анестезиолог-реаниматолог и невропатолог (оба с опытом работы по специальности не менее 5 лет), утверждает решение заведующий отделением реанимации (в комиссию не может входить врач-трансплантолог); после констатации смерти могут быть прекращены реанимационные мероприятия, что

⁷⁶ Инструкция об условиях, допускающих прекращение реанимационных мероприятий и изъятие пригодных для трансплантации органов у лиц, признанных умершими (проект)/Подготовлена Руководителем Научно-исследовательской лаборатории общей реаниматологии АМН СССР, академиком АМН СССР В. А. Неговским и старшим научным сотрудником Лаборатории, доктором медицинских наук А. М. Гурвичем (15. 09. 1982 г.).

осуществляет врач, лечивший больного; к детям до 6 лет критерии смерти мозга не применимы⁷⁷.

В качестве Приложения № 2 к вышеназванному приказу МЗ СССР от 17.02. 1987 г. была узаконена «Временная инструкция о порядке изъятия органов и тканей у доноров-трупов»⁷⁸ (напомним: первая легальная пересадка сердца была произведена в нашей стране в конце 1986 г., а вторая — в начале 1987 г.). Согласно этому документу, при изъятии органов или тканей обязательно участие судебно-медицинского эксперта первой или высшей категории; очередность изъятия органов и тканей: сердце, легкие, почки, поджелудочная железа, печень, эндокринные органы, роговица. Отметим, что Инструкция, регулирующая забор донорских органов и тканей в 1987 г., предусмотрительно названа «временной» — во всяком случае, вопрос согласия (самого донора при жизни или его законных представителей) в ней вообще пока не поднимается. Право пользования вышеуказанными Приложениями №№ 1 и 2 приказ МЗ СССР предоставил 17 клиничко-научным учреждениям страны (семь в Москве, четыре в Ленинграде, четыре в Киеве, две в Вильнюсе).

В декабре 1992 г. российский парламент принял «Закон о трансплантации органов и (или) тканей человека», который вступил в силу 1 мая 1993 г. Ст. 9 Закона «Определение момента смерти» гласит: «Органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной МЗ РФ. В диагностике смерти в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею». В ст. 8 Закона «Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей» говорится: «Изъятие органов и (или) тканей не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники

⁷⁷ Инструкция по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга/Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 236 от 17.02.1987 г.

⁷⁸ Временная инструкция о порядке изъятия органов и тканей у доноров-трупов/Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 236 от 17.02.1987 г.

или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту»⁷⁹. Иными словами, в нашей стране перед забором органов или тканей от донора-трупа не обязательно оформлять согласие, достаточно презумпции (предполагаемого) согласия. Юридическая модель «презумпция согласия» применяется во многих странах, например, в Испании, Австрии, в других же странах, например, в США, на Украине применяется модель «презумпция несогласия», то есть на изъятие органов или тканей здесь в обязательном порядке необходимо получить и оформить согласие.

Еще до принятия отечественного закона о трансплантации органов в 1993 г. против идеи презумпции согласия, а также некоторых моментов порядка как констатации смерти, так и изъятия органов у пациентов с диагнозом смерти мозга выступала клиницист-реаниматолог (т. е. по своему профессиональному положению — *лечащий врач донора*) профессор Л.М. Попова. Позволим себе пространные цитаты, излагающие эту ее позицию. Во-первых, в отношении юридической нормы презумпции согласия: «В этих материалах (имелись в виду «Положение о порядке изъятия органов от доноров-трупов» 1985 г. и «Инструкция о порядке изъятия органов и тканей у доноров-трупов» 1986 г. МЗ СССР — *авт.*) не предусматривались информация родственников и согласие их на изъятие органов, а также воля умершего, который мог при жизни (если был осведомлен) завещать согласие на изъятие органов либо, напротив, отклонить его. Во-вторых, в отношении состава врачебного консилиума: «Констатация смерти мозга регистрируется *независимой комиссией* в соответствии с протоколом. Комиссия должна состоять из заведующего отделением, врача-реаниматолога, невролога и специалиста, если производились специальные исследования, ЭЭГ, ангиография. В комиссию *не могут входить лечащие врачи-реаниматологи*, врачи, имеющие отношение к трансплантации» (курсив наш — *авт.*). В комиссии (согласно названным выше Положению и Инструкции — *авт.*) по установлению смерти мозга *допускалось участие лечащего врача-реаниматолога*, что могло способствовать высказываниям родственников о недоверии диагнозу и другим возражениям. Кроме того, комиссия наделялась правом разрешать изъятие органов, что неприемлемо, поскольку она является независимой и цель ее установить смерть мозга и известить об этом родственников ...

⁷⁹ Закон о трансплантации органов и (или) тканей (1993 г.).

Критические замечания в отношении Положения и Инструкции были сделаны дважды НИИ неврологии в июне 1985 г. и мае 1986 г., но во внимание приняты не были»⁸⁰ (курсив наш — авт.)

Принятие Закона о трансплантации органов потребовало создания соответствующих новых подзаконных актов. В Приложении № 2 (к приказу МЗ РФ № 189 от 10.08.1993 г.) «Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» дается следующая дефиниция: «Смерть мозга есть полное и необратимое прекращение всех функций головного мозга, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Смерть мозга эквивалентна смерти человека». Далее здесь этиологически разграничивается смерть мозга в результате его первичного или вторичного повреждения. При первичном повреждении длительность наблюдения должна быть не менее 12 часов, при вторичном — не менее 24 часов, при подозрении на интоксикацию — не менее 72 часов⁸¹. В Приложении № 7 к данному Приказу МЗ РФ дан перечень из 20 клинических учреждений России, которым разрешено осуществление трансплантации органов.

Следует обязательно сказать, что несколькими месяцами позже вступления в силу в РФ «закона о трансплантации» (с 1 мая 1993 г.), начал действовать главный законодательный акт в области медицины — Федеральный закон «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», в котором, так сказать, «для формы» были включены отдельные статьи «Определение момента смерти человека» и «Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации», где говорится, что такие вопросы решает в соответствии с российским законодательством «федеральный орган исполнительной власти» (т.е. Минздрав). Составители этого закона исходили из того, что все вопросы юридического регулирования в сфере трансплантологии уже решены в «заcone о трансплантации». Это было время осуществления первых клинических пересадок сердца в нашей стране, когда уже в течение нескольких лет причина проблематизации признания новой дефиниции смерти фактически была устранена. Как уже говорилось, причина заключалась в острейшем социальном конфликте: позиции «за» (ведущих ученых-реаниматологов) и позиции «против»

⁸⁰ Попова Л.М. Этические проблемы, возникающие при диагностике смерти мозга//Анестезиология и реанимация. 1992. № 4. С. 69–72. С. 71.

⁸¹ Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга/Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ № 189 от 10.08.1993 г.

(представители Минздрава). В это время проблема смерти мозга представлялась ученым, всем компетентным врачам навсегда «научно решенной». Всем, знающим содержание проблемы, было ясно, что остается нерешенным вопрос о диагностике смерти мозга у детей, но особые вопросы детской трансплантологии тогда по-прежнему привычно отодвигались в неопределенное будущее. В 2012 г. вступил в силу новый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан», в котором проблемы трансплантологии отражены более содержательно (о чем будет сказано в следующем параграфе, посвященном истории проблемы смерти мозга в педиатрии).

В 1997 г. Минздравом РФ утвержден документ, подчеркивающий значение проблемы смерти мозга, как необязательно связанной с нуждами трансплантологии, но имеющей также самостоятельное значение в клинической медицине: *«Инструкция по определению момента смерти человека, отказу от применения или прекращению реанимационных мероприятий»*⁸².

С одной стороны, проблема прекращения или отказа от реанимационных мероприятий, которую следует рассматривать в более широком контексте прекращения (или отказа от) экстраординарного лечения у терминальных больных (см. «Венецианская декларация о терминальном состоянии» ВМА — 1983 г.), была осознана и поставлена на законодательном уровне в нашей стране со значительным опозданием. С другой стороны, конкретное содержание данного подзаконного акта, призванного регулировать только применение реанимационных мероприятий, следует признать его сильной стороной. Не дающие положительного результата первичные реанимационные мероприятия, оказываемые во внебольничных условиях, могут прекращаться по истечении 30 минут (если «не произошло восстановления сердечной деятельности и не появились признаки восстановления функции центральной нервной системы»). При проведении реанимационных мероприятий в виде полного реанимационного комплекса бригадой специалистов реанимация может прекращаться при ее неэффективности в течение 1 часа (при этом должны быть исключены гипотермия и медикаментозная интоксикация).

Интересно, что составители этой Инструкции 1997 г. опять вернулись к концепции отождествления состояний смерти мозга и биологической смерти: «Биологическая смерть может быть конста-

⁸² Инструкция по определению момента смерти человека, отказу от применения или прекращению реанимационных мероприятий (Утв. МЗ РФ от 10.04.1997 г.).

тирована на основании: — прекращения сердечной деятельности и дыхания, продолжающихся более 30 минут; — прекращения функций головного мозга, включая функции и его стволовых отделов».

Наши возражения такому подходу уже изложены ранее. Здесь же добавим: знакомство составителей данной Инструкции с философией современной паллиативной медицины, краеугольным камнем которой является положение: «Не торопить смерть, но и не препятствовать ее наступлению, рассматривать смерть как естественный процесс», не заставляло бы их ради «заботы об этической непорочности» своей позиции отождествлять смерть мозга и биологическую смерть. Классическое понимание биологической смерти абсолютно исключает все диагностические сомнения и самоочевидно для нашего здравого смысла. Что же касается смерти мозга, то лишь гарантии надежности данного диагноза как-то снимают парадокс при оценке этого состояния нашим сознанием: по видимости человек жив, а по сути уже мертв.

В 2003 г. была принята новая *«Инструкция по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий»* (утверждена приказом Минздрава России от 04.03.03 № 73). Здесь понятия биологической смерти и смерти мозга разграничены: «Констатация смерти наступает при смерти мозга или биологической смерти человека (необратимой гибели человека). Биологическая смерть устанавливается на основании трупных изменений (ранние признаки, поздние признаки). Диагноз «смерть мозга» устанавливается в учреждениях здравоохранения, имеющих необходимые условия для констатации смерти мозга. Смерть человека на основании смерти мозга устанавливается в соответствии с Инструкцией по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга...»⁸³.

Последняя Инструкция о смерти мозга утверждена приказом МЗ РФ № 460 от 20.12.2001 г.⁸⁴. Новация в этом документе следующая: при первичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 6 часов с момента первого установления признаков смерти мозга. Более категорично здесь говорится, что «диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических тестов». Электро-

⁸³ Инструкция по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий (Утв. Приказом Минздрава России от 04.03.03).

⁸⁴ Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга/Приложение к приказу Министерства здравоохранения РФ № 460 от 20.12.2001 г.

энцефалография определяется как «дополнительный (подтверждающий)» метод и в обязательном порядке проводится при подозрении на травму шейного отдела позвоночника или перфорацию барабанных перепонок, что не позволяет выявить наличие или отсутствие окулоцефалических и окуловестибулярных рефлексов. Ангиография проводится для укорочения необходимой продолжительности наблюдения: «Если сразу же после установления выпадения функций мозга в соответствии с пп. 3.1–3.9 (комплекс клинических критериев, обязательных для установления диагноза смерти мозга — *авт.*) проводится двукратная панангиография магистральных артерий головы, выявляющая прекращение мозгового кровообращения ... смерть мозга констатируется без дальнейшего наблюдения».

Необходимо отметить, что среди отечественных специалистов в этой области нет единодушия в оценке эвристической ценности конкретных вспомогательных методов. Некоторые специалисты отдают здесь предпочтение ультразвуковым методам диагностики, поэтому вызывает удивление, что этот метод исследования даже не упоминается в Инструкции 2001 г. Этот момент особенно важен, т.к. сокращение срока мониторинга состояния пациента имеет значение в плане изъятия донорских органов у такого пациента. Если мы решаемся «разрубить гордиев узел» острейшего конфликта интересов (с одной стороны, донора, а с другой — «здоровья его органов»), то, как минимум, здесь нужен консенсус экспертного сообщества нейрореаниматологов.

1.4.2. Долгая дорога к «Инструкции о констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга»

Почти 40-летняя эволюция концепции смерти мозга в нашей стране складывалась так, что проблема смерти мозга в детской реаниматологии лишь обозначалась, но ее решение отодвигалось в неопределенное по срокам будущее. Очевидно, что такое положение вещей являлось тормозом развития педиатрической трансплантологии.

Инструкция 2001 г. привычно заканчивается положением: «*Настоящая инструкция не распространяется на установление диагноза смерти мозга у детей*». Во-первых, как уже говорилось выше, в проекте Инструкции 1982 г. ограничение ее применения касалось только детей до 1 года — стало быть, такой и была позиция в этом вопросе В. А. Неговского и А. М. Гурвича. В первой действующей по-

стояннoй Инструкции 1987 г. такое ограничение было распространено на детей до 6 лет. В последующих редакциях Инструкции идет речь о «детях вообще», но, как известно, в соответствии с «Декларацией прав ребенка» ООН понятие «ребенок» распространяется на возраст до 18 лет. С нашей точки зрения, в первых редакциях отечественной Инструкции о смерти мозга подход к этой предельно сложной проблеме был более профессионально-ответственным.

В январе 2002 г. в МЗ РФ под давлением общественности (публикация во влиятельной федеральной газете) была создана междисциплинарная комиссия по подготовке Инструкции по констатации смерти на основании диагноза смерти мозга у детей. Комиссия подготовила проект этого документа, разрешающий признание детей, от *рождения до 18 лет* умершими — в случае диагностики у них состояния смерти мозга. Так как в дальнейшем таких проектов «педиатрической» Инструкции оказалось еще, как минимум, четыре, то этот мы обозначим «№ 1». Здесь был отражен дифференцированный подход при диагностике смерти мозга у детей в зависимости от возраста ребенка: 7 дней — 2 месяца; 2 месяца — 1 год; все дети старше 1 года. Продолжительность наблюдения с момента установления всего комплекса симптомов смерти мозга, дающая право установить окончательный диагноз, определялась: при первичном поражении мозга 12 часов (напомним, в действующей «*взрослой*» Инструкции — 6 часов), при вторичном поражении мозга — 24 часа. В случаях интоксикации, подтвержденной химико-токсикологическими исследованиями, диагноз смерти мозга до исчезновения признаков такой интоксикации предписывалось не рассматривать. У детей первых трех месяцев жизни предписывалось не применять разъединительный тест.

Однако официальное принятие Инструкции опять затянулось на многие годы, а работа над ее совершенствованием столкнулась с существенными трудностями. Остановимся на некоторых из этих трудностей.

Во-первых, в 1970–1980-е гг. инициатива принятия отечественной Инструкции о смерти мозга исходила от реаниматологов. Эта инициатива имела предпосылкой не только исчерпывающее знание научного состояния проблемы в мировой науке, но и многолетние собственные экспериментальные (В. А. Неговский, А. М. Гурвич и др.) и клинические (Л. М. Попова и др.) исследования в этой области. Тормозом для легитимизации нового критерия смерти (до 1984–1987 гг., до начала Перестройки) были вненаучные, включая социально-политические, факторы, а также незнание подавляющей

массы отечественных врачей (и, конечно, чиновников Минздрава) революционных идей медицинской этики, в частности, содержания Сиднейской декларации о констатации смерти и Венецианской декларации о терминальном состоянии (ВМА, 1968, 1983).

Инициатива разработки и принятия Инструкции о смерти мозга у детей целиком принадлежит врачам-трансплантологам, которые, правда, только со своей стороны, оказались очень хорошо «погружены в проблему». Что же касается остальных членов созданной в 2002 г. в Минздраве Комиссии (специалисты в детской реаниматологии, неврологии и т. д.), то для большинства из них проблема смерти мозга (как мы можем судить по доступной нам литературе) не была ранее предметом специальных научных исследований. К тому же, создание названной Комиссии оказалось слишком ограниченным ведомственными рамками (педиатрического Главка МЗ РФ). Отечественные нейрореаниматологи, неврологи, имеющие богатый опыт работы над «взрослыми» Инструкциями о смерти мозга, почему-то к деятельности «детской» Комиссии вначале вообще не были привлечены (и как мы выяснили, просто не знали о ее работе).

Характерно, что в разделе данного проекта Инструкции «Дополнительные (подтверждающие) тесты к комплексу клинических критериев при установлении диагноза смерти мозга у ребенка» даже не упоминается метод доплерографии (ультразвукового сканирования). А ведь авторитетный отечественный ученый-клиницист профессор И. Д. Стулин именно этот метод, с учетом его информативности и неинвазивности, считает методом выбора при диагностике смерти мозга. Конечно, оправданно в этот раздел проекта Инструкции включен подробный пункт «Алгоритм проведения ЭЭГ-исследования в отдельных возрастных группах». Что касается проведения панангиографии, то в документе дается общая рекомендация с оговоркой — «для укорочения необходимой продолжительности наблюдения» (ясно, что это положение, как мы подчеркивали ранее, связано с интересами трансплантологии).

В ситуации донорства органов от пациентов-детей еще более напряженной, чем при заборе органов от доноров-взрослых, является проблема согласия донора на изъятие органов для целей трансплантации. Если опять обратимся к приведенной нами ранее ст. 7 («Презумпция согласия») Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека», то убедимся, что Законодатель здесь детей-доноров вообще не имел в виду, хотя прямо изъятие органов у ребенка-донора после констатации смерти у него этим законом

не запрещается (как запрещается изъятие органов и тканей у живых доноров-детей — ст. 3 Закона).

С нашей точки зрения, при работе над данным подзаконным актом существенными моментами являются: *недостаточная юридическая определенность* ситуации распространения нормы презумпции согласия на случаи донорства органов и (или) тканей от умерших детей; проблема детского донорства является *более сложной в морально-этическом плане* (родительские чувства при смерти ребенка, в особенности — внезапной; отличие «согласия по доверенности» некомпетентного пациента от осознанного добровольного согласия компетентного пациента и т.д.). Поэтому уже на данном этапе работы над «педиатрической» Инструкцией в экспертном заключении Лаборатории правовых проблем охраны здоровья детей (руководитель — Ю.Е. Лапин) Научного центра здоровья детей (НЦЗД) РАМН было предложено включить в нее положение: «Родители ребенка, которому поставлен диагноз смерти мозга, должны быть проинформированы об этом, а также о том, что у них есть право отказаться от изъятия донорских органов и тканей».

Вообще-то в ситуации, когда донором органов становится ребенок, оптимально правильным было бы применение здесь формулы презумпции несогласия (т.е. *испрошенного согласия*). Однако это потребовало бы радикального пересмотра ст. 7 названного выше российского закона о трансплантации, что было чревато еще большим затягиванием решения проблемы «детского донорства». Будучи *внесенной в Инструкцию*, это положение не требовало отказа от нормы действующего Закона как презумпции согласия, так как оформления согласия родителей на изъятие донорских органов и здесь не требовалось. Конечно, такой подход мог сократить число возможных доноров, но одновременно предупреждались возможные конфликты, а то и юридические иски родителей умерших детей — потенциальных доноров органов, которые будут считать, что их право несогласия с изъятием донорских органов и (или) тканей у их умершего ребенка было нарушено.

В 2007 г., опять под давлением общественности, Минздравсоцразвития РФ возобновил деятельность междисциплинарной комиссии (расширив ее состав) по доработке «Инструкции по констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга». И опять состав Комиссии оказался слишком ограниченным ведомственными рамками педиатрического Главка Минздравсоцразвития (хотя в ее состав впервые официально был включен специалист в области биоэтики — один из авторов этих строк А.Я. Иванюшкин). Результа-

том деятельности Комиссии в течение полугода стали такие новации в двух последующих проектах «педиатрической» Инструкции о смерти мозга.⁸⁵

В Инструкции № 2 (начало 2007 г.) подчеркнем такие моменты: в Разделе «Общие сведения» дается дефиниция: «Смерть мозга — это необратимая утрата всех функций головного мозга, в том числе и стволовых, при сохранении кровообращения в организме. Смерть мозга эквивалентна смерти человека»; действие Инструкции распространяется на все возрастные группы *от рождения до 18 лет*; дифференцированный подход в отношении детей первого года жизни отразил особенности у пациентов с массой тела при рождении менее 1000,0 и более 1000,0 граммов; наиболее напряженный в этическом и правовом плане пункт об информировании законных представителей интересов пациента-ребенка был перенесен без изменений из Инструкции № 1: «Родители или законные представители ребенка должны быть своевременно (что значит «своевременно»?) информированы заведующим реанимационным отделением о тяжести состояния ребенка»⁸⁶.

В развитие этого положения члены Комиссии Ю.Е. Лапин и А.Я. Иванюшкин предлагали подробно регламентировать решение вопроса информированного согласия, в особенности в ситуации потенциального донорства органов и (или) тканей, выработав своего рода «этический алгоритм» разрешения соответствующих моральных коллизий, может быть, вынести означенный вопрос в отдельный раздел Инструкции.

В Инструкции № 3 (осень 2007 г.) заслуживают внимания следующие моменты: дано новое название «Положение о проведении процедуры констатации смерти мозга ребенка на основании диагноза смерти мозга»; в первом разделе («Общие сведения») исключена дефиниция самого понятия «смерть мозга»; главная новация — действие Инструкции распространялось на детей *от четырех лет*; в разделе «Дополнительные (подтверждающие) тесты к комплексу клинических критериев при установлении диагноза смерти мозга у ребенка» отмечается, что диагноз смерти мозга устанавливается клинически, но в качестве «дополнительного», «подтверждающего»

⁸⁵ Инструкция по констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга (проект № 2–2007 г.) и Положение о проведении процедуры констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга (проект № 3–2007 г.).

⁸⁶ Инструкция по констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга (проект № 2–2007 г.).

проводится один из трех инструментальных (аппаратных) тестов — или электроэнцефалографическое исследование, или двукратная панангиография четырех магистральных сосудов головы, или трехкратная доплерография четырех магистральных сосудов головы (впервые в Проекте Инструкции появляется требование использовать последний метод исследования); более развернут здесь пункт об информировании родителей, законных представителей или опекунов ребенка: «Родители и законные представители или опекуны ребенка информируются заведующим реанимационным отделением о тяжести состояния больного и результатах процедуры констатации смерти мозга. В информировании об этом родителей, законных представителей или опекунов участвует психолог. В случае отсутствия родителей, законных представителей или опекунов процедура констатации смерти мозга не рассматривается»⁸⁷.

Как можно убедиться, на этом этапе в содержание Инструкции были внесены некоторые важные положительные изменения: кроме отмеченного уже расширения спектра применяемых аппаратных тестов, особо обратим внимание на проблему информирования родителей пациента-ребенка — потенциального донора. Члены Комиссии, представляющие гуманитарное экспертное сообщество, настаивая на обязательном информировании родителей ребенка, одновременно рекомендовали вообще исключить из числа потенциальных доноров органов тех детей, которые были лишены попечения родителей. К сожалению, в окончательном тексте Проекта № 3 норма «обязательного информирования» осталась, однако наряду с родителями (через запятую) здесь говорится о «законных представителях или опекунах». Это значит, что если речь идет о потенциальном доноре, когда таковым является ребенок из Детского дома (или Дома ребенка), вопрос согласия на изъятие органов решает или директор или главный врач названных учреждений. Но именно эту ситуацию эксперты-гуманитарии как раз и стремились исключить.

В целом же работа над «педиатрической» Инструкцией о смерти мозга по-прежнему страдала коренным недостатком. Дело в том, что этот нормативный документ должен отражать консенсус всего научно-медицинского сообщества России и шире — общества в целом. Например, в Польше такой консенсус выражен документом — «Позиция Всепольских групп специалистов в области анестезиоло-

⁸⁷ Положение о проведении процедуры констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга (проект № 3–2007 г.).

гии, интенсивной терапии, неврологии, нейрохирургии и судебной медицины по вопросу критериев смерти головного мозга»⁸⁸. Юридический акт о констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга — это не «узко-ведомственное предприятие» Минздрава. Принятие его должно обобщать широкую междисциплинарную научную дискуссию, общественные дебаты (в национальном масштабе!) по конкретным проблемам клинико-диагностического, философско-методологического, этико-правового порядка, сопряженными с принятием в обществе новой дефиниции смерти.

С нашей точки зрения, главная причина сложившейся ситуации с «педиатрической» Инструкцией в современной России, когда в течение более 10 лет этот документ не может обрести статуса подзаконного акта, это — страх. Страх тех чиновников Минздрава, которые должны были принять на себя ответственность, но при этом интуитивно сознавали, что речь идет не о рядовом решении, не о привычном в контексте их профессиональных занятий поступке. И, следует признать, они здесь по-своему правы: почему, на каком основании они должны возлагать на себя такую гигантскую ответственность? Ответственность в данной ситуации должна быть разделена между Наукой, с одной стороны, и Властью, с другой. Напомним (о чем уже шла речь выше), что в Советском Союзе процесс легитимизации «взрослой» Инструкции о смерти мозга как раз протекал согласно такой логике хода вещей.

В содержательном плане слабые стороны анализируемых текстов (Проектов Инструкции о смерти мозга в педиатрии №№ 1,2,3) целиком объясняются, как это ни горько констатировать, неспособностью отечественного научно-медицинского сообщества (подчеркнем, не отдельных ученых, врачей, специалистов, а именно сообщества как социального института), когда общество поставило перед ним задачу решения проблемы новой дефиниции смерти человека. Конечно, доля серьезной вины и на представителях власти, поскольку они за многие годы работы над «педиатрической» Инструкцией о смерти мозга не привлекли к реализации этого проекта (национального масштаба!) *всех соответствующих ведущих отечественных ученых*, близоруко полагая, что улучшение качества документа можно свести к замене слова «Инструкция» на слово «Положение». И то, что на каком-то этапе согласования документа

⁸⁸ Вихровски М. Право на жизнь/Пер. с польск.: Игор Закшевски. Варшава, 2005. С. 23.

в Минздраве в Инструкции № 3 *была опущена исходная дефиниция самого понятия смерти мозга* тоже понятно: тот, кто ее вымарал в Инструкции, просто не понимал, что проблема смерти мозга междисциплинарная, причем философский аспект в ней столь же важен, как клинико-диагностический и этико-правовой.

В 2008 г. в НЦЗД РАМН Лабораторией правовых проблем охраны здоровья детей (Отдела социальной педиатрии) был организован «Круглый стол: Этические и правовые проблемы констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга». В дискуссии приняли участие, наряду с компетентными научными сотрудниками НЦЗД РАМН, ученые из Института общей реаниматологии РАМН, Института неврологии РАМН, Института трансплантации органов и тканей, Московского Центра органного донорства, а также Института философии РАН. Насколько нам известно, в затянувшейся истории «педиатрической» Инструкции о смерти мозга это был первый опыт междисциплинарной научной дискуссии, который обнаружил трудности взаимопонимания между авторитетными представителями различных областей знания. Следует подчеркнуть, что дискуссия в основном сосредоточилась на гуманитарных аспектах проблемы смерти мозга.

Философы подчеркивали социокультурный, исторический контекст новой дефиниции смерти. Осмысление обществом новой разновидности смерти человека (как смерти мозга) прошло, условно говоря, три этапа. На первом (1960–1970-е гг.) суть *проблемы* смерти мозга была смещена в философско-мировоззренческую плоскость: можно ли определить клинический статус пациента, который в свете здравого смысла «и жив, и мертв» или «ни жив, ни мертв», как «уже *смерть*». На втором этапе (1980–1990-е гг.) напряженность проблемы смерти мозга значительно ослабла, отождествление клинического статуса смерти мозга и смерти человека все больше становилось общепризнанной научной истиной, к тому же в большинстве стран мира такое отождествление оказалось закреплено юридически. На третьем, современном этапе *отождествление диагноза смерти мозга и смерти человека вновь проблематизируется*, но теперь суть проблемы смещается в плоскость философско-методологическую: насколько тождественны понятия «смерть мозга» (в строгом клиническом смысле) и «гибель мозга», насколько надежно экспертное заключение врачей, ставящих такой клинический диагноз и т. д. Специалисты Московского центра органного донорства, Института трансплантологии и искусственных органов на этом первом уровне междисциплинарного обсуждения проблемы считали подобные во-

просы «надуманными» и мешающими ее скорейшему позитивному решению.

Заслуживает внимания позиция директора Института общей реаниматологии РАМН, члена-корреспондента РАМН В. В. Мороза: узнав в 2008 г. о работе над «педиатрической» Инструкцией о смерти мозга, он был крайне возмущен, почему к этой работе не привлечен головной Научно-исследовательский институт реаниматологии, Российское общество реаниматологов. Как считает В. В. Мороз, такая работа обязательно должна быть поставлена в контекст соответствующих международных нормативных документов, прежде всего — принятых Всемирной федерацией анестезиологов (ВФА).

В начале 2010 г. по инициативе Председателя Комитета по здравоохранению Общественной палаты РФ, директора НИИ неотложной детской хирургии и травматологии (Департамента здравоохранения г. Москвы) профессора Л. М. Рошалья работа над «педиатрической» Инструкцией о смерти мозга опять возобновилась. Наконец-то главная инициатива осуществления проекта сместилась в сторону науки: ответственность за содержательную часть работы (патофизиологический, клинический, врачебно-этический аспекты) была возложена на заведующего отделением реанимации Института профессора В. Г. Амчеславского. Команда Л. М. Рошалья с самого начала понимала главное: легитимность Инструкции *прежде всего* определяется консенсусом в отношении проблемы смерти мозга отечественного научно-медицинского сообщества (разумеется, на данный исторический момент). Особо подчеркнем: для решения проблемы наконец-то был предпринят своего рода «мозговой штурм».

Последняя редакция Инструкции по констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга (№ 3) была разослана многим авторитетным отечественным ученым в области нейрореаниматологии (в основном, в области педиатрии, но не только). Учитывая междисциплинарный характер проекта, были привлечены к работе по совершенствованию Инструкции юристы и философы. В заключение был проведен «Круглый стол» с участием *нескольких десятков* ученых-экспертов, результатом которого явилась новая редакция «Положения о проведении процедуры констатации смерти ребенка в возрасте 1 года и старше на основании диагноза смерти мозга»⁸⁹. Были организованы несколько рабочих групп специалистов, которым была поставлена задача создания (по отдельным разделам)

⁸⁹ Положение о проведении процедуры констатации смерти ребенка в возрасте 1 года и старше на основании диагноза смерти мозга (проект № 4–2010 г.).

окончательной редакции документа. Итогом стала последняя редакция (№ 5) «Инструкции по констатации смерти детей на основании диагноза смерти мозга»⁹⁰.

С нашей точки зрения, главными достоинствами последней версии проекта «педиатрической» Инструкции о смерти мозга являются, во-первых, его гораздо более высокий научный уровень, а во-вторых, более глубокая проработка методологических аспектов проблемы. В особенности следует обратить внимание на раздел б данного документа «Дополнительные (подтверждающие) тесты к комплексу клинических критериев при установлении диагноза смерти мозга у ребенка».

Здесь следует напомнить исходное методологическое начало действующей «взрослой» «Инструкции по констатации смерти на основании диагноза смерти мозга» (2001 г.) — в основном диагноз смерти мозга устанавливается клинически, а инструментальные методы являются «подтверждающими», они применяются в исключительных случаях: «Диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических тестов (см. пп. 3.1–3.9). Дополнительные тесты выполняются после выявления признаков, описанных пп. 3.1–3.9. ЭЭГ-исследование (см. п. 4.1) обязательно проводится для подтверждения клинического диагноза смерти мозга во всех ситуациях, где имеются сложности в выполнении пп. 3.6 и 3.7 (травма или подозрение на травму шейного отдела позвоночника, перфорация барабанных перепонки). Панангиография магистральных артерий головы (см. п. 4.2) проводится для укорочения необходимой продолжительности наблюдения».

Хотя в целом такой методологический подход сохраняется и в последней версии «педиатрической» Инструкции, следует подчеркнуть некоторые исключительно важные нюансы. Во-первых, спектр аппаратных методов исследования значительно расширен. Во-вторых, здесь больше внимания уделяется ситуациям сомнения в достоверности диагноза. То, что составители Инструкции полностью отдавали себе отчет, что в методологическом плане диагноз смерти мозга (тем более у пациента-ребенка) в определенном отношении *не является рутинной клинической задачей*, свидетельствуют такие положения: в разделе б «Дополнительные (подтверждающие) тесты ...»: «В сомнительных случаях обязательно проведение двух дополнительных тестов, один из которых подтверждает прекраще-

⁹⁰ Инструкции по констатации смерти детей на основании диагноза смерти мозга (проект № 5–2010 г.).

ние мозгового кровотока»; в разделе 7 «Продолжительность наблюдения»: «В случае возникновения сомнения в диагнозе смерти мозга после выполнения пп. 5.1–5.9 (комплекс клинических критериев — *авт.*) и сложности или невозможности выполнения дополнительных методов исследования в установленном данной инструкцией порядке, принимается решение в пользу продолжения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии».

Действие Инструкции распространяется на детей *от 1 года до 18 лет*, т.е. сложнейшие неонатологические аспекты в рамках проблемы смерти мозга здесь вынесены за скобки (заметим, что в решении этого вопроса мы вернулись к позиции В. А. Неговского и А. М. Гурвича 30-летней давности).

Далее, особенно важны, с нашей точки зрения, положения этического порядка в Инструкции: «Процедура установления диагноза смерти мозга у ребенка, не имеющего родителей или в случае невозможности непосредственного контакта заведующего реанимационным отделением (или лица, его заменяющего) с родителями ребенка или его законным представителем, не проводится». С одной стороны, это совершенно правильное положение, на котором все эти годы настаивала часть экспертного сообщества, представляющая гуманитарные науки (философы, правоведы). В самом деле, диагноз смерти мозга не только в методологическом плане, но, может быть, еще в большей степени — с учетом социального контекста, *не есть рутинная клиническая задача*. Поэтому права и достоинство ребенка-пациента, если он лишен родительского попечения, нуждаются в особых (дополнительных) мерах социальной защиты. С другой стороны, с нашей точки зрения, данное положение Инструкции должно быть, как мы говорили ранее, еще жестче, из него следовало бы исключить слова «или его законным представителем». В ситуации, когда решается вопрос жизни или смерти, роль родителей нельзя ставить «на одну доску» с ролью главного врача Дома ребенка или директора Детского дома (именно они являются законными представителями детей-сирот, если им не назначены судом опекуны).

Осталось сказать, что и эта редакция «Инструкции по констатации смерти детей на основании диагноза смерти мозга» так и не приобрела законной силы. Однако 21 ноября 2011 г. в нашей стране был принят новый Федеральный закон (№ 323) «Об основах охраны здоровья граждан», вступивший в силу 1 января 2012 г., в котором, во первых, выделена специальная Глава 8 (ст.ст. 66–68) «Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека», а во-вторых, в ст. 47 «Донорство органов и тканей человека и их

трансплантация (пересадка)» косвенно нашли отражение дебаты вокруг педиатрической Инструкции о смерти мозга.

Ст. 66. «Определение момента смерти человека и прекращение реанимационных мероприятий» в самом начале гласит: «Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека)». Создается впечатление, что междисциплинарный характер проблемы смерти мозга здесь недостаточно учтен законодателем. В самом деле, юридическая строгость правовой нормы должна, по крайней мере, не вступать в противоречие с содержательностью научно-медицинского понимания предмета регулирования данной нормой. Слова в скобках (необратимая гибель человека) логично уточняют понятие «биологической смерти», однако косвенно могут также означать, что смерть мозга — это еще не «необратимая гибель человека». В философском плане данный момент является одним из оснований современной проблематизации диагноза смерти мозга, однако закрепление в таком виде философских апорий, философско-методологических антиномий в «букве закона», с нашей точки зрения, есть ошибка законодателя.

К тому же, применительно к состоянию смерти мозга привычный для юристов термин «момент смерти» требует, вероятно, замены каким-то другим термином. За неимением адекватного нового юридического языка, следует постоянно помнить: когда речь идет о смерти мозга, окончательный диагноз ставится только после многих часов мониторинга пациента. Где же здесь собственно «момент смерти», если смерть в такой ситуации вообще престала быть «наблюдаемым природным объектом» (в смысле классической физики)?

В ст. 47 п. 8 данного закона речь, наконец-то, прямо идет о трансплантологии в педиатрии: «В случае смерти несовершеннолетнего... изъятие органов и тканей из тела умершего для целей трансплантации (пересадки) допускается на основании *испрошенного согласия одного из родителей*» (курсив наш — авт.). Таким образом, если для умершего взрослого донора при изъятии органов в России действует юридическая модель презумпции согласия, то для умершего ребенка-донора — презумпции несогласия (испрошенного согласия). Причем в Законе ясно говорится, что правомочно только согласие (хотя бы) одного из родителей, т.е. дети, лишённые попечительства родителей, исключаются из ряда потенциальных доноров.

В 2012 г. Постановлением Правительства Российской Федерации (№ 950 от 20 сентября) были утверждены Правила определе-

ния момента смерти человека, в том числе критерии и процедуры установления смерти человека, а также правила прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека. Тем самым утратила силу «Инструкция по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий» (приказ МЗ РФ от 04.03.2003 № 73).

Документ вызвал неоднозначную и острую в этическом отношении реакцию медицинского сообщества и общественности, связанную преимущественно с интерпретацией следующего фрагмента: «Реанимационные мероприятия прекращаются при признании их абсолютно бесперспективными, а именно: при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга; при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут; при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов)»⁹¹.

Наибольшую проблему вызывает интервал времени реанимации. Достаточным ли является проведение реанимации в течение 30 минут у взрослого человека и 10 — у новорожденного? Если надежные (с строгой научной точки зрения) эпидемиологические данные свидетельствуют, что случаи восстановления пациентов при более длительной реанимации существуют, то эта проблема не может считаться в научном плане «закрытой». Во всяком случае, приведем комментарий руководителя отделения общей реанимации Института скорой помощи им. Склифосовского, к.м.н.Д. Косолапова: «Думаю, ограничиваться 30 минутами, когда речь идет о спасении человека, не стоит. Подход должен быть исключительно индивидуальным. ...Врач-реаниматолог должен тратить столько времени, сколько необходимо, чтобы успеть и провести прямой массаж сердца, и перевести больного на искусственную вентиляцию легких. ...Непонятно, почему на реанимацию взрослых пациентов отводится 30 минут, а на реанимацию детей — 10 минут? Надо ли так делить? Ведь перед врачом-реаниматологом — человек! И не важно, сколько ему лет... я работал реаниматологом в пе-

⁹¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950 г. Москва — <https://www.rosminzdrav.ru/health/med-service/0155>

диатрии. И действия по спасению ребенка иногда тоже длились далеко не 10 минут, а иногда 40 минут и более ⁹².

Регламентация времени смерти имеет прямое отношение к проблеме смерти мозга. Длительность реанимации сказывается на состоянии органов, потенциально предназначенных для целей трансплантологии. Диагноз смерти мозга оказывается решающим для определения реанимационных мероприятий как бесперспективных.

В Постановлении воспроизведено определение «момента смерти» из ст. 66 действующего ФЗ об охране здоровья граждан (критический анализ которого дан ранее): «Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека)»⁹³. В документе также указывается, что «Диагноз смерти мозга человека устанавливается в порядке, утверждаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации, и оформляется протоколом по форме, утверждаемой указанным Министерством»⁹⁴.

Именно Постановление (и, конечно, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», 2011 г.) являются исходными пунктами для создания дальнейших актов, регламентирующих процедуру констатации смерти мозга, в особенности речь идет о применении нового критерия смерти (смерти мозга) к детям — тем самым будет устранено главное препятствие к развитию детской трансплантологии в нашей стране.

В сентябре 2012 г. Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ собрал совещание под председательством заместителя министра Т.В. Яковлевой по обсуждению проекта приказа МЗ РФ «Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании смерти мозга»⁹⁵. Документ, как и его прежняя редакция 2001 г., в основном создавался в Научном центре неврологии РАМН (руководитель группы разработчиков — профессор М.А. Пирадов). Из содержания документа

⁹² См.: Смерть мозга — главный судья//<http://labok.ru.com/2012/smert-mozga-glavnyj-sudya/>

⁹³ Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950 г. Москва — <https://www.rosminzdrav.ru/health/med-service/0155>

⁹⁴ Там же.

⁹⁵ Приложение № 1 (к Приказу МЗ РФ): Инструкция по констатации смерти человека на основании смерти мозга (Проект, сентябрь 2012 г.).

видно, что решено узаконить единую Инструкцию, во-первых, внеся некоторые коррективы в вариант Инструкции 2001 г., а во-вторых, узаконить новое понимание смерти (как смерти мозга) и для детей от 1 года до 18 лет, прописав дополнительные стандарты диагностики смерти мозга для детей. Почему исключаются дети до 1 года?

Во-первых, дети первого года жизни обладают наибольшей спецификой в сравнении с детьми более старшего возраста (в том числе, и в плане нейрореаниматологии), во-вторых (и это вероятнее всего сыграло главную роль), на современном этапе развития отечественной трансплантологии данная возрастная группа в ряду потенциальных доноров представляется не столь важной.

С учетом критических замечаний, сделанных участниками названного совещания в МЗ РФ, документ был существенно переработан, получив название «Порядок по констатации смерти человека на основании смерти мозга человека». Документ был выложен в Интернет для общественного обсуждения: за всю почти сорокалетнюю историю рассмотрения проблемы смерти мозга в нашей стране такое произошло впервые.

Большинство коррективов, дополнений в обоих проектах обсуждаемых подзаконных актов, подтверждающих легитимность новой дефиниции смерти в нашей стране, касается детей: «Настоящий Порядок предусматривает процедуру установления диагноза смерти мозга человека с возраста от 1 года... Для взрослых пациентов диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических тестов и апноэтического теста (так называемый «разъединительный тест», когда пациента по специальной методике на некоторое время отключают от ИВЛ — *авт.*)... после соответствующего периода наблюдения... Для детей диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических тестов и апноэтического теста, результатов цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы... и соответствующего периода наблюдения». Период наблюдения (при первичном поражении мозга) от начала регистрации всего комплекса признаков смерти мозга у взрослых — 6 часов, у детей — 12 часов. Если у взрослых метод ангиографии обязателен в случаях, когда пациент по своим физиологическим параметрам является потенциальным донором, то в отношении детей в Инструкции подчеркивается: «Цифровая субтракционная панангиография четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) обязательно проводится у детей».

Важнейший пункт «Порядка по констатации...», разрешающий при диагностировании смерти мозга сократить период наблюдения пациента. Такая ситуация допустима после выявления прекращения мозгового кровообращения в результате проведения двукратной панангиографии магистральных артерий головы как для взрослых, так и детей.

Очевидно, что данный пункт, разрешающий сократить период наблюдения пациента (6 часов у взрослых и 12 часов у детей), исключительно важен для трансплантологии. Панангиографию, как метод диагностики смерти мозга, наряду с методом электроэнцефалографии, составители проекта «Порядка по констатации...» считают «дополнительными (подтверждающими) тестами». Данное положение закреплено в действующей а Инструкции 2001 г. Мы уже отмечали, что среди отечественных нейрореаниматологов нет согласия, какой из методов — ангиография или ультразвуковое исследование магистральных сосудов головы — более информативен, более надежен. Разумеется, не гуманитариям решать этот спор «славян между собой». Философы, историки науки и т.д. могут лишь напомнить, что решение подобных вопросов на основе публичной дискуссии в научном сообществе (разумеется, учитывая состояние данной проблемы в мировой науке) соответствует природе научной истины, а решение, опирающееся на «монополизм» какой-то одной научной школы, не соответствует.

Наиболее существенная, с нашей точки зрения, новация в «Порядке констатации...», в отличие от «Инструкции по констатации...» образца 2012 г., заключается в том, что в более позднем документе («Порядке констатации...») составители совсем исключили гуманитарный пункт об информированном согласии. Приведем содержание этого пункта: «б.б. Родители ребенка, а в их отсутствие законные представители или опекуны ребенка обязательно информируются заведующим реанимационным отделением или лицом, его заменяющим, о тяжести состояния больного, о проведении и результатах процедуры констатации смерти мозга. Соответствующее информированное согласие родителей ребенка, а в их отсутствие законных представителей или опекунов ребенка (Приложение № 2), а также копии их паспортов и документов, подтверждающих родство (для родителей), законность представления интересов ребенка (для законных представителей), опекунства (для опекунов) обязательно прилагаются к медицинской карте больного наряду с Протоколом установления смерти мозга». И завершающее положение Инструкции о смерти мозга образца 2012 г.: «В случае отсутствия родите-

лей, законных представителей или опекунов ребенка процедура констатации смерти мозга у ребенка не проводится». В упомянутом Приложении № 2, которое называется «Форма информированного согласия на проведение процедуры констатации смерти мозга родителей ребенка, а в их отсутствие законных представителей ребенка», в частности, говорилось: «Я (имярек)... подтверждаю, что информирован... о крайне тяжелом состоянии... моего сына, дочери... и согласен с проведением процедуры констатации смерти мозга. Дата. Подпись. С результатами проведенной процедуры констатации смерти мозга ознакомлен (а). Дата. Подпись».

С нашей точки зрения, исключенный из «Порядка по констатации...» Формуляр информированного согласия имеет огромное социальное значение, поскольку подтверждает приверженность наших врачей нормам медицинской этики, которые утвердились в цивилизованных странах несколько десятилетий назад. Более того, речь идет о надлежащем моральном климате в современном отечественном здравоохранении в целом. Это принципиальный момент: если бы такой Формуляр был узаконен, то новая этическая парадигма современного здравоохранения получила бы распространение в наиболее «закрытом пространстве» оказания медицинской помощи — отделениях реанимации.

Одновременно мы совершенно не согласны с пунктом как в самой «Инструкции по констатации...» (образца 2012 г.), так и в Формуляре информированного согласия, в соответствии с которым в случае установления смерти мозга у ребенка (тем более когда такой ребенок является потенциальным донором), родители имеют одинаковый правовой статус с законными представителями или опекунами. Впрочем, разрешение этой социальной и моральной коллизии уже дано в ст. 47 действующего ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», П. 8 которой однозначно допускает изъятие донорских органов у умершего пациента-ребенка только на основании испрошенного согласия одного из родителей.

Логически незавершенное, и можно сказать — незрелое, содержание «Формы информированного согласия...» отражает несколько важных моментов процесса легитимизации новой концепции смерти (смерти мозга) в нашей стране. Большинство отечественных врачей по-прежнему патерналистски убеждены в том, что в ситуации констатации смерти мозга ребенка его родители лишь формально должны подписать документ о «согласии». Тем самым гуманитарная составляющая диагноза смерти мозга при таком подходе сильно недооценивается: в некоторых странах не только родителям таких

детей-пациентов, но и врачам этические и юридические нормы предоставляют выбор — прекратить или продолжать реанимацию. Иными словами, в этой части проект и самой Инструкции, и Формуляра информированного согласия, с нашей точки зрения, грешат технократизмом и по крайней мере — недооценкой международного опыта решения подобных проблем. Конечно, все сказанное имеет исключительно теоретический интерес, ведь на сегодня никакого «Формуляра информированного согласия» «Порядок по констатации...» просто не предполагает вовсе.

Проект «Порядка по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга человека» вызвал противоречивые отзывы со стороны медиков. Нам хотелось бы отметить несколько существенных замечаний к проекту, сделанных д. м.н., профессором ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, членом Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре А. А. Старченко⁹⁶. Немаловажно, что профессор А. А. Старченко одновременно является известным правозащитником, экспертом в области защиты прав пациентов в нашей стране.

Он отметил, что представленный проект приказа в части норм противоречит Закону РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В частности, в «Порядке по констатации...» содержатся менее жесткие требования к специалистам, принимающим участие в констатации смерти мозга, чем в ч. 3 ст. 66 Закона РФ № 323-ФЗ. Кроме того, в частях 2 и 5 статьи 70 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указывается, что прерогатива в установлении диагноза пациента должна принадлежать лечащему врачу. Именно лечащий врач координирует деятельность консультантов и их рекомендации реализуются только по согласованию с ним: «2. Лечащий **врач** организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций **врачей-специалистов...** Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим **врачом**, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи... 5. Лечащий **врач** устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании па-

⁹⁶ Старченко А. А. Общественная правовая экспертиза: проект порядка по констатации смерти мозга человека//Менеджер здравоохранения. 2013. № 1. С. 60–63.

циента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе явившемся причиной смерти пациента»⁹⁷.

А. А. Старченко в этой связи делает вывод, что «состав комиссии, которая устанавливает диагноз смерти мозга, в обязательном порядке должен включать лечащего врача из профильного отделения. Возглавлять комиссию по установлению диагноза смерти мозга может только профильный специалист по виду поражения головного мозга (первичное или вторичное). Отделение анестезиологии-реанимации и его заведующий не являются профильным отделением и специалистом по поражению головного мозга — ни первичного, ни вторичного»⁹⁸.

Эти и другие существенные замечания, безусловно, должны быть учтены в актах, регламентирующих процесс диагностики смерти мозга. Возможно, именно в связи с недостаточной правовой, этической и даже лингвистической проработкой проекта «Порядка по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга человека» он до сих пор носит виртуальный характер — характер документа, не вступившего в силу.

⁹⁷ Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ.

⁹⁸ Старченко А. А. *Общественная правовая экспертиза: проект порядка по констатации смерти мозга человека*// Менеджер здравоохранения. 2013. № 1. С. 60–63.

ГЛАВА 2.
СМЕРТЬ МОЗГА:
ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ

2.1. СМЕРТЬ КАК ПРОБЛЕМА ИСТОРИИ ФИЛОСОФИИ (РАКУРС СОВРЕМЕННОЙ БИОЭТИКИ)

2.1.1. Смерть Сократа и смерть Иисуса: два урока медицинской этики.

Тема смерти относится к числу вечных в истории философии. Уже в античной философии осмысление тайны смерти обернулось, во-первых, натурфилософским объяснением ее природы, а во-вторых, обоснованием этического отношения человека к страху смерти.

В. М. Розин считает, что страх смерти появляется у человека довольно поздно, а именно где-то на рубеже II–I тысячелетий до н.э. (согласно научным данным, человек современного анатомического типа существует 120–130 тыс. лет). Автор утверждает, что переживание страха смерти человеком появляется тогда, когда в обществе, в культуре формируется человеческая индивидуальность, личность, когда человек начинает осознавать себя в двух антропологических моделях: и в древней модели души и новой модели личности: «В первой модели смерть — это переход из одного мира в другой и лишение (жизни), во второй — острое переживание личностью состояния лишенности. Именно сознание смерти

в двух этих разных антропологических моделях и порождает страх перед смертью и драматические ее переживания»⁹⁹.

С возникновением философии отношение человека к смерти и в особенности — феномену страха смерти становится предметом постоянной философской рефлексии. Если рассматривать философию как самосознание культуры, то различные модели практического отношения человека к смерти (к умирающему больному, к самоубийству, к смертной казни) в античной Греции, в Европе эпохи Возрождения или современном постиндустриальном обществе так или иначе связаны с философским дискурсом соответствующей эпохи.

По свидетельству Аристотеля, **Демокрит** (460–370 гг. до н.э.) говорил: «... во вдыхании и выдыхании заключается жизнь и смерть ... вследствие невозможности дышать животное умирает...»¹⁰⁰. Это определение сущности смерти древнегреческим мудрецом оказывается удивительно актуальным в контексте новой дефиниции смерти человека как смерти его головного мозга, включая ствольные структуры, где находится центр дыхания.

Осмысление проблемы отношения человека к смерти в философии **Сократа** (469–399 гг. до н.э.) есть подлинное «рождение этой проблемы» в западноевропейской культуре. Хорошо известны слова Маркса о том, что Сократ является олицетворением самой философии — в них не только оценка жизни одного из самых прославленных древнегреческих мудрецов, но и его смерти. Главное здесь заключается в том, что Сократ решительно отказался избежать смертной казни — не только отвергнув подготовленный друзьями и учениками побег из тюрьмы, но и всей своей тактикой защиты на суде сам спровоцировал вынесение смертного приговора ему присяжными судьями.¹⁰¹ Символично то, что казнь осуществилась в форме самоубийства.

В одном из своих размышлений Сократ определяет смерть как тайну: может быть, она есть переход в небытие, а может быть, если душа бессмертна, смерть — это вовсе не зло, а благо. Гордое его заявление «Смерти я не боюсь!» означает, что смерть не страшна

⁹⁹ Розин В.М. Представления о смерти в разных культурах и типах сознания// Идея смерти в российском менталитете/Под ред. Ю.В. Хен. СПб: РХГИ, 1999. С. 19.

¹⁰⁰ Материалисты Древней Греции. Собрание текстов Гераклита, Демокрита и Эпикура. М.: Политиздат, 1955. С. 139.

¹⁰¹ Платон. Апология Сократа//Соч. в 3 т. Т. 1. М.: Мысль, 1968. С. 83–112.

тому, кто смысл жизни (поиск истины и неустанное стремление к справедливости) ставит выше самой жизни. Платон в «Федоне» устами Сократа формулирует мысль, которая потом будет варьироваться у последующих философов (Сенеки, Монтеня и др.): «Те, кто предан философии, заняты, по сути вещей, только одним — умиранием и смертью»¹⁰². Здесь уже невозможно отделить Платона от Сократа: смерть — это освобождение бессмертной души из темницы тела. То есть, занятия философией, возвышающие душу, как бы есть такой же процесс («освобождение души»), но еще при жизни.

В решении проблемы смерти в античной философии наряду с линией Сократа–Платона, которая нашла продолжение в переработанном виде в христианстве, была еще и другая линия — материалиста **Эпикура** (341–270 гг. до н. э.). В его философии тема страдания, смерти и особенно проблема страха смерти приобретает столь же большое напряжение, как и у Сократа. Можно сказать, Эпикур — один из тех философов, у которого проблема отношения человека к смерти как раз является «основным вопросом философии»: «Против всего можно добыть себе безопасность, а что касается смерти, мы, все люди, живем в неукрепленном городе»¹⁰³. Эпикуру принадлежит, может быть, вообще самая знаменитая философская сентенция о подобающем отношении человека к смерти: «Приучай себя к мысли, что смерть не имеет к нам никакого отношения... так как когда мы существуем, смерть еще не присутствует, а когда смерть присутствует, тогда мы не существуем»¹⁰⁴.

Элитарно-возвышенная модель «философского снятия» проблемы страха смерти древнегреческими мудрецами (в частности, культурные образцы решения данной проблемы у Сократа и Эпикура), к сожалению, имеют, с нашей точки зрения, очень незначительные психотерапевтические ресурсы. Неслучайно, сформировавшаяся в эту же культурную эпоху этика Гиппократов, ищет и находит свое решение этой проблемы. В самом общем виде это решение заключается в применении «святой лжи» в отношении той части пациентов, информация о состоянии здоровья которых «запускает психологический механизм» страха смерти.

¹⁰² Платон. Федон Сократа//Соч. в 3-х т. Т. 2. М.: Мысль,1968. С. 12.

¹⁰³ Материалисты Древней Греции. Собрание текстов Гераклита, Демокрита и Эпикура. М.: Политиздат, 1955. С. 220.

¹⁰⁴ Там же. С. 209.

В книге Гиппократ «О благоприличном поведении» молодому врачу дается такой совет: «Все ... должно делать спокойно и умело. Скрывая от больного многое в своих распоряжениях... и не сообщая больным того, что наступит или наступило, ибо многие больные по этой именно причине, т. е., через изложение предсказаний о том, что наступит или после случится, доведены будут до крайнего состояния»¹⁰⁵. И далее, в другой своей книге — «Наставления», Гиппократ недвусмысленно поясняет, что понимается под «крайним состоянием»: «Но сами больные, по причине своего плачевного положения, отчаявшись, заменяют жизнь смертью»¹⁰⁶. На многие века вперед такой этический подход в клинической медицине оставался и даже в значительной степени остается и сегодня оправданным.

Начиная с IV в., христианство все больше становится господствующей религией в европейской культуре. Чтобы подчеркнуть кардинальное различие отношения к смерти в культуре античности и в христианской культуре, С. С. Аверинцев сравнивает смерть Сократа и смерть Христа.

Там умирает не просто свободный афинский гражданин (т. е. не варвар и тем более не раб): здесь — человек, низведенный в сценах суда и казни на самое «социальное дно», т. е., ставший в социальном масштабе «последним человеком», но именно потому — «человеком как таковым». Там и весь суд над Сократом, и месяц ожидания казни выглядят как «философское приключение», смысл которого в торжестве человеческого достоинства мудреца-философа в любых жизненных обстоятельствах, в том числе — и перед лицом смерти; здесь событие смерти Христа потому приобретает этический смысл, что по своей природе имеет особый онтологический, эсхатологический смысл. Смерть Сократа, как подчеркивает С. С. Аверинцев, это “... «красивая» смерть от чаши с цикутой (которая) излучает философскую иллюзию преодоления смерти силой мысли... Христос умирает «рабской» смертью, претерпев «жесточайшее и омерзительнейшее истязание», как называет крест Цицерон”.¹⁰⁷ Главное для нас в этом блестящем анализе — философское

¹⁰⁵ Гиппократ. О благоприличном поведении//Избранные книги. М.: Сварог, 1994. С. 114–115.

¹⁰⁶ Гиппократ. Наставления//Избранные книги. М.: «Сварог», 1994. С. 123.

¹⁰⁷ Аверинцев С. С. Христианство//Философская энциклопедия. В 5 т. Т. 5. М.: Советская энциклопедия, 1970. С. 449.

осмысление страха смерти там и здесь: если Сократ гордо и просто заявляет: «Смерти я не боюсь», то Христос в Гефсиманском саду, наоборот, испытывает витальный страх смерти: «Отче! о, если бы Ты благоволил пронести чашу сию мимо Меня!.. Явился же Ему Ангел с небес и укреплял Его. И, находясь в борении, прилежнее молился, и был пот Его, как капли крови, падающие на землю» (Лк. 22: 42–44). И далее смерть Христа нас убеждает, что страх смерти — это не просто философская проблема, требующая всего лишь интеллектуальных усилий для своего разрешения, но и как минимум предчувствия возможных невыносимых страданий, предшествующих самому наступлению смерти. Умирая на кресте, испытывая то, что в русском языке нашло выражение «смертная мука», Христос-человек вторично на какое-то время «дрогнул», взмолившись: «Боже Мой! Боже Мой! Для чего Ты Меня оставил?!» (Мф. 27:46).

Таким образом, общеизвестный факт нередкого сопровождения умирания и смерти человека жестокими страданиями получает совершенно новую интерпретацию в контексте христианского мировоззрения: христианин как бы открыт страданию, как бы идет навстречу страданию. Эта последняя идея была особенно близка Ф.М. Достоевскому, согласно которому самый высокий нравственный поступок заключается в добровольном жертвенном «принятии страданий».

2.1.2. Тема смерти в классической новоевропейской философии (рассуждения великих философов об эвтаназии и не только о ней)

В Новое время важнейшим фактором развития культуры становится наука и в первую очередь — естествознание. В самом начале этого периода человеческой истории появляется философ, который стал пророком научно-технического прогресса и формирования на этой основе индустриального (а затем и постиндустриального) общества. Но что для нас самое важное, который предвидел (почти 400 лет назад!), ставшие реальностью в конце XX в., решения проблемы отношения человека к смерти.

Этот философ — **Фрэнсис Бэкон** (1561–1626). Бэкон неоднократно обсуждает тему отношений человека к смерти. В его «Опытах или наставлениях нравственных и политических» вслед за гл. 1 «Об истине» идет гл. 2 «О смерти»: «Люди страшатся смерти, как

малые дети потемок; и как у детей этот врожденный страх усиливается сказками, так же точно и страх смерти». Философ, для которого «человек — слуга и истолкователь природы», советует находить утешение перед «лицом смерти» во-первых, в преодолении суетности и суеверий; во-вторых, в осознании причастности своего бытия к величественному бытию природы («Умереть столь же естественно, как и родиться»); в-третьих, в человеческом творчестве, в котором субстанциальность природы продолжается субстанциальностью бытия человека: «... кто поглощен благими помыслами, тот поистине избавлен от мук смерти... У смерти есть еще то, что она открывает врата доброй славы и унимает завистников...»¹⁰⁸.

В другом произведении Бэкона «О достоинстве и приумножении наук» обсуждается исключительно важная для нас тема — помощи умирающему человеку. Бэкон здесь впервые вводит в философский лексикон термин «эвтаназия»:

1. У врачей многие болезни считаются неизлечимыми.

2. Исходя из этого, врачи несправедливо обрекают на смерть множество больных, однако, к счастью, немалая часть из них выздоравливает независимо от врачей¹⁰⁹.

3. По Бэкону, само утверждение, что болезни неизлечимы, как бы санкционирует и безразличие, и халатность, спасая невежество от позора¹¹⁰.

4. Необходимо особое направление медицины по эффективному оказанию помощи неизлечимым, умирающим больным: «Если бы они (врачи — *авт.*) хотели быть верными своему дол-

¹⁰⁸ Бэкон Ф. Опыты или наставления нравственные или политические//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1972. С. 354–355.

¹⁰⁹ Здесь необходимо пояснение: в одной из книг «Корпуса Гиппократ», а именно в книге «Об искусстве», обосновывается, что «медицина как искусство или избавляет человека от болезни, или притупляет силу болезни, но тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки... если кто будет думать, что искусство властно в том, что не есть искусство... тот обнаруживает незнание» (Гиппократ. Об искусстве//Избранные книги. М.: Сварог, 1994. С. 130). Правда, историки считают, что эта книга не принадлежит самому Гиппократу, что не меняет сути дела: тактика медицинского нигилизма в отношении к умирающим сохранялась вплоть до XVIII в. (Карпов В.П. Гиппократ и гиппократов сборник//Гиппократ. Избранные книги. М.: Сварог, 1994. С. 127–128.)

¹¹⁰ Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук//Соч. в 2 т.Т. 1. М.: Мысль, 1971. С. 268.

гу и чувству гуманности, они должны были бы и увеличить свои познания в медицине и приложить (в то же время) все старания к тому, чтобы облегчить уход из жизни тому, в ком еще не угасло дыхание... Эта дисциплина должна получить развитие... Я абсолютно не сомневаюсь в необходимости создать какую-то книгу о лечении болезней, считающихся неизлечимыми. Для того, чтобы она побудила и призвала выдающихся и благородных врачей отдать свои силы этому труду, насколько это допускает природа»¹¹¹.

5. Профессиональным долгом врача по отношению к умирающим является эвтаназия, понимаемая как облегчение мук умирания. Бэкон пишет: «И я хотел бы пойти здесь немного дальше: я совершенно убежден, что долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение боли как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но даже и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать самую смерть более легкой и спокойной, потому, что эта эвтаназия ... уже сама по себе является немалым счастьем»¹¹².

Так великий философ и гуманист наметил программу медико-социальной помощи умирающему человеку, которую человечество начало практически реализовывать, создав хосписы современного типа только 1960-е гг., а российское общество — лишь в 1990-е годы.

Материалистическая философия Ф. Бэкона находит достойное продолжение в философии **Томаса Гоббса** (1588–1679). По Гоббсу, стремление человека к самосохранению — это его базисное («естественное») качество. Гоббс считает, что гражданин имеет право покинуть поле боя, когда его жизни угрожает неминуемая смерть (правда, и государство, если оно в состоянии, имеет право казнить дезертира)¹¹³. Далее, как писал В. Виндельбанд, по Гоббсу, «сущест-

¹¹¹ Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук//Соч. в 2 т.Т. 1. М.: Мысль, 1971. С. 268.

¹¹² Там же. С. 268.

¹¹³ Капустин Б. Томас Гоббс//Очерки истории западноевропейского либерализма (XVII–XIX вв.). М.: ИФ РАН, 2004. С. 12.

уует только один предел подчинения индивидуума воле государства: это самоубийство»¹¹⁴.

Если сущность человека заключается, по Гоббсу, в его стремлении к самосохранению, то насильственная смерть есть «величайшее в природе зло»¹¹⁵. Из этого следует, что разумный человек, «слишком далеко заглядывающий вперед, в своей заботе о будущем (он) терзается все время страхом смерти... Этот постоянный страх, всегда сопровождающий человеческий род, шествующий как бы во тьме благодаря незнанию причин...»¹¹⁶. Иными словами, страх смерти связан у человека с незнанием причин «естественного» хода природных вещей, с незнанием собственной «естественной природы». Гоббс осмысливает понятие страха смерти сугубо натуралистически.

В философии Гоббса для нас особенно интересны рассуждения, согласно которым сама смерть в какой-то ситуации может стать благом: «Величайшим из всех благ является самосохранение, ибо природа устроила так, что все хотят себе добра. Но чтобы каждый мог достигнуть его, необходимо желать жизни и здоровья, а также гарантии сохранения обоих этих благ и в будущем, поскольку его можно обеспечить. С другой стороны, в ряду всех зол первое занимает смерть, особенно смерть мучительная. Еще худшим злом, однако, являются страдания. Причиняемые жизнью, последние могут стать столь сильными, что если им не предвидится близкого конца, даже смерть может показаться благом в сравнении с ними»¹¹⁷.

По сути дела, Гоббс здесь, не употребляя слова «эвтаназия», формулирует главный аргумент сторонников активной эвтаназии (не как у Ф. Бэкона — «смягчения мук умирания», а в смысле — «милосердного убийства»). Но у Гоббса мы находим всего лишь «философский аргумент», но нет и намёка на активную эвтаназию как социальную практику.

Для Рене Декарта (1596–1650), как и для Б. Спинозы (о котором речь далее), тема смерти находится как бы на периферии их фило-

¹¹⁴ Виндельбанд В. История новой философии в ее связи с общей культурой и отдельными науками. Т. 1: От Возрождения до Просвещения/Пер. с нем. М.: ТЕРРА Книжный клуб; КАНОН-пресс-Ц., 2000. С. 172.

¹¹⁵ Гоббс Т. О гражданине//Избр. произв. в 2 т. Т. 1. М.: Мысль, 1965. С. 262.

¹¹⁶ Гоббс Т. Левиафан, или Материя, форма и власть государства церковного и гражданского//Избр. произв. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1965. С. 136.

¹¹⁷ Там же. С. 155

софского сознания. От Декарта ведет начало линия рационализма новоевропейской философии, для него математика есть настоящая «архимедова точка опоры» философского искания истины. Однако изумительная строгость его метафизических построений как бы начинает давать «сбой», наталкивается на противоречия, когда он подходит к антропологии. Это прежде всего относится к его «Страстям души» (1648), ведь аффекты возникают при воздействии тел на душу. Как раз здесь Декарт и касается однажды проблемы отношения человека к смерти: «... когда страх представляет смерть крайним злом, от которого можно спастись только бегством, а с другой стороны, чувство собственного достоинства представляет позор этого бегства как зло худшее, чем смерть, эти две страсти действуют на волю различно; она же, подчиняясь то одной, то другой, непрерывно вступает в противоречие сама с собой и, таким образом, порабощает душу и делает ее несчастной»¹¹⁸. Как видим, проблема страха смерти по Декарту не просто диалектически противоречива, но и несет на себе печать трагизма.

Бенедикт Спиноза (1632–1677) достойно развивает традицию рационализма в философии, его основное произведение «Этика» (1675) даже композиционно построено как система теорем. В личности Спинозы совпадение человека и философа так же гармонично, как в личности Сократа, Дж. Бруно или А. Швейцера. Веротерпимость, политическая свобода и, конечно, свобода разума человека, познающего природный универсум — вот характерные черты мировоззрения и философии Спинозы. Философ, страдавший тяжелой неизлечимой болезнью (чахоткой), которая свела его в могилу в 45-летнем возрасте, писал: «Человек свободный ни о чем так мало не думает, как о смерти, и его мудрость состоит в размышлении не о смерти, а о жизни»¹¹⁹.

Блез Паскаль (1623–1662) в одном отношении чрезвычайно близок Спинозе — с юности и до конца своей недолгой жизни он много и тяжело болел¹²⁰. В другом же отношении Паскаль является прямой противоположностью Спинозе: французский философ был

¹¹⁸ Декарт Р. Страсти души//Соч. в 2 т. Т. 1. М.: Мысль, 1989. С. 504.

¹¹⁹ Спиноза Б. Богословско-политический трактат//Избр. произв. в 2 т. Т. 1. М.: Политиздат, 1957. С. 132.

¹²⁰ Современные биографы Паскаля считают, что у него был туберкулез и рак желудка с метастазами в головной мозг. Стрельцова Г.Я. Паскаль и европейская культура. М.: Республика, 1994. С. 30.

прямо-таки зачарован, как бы загипнотизирован темой смерти: «Мы беспечно устремляемся к пропасти, заслонив глаза чем попало, чтобы не видеть, куда бежим»¹²¹; «Последний акт — кровавый, как бы ни была хороша комедия во всем остальном. В конце концов хлопаются головой оземь, и это уже навсегда»¹²²; люди уподобляются «узникам в цепях, осужденным на смерть. Каждый день одни из них умерщвляются на глазах у других, а оставшиеся в живых, скорбно и безнадежно взирая друг на друга, ожидают своей очереди»¹²³.

Сначала Паскаль, как и другие философы (Сократ, Эпикур и т. д.) ищет ответ на этот вопрос в рациональной философской мысли: «Человек, несомненно, сотворен для того, чтобы думать: в этом и главное достоинство, и главное дело его жизни... И начать ему следует с размышлений о себе самом, о своем создателе и о своем конце»¹²⁴.

Однако этот путь рационального теоретизирования Паскаля не удовлетворяет, окончательное утешение он находит в христианской вере, и на этом пути «страх смерти» осмысливается им как нечто исключительно позитивное: «Будем бояться смерти не в час опасности, а когда нам ничего не грозит: пусть человек до конца останется человеком»¹²⁵. Неправильно смотреть на смерть, как на дело случая или роковую природную необходимость, она есть таинство, predetermined Господом. Смерть необходима для очищения человека от греха. Сама по себе смерть (как природное явление) страшна, омерзительна, но осмысленная через веру в Иисуса Христа она приятна, свята и есть радость для истинных христиан. Здесь Паскаль подходит к наиболее важному для нас вопросу, развенчивая столь распространенный страх перед смертью: «... после грехопадения смерть заслуживает любви, ибо разлучает святую душу с нечистым телом, прекращает ужасный разлад между

¹²¹ Паскаль Б. Мысли//Ларошфуко Ф.де. Максимы. Паскаль Б. Мысли. Лабрюер Ж. де. Характеры. М.: Худ. лит., 1974. С. 150.

¹²² Цит. по: Стрельцова Г.Я. Паскаль и европейская культура. М.: Республика, 1994. С. 253–254.

¹²³ Там же. С. 254.

¹²⁴ Паскаль Б. Мысли//Ларошфуко Ф.де. Максимы. Паскаль Б. Мысли. Лабрюер Ж. де. Характеры. М.: Худ. лит., 1974. С. 152, 144.

¹²⁵ Там же. С. 152.

душой и телом. Избавляет душу от врага спасения»¹²⁶. Угнетаемый все более тяжкими болезнями, Паскаль сочинил в 1659 г. «Молитву к Богу об использовании во благо болезней». В конце концов он вывел такую диалектическую формулу утешения: «Будем же судить о величии наших благ по силе наших зол, и пусть чрезмерность нашей скорби будет мерилом силы нашей радости»¹²⁷. Умирал Паскаль в муках, терпеливо и безропотно приняв свою кончину. Это была, как говорят сегодня, «смерть с достоинством».

И опять подчеркнем: «философский рецепт» достойной смерти от Паскаля вряд ли окажется действенным в массовой медицинской практике. Современная паллиативная медицина среди важнейших целей видит и «заботу о душе пациента», но наряду с этим развивает новейшие технологии симптоматической терапии таких больных, в силу чего «смерть с достоинством» в современном обществе теоретически доступна каждому умирающему пациенту.

В социально-философской теории **Джона Локка** (1632– 1704) («отца» западноевропейского либерализма) для нас представляет интерес то, что именно он впервые формулирует в строгом смысле категорию «право на жизнь» (которая, собственно говоря, и составляет философское начало проблемы эвтаназии). У Локка категория «право на жизнь» нисколько не имеет сакрального или мистического смысла. Этот философский предшественник А. Смита включает в понятие права на жизнь исключительно социально-политическое и политэкономическое содержание: право на жизнь исключает рабство, любые формы личной зависимости, оно означает неприкосновенность частной собственности, которая, в свою очередь, есть превращенная форма трудовой деятельности, т.е. реализации жизненного ресурса личности¹²⁸.

И все-таки, в плане исследования нашей темы следует считать заслугой Локка то, что благодаря ему проблема «права на жизнь человека» стала развиваться по ходу истории философской мысли, постепенно приобретая современные черты.

Локк оказал огромное влияние на философию французского Просвещения.

¹²⁶ Цит. по: Стрельцова Г.Я. Паскаль и европейская культура. М.: Республика, 1994. С. 257.

¹²⁷ Там же. С. 258.

¹²⁸ Соловьев Э.Ю. Феномен Локка//Прошлое толкует нас: (Очерки по истории философии и культуры). М.: Политиздат, 1991. С. 146–166.

Философы французского Просвещения в основном обсуждают проблему отношения человека к смерти в рамках парадигмы «Смерть Сократа», при этом подчас высказывая оригинальные перспективные идеи. Например, **Дени Дидро** (1713–1784) утверждает, что истинный философ не испытывает страха смерти. Когда она придет, «... я буду встревожен не больше, чем в настоящий момент»¹²⁹. В своих «Принципах нравственной философии» он говорит: «Когда существо дошло до того, что искренне желает умереть, не стоит заставлять его жить»¹³⁰. Здесь в зачаточном виде содержится идея «пассивной эвтаназии», т.е. отказа от «экстраординарного лечения» умирающего.

Жюльен Офрэ Ламетри (1709–1751) особенно интересен тем, что выразил многие философские идеи раньше других философов эпохи французского Просвещения. Для нас Ламетри интересен вдвойне, поскольку был еще и врачом. Источником страха смерти Ламетри считает «непросвещенный разум»: «... человек беспрестанно волнуется и мучается и поэтому вполне можно сказать, что разум сделал из него безумца... Трепетать при приближении смерти — значит уподобляться детям, боящимся привидений и духов. Бледный призрак может постучать в мою дверь, когда ему угодно; я нисколько не испугаюсь его. Только философ сохраняет мужество там, где большинство храбрецов его теряют»¹³¹. По Ламетри, ответ на вопрос, что такое смерть, должен быть таков: в ней нет «ничего положительного, (она) просто ничто и даже менее, чем ничто... (она) полное отрицание, ничего реального... В природе вещей смерть есть то же, что нуль в арифметике»¹³². Далее Ламетри формулирует мысль, которая, вероятно, может быть использована с целью некоторого утешения человека перед лицом неминуемой смерти: «Но разве переход от нечего к ничто, от жизни к смерти, от бытия к небытию более непостижим, чем переход от ничто к нечего, от небытия к бытию, или жизни... Приучимся к этой мысли,

¹²⁹ Дидро Д. Разговор философа с женой маршала де***//Соч. в 2 т.Т. 2. М.: Мысль, 1986. С. 462.

¹³⁰ Дидро Д. Принципы нравственной философии, или Опыт о достоинстве и добродетели, написанный милордом III***//Соч. в 2 т.Т. 1. М.: Мысль. С. 145.

¹³¹ Ламетри Ж.О. Система Эпикура//Сочинения. М.: Мысль, 1976. С. 406.

¹³² Там же. С. 407.

и тогда встреча смерти причинит нам не больше страданий, чем зрелище износившихся ножен»¹³³.

Итак, страху смерти Ламетри противопоставляет «просвещенный разум»: «Во мне нет ни страха, ни надежды — никаких следов первоначального воспитания. Вся масса предрассудков, которые я, так сказать, всосал с молоком матери, к счастью, исчезла при первом же божественном луче философии... Перестанем же думать о роковом мече, повисшем над нашей головой. Если мы не можем глядеть на него без смущения, забудем о том, что держится он на одной ниточке. Будем спокойно жить, чтобы спокойно умереть»¹³⁴. Наконец, философ гордо заявляет: «... возвыситься над смертью силой презрения к ней»¹³⁵.

Подлинным систематизатором философских идей французского Просвещения является **Поль Гольбах** (1723–1789). Он цитирует мысль Ф. Бэкона, что люди боятся смерти, как дети боятся потемок¹³⁶. В другом месте повторяет мысль Ламетри, что «презрение к смерти — это чувство, способное придать людям мужество»¹³⁷. Рецепт Гольбаха против страха смерти все тот же — «просвещенный разум»: «разве смерть есть что-нибудь иное, как не длительный и глубокий сон? Человек боится смерти лишь потому, что он не может представить себе ее; если бы он составил о ней правильное представление, он перестал бы ее бояться... думай о смерти, но не для того, чтобы питать свои страхи и меланхолию, но чтобы приучиться смотреть на нее спокойно и оградить себя от ложных страхов, которые стараются внушить тебе враги твоего покоя. Страх смерти пустая иллюзия»¹³⁸.

С нашей точки зрения, позиция сугубо натуралистического осмысления проблемы смерти в философии французского материализма XVIII в. оказалась менее продуктивной, чем, например, мистико-религиозное осмысление этой проблемы Паскалем.

¹³³ Там же. С. 407.

¹³⁴ Там же. С. 409.

¹³⁵ Ламетри Ж. О. Анти-Сенека, или Рассуждение о счастье//Сочинения. М.: Мысль, 1976. С. 296.

¹³⁶ Гольбах П. А. Система природы, или о законах мира физического и мира духовного//Избр. произв. в 2 т. Т. 1. М.: Изд-во соц.-экон. лит., 1963. С. 270.

¹³⁷ Там же. С. 352.

¹³⁸ Там же. С. 270– 271.

Иммануил Кант (1724–1804) был ярким представителем эпохи Просвещения и одновременно наиболее глубоким критиком философии французских просветителей. Проблема отношения человека к смерти у Канта обсуждается как проблема моральной допустимости самоубийства, оправдания смертной казни, а также — отношение к смертельно больному человеку, который «хочет умереть». В «Критике практического разума» (1788) Кант пишет: «Кому-то из-за многих несчастий, поставивших его в отчаянное положение, надоела жизнь, но он еще настолько разумен, чтобы спросить себя, не будет ли противно долгу по отношению к самому себе лишать себя жизни»¹³⁹. Исходя из «категорического императива» (который утверждает: я могу так поступать лишь при условии, если основание моего поступка есть закон для всех людей, т.е. закон их природы), Кант отвергает право человека на самоубийство. В «Метафизике нравов в двух частях» (1797) Кант подробнее обсуждает эту проблему — в контексте «долга перед самим собой как животным существом». Он напоминает хорошо известную позицию стоицизма, согласно которой добровольный уход из жизни считается преимуществом личности (мудреца), поскольку здесь проявляется «... мужество, ... духовная стойкость, отсутствие страха смерти и стремление познать нечто, что человек может ценить выше своей жизни...»¹⁴⁰. Сам же Кант считает самоубийство аморальным: «Уничтожать в своем лице субъект нравственности — это то же, что искоренять в этом мире нравственность в самом ее существовании, потому что она в человеке, а ведь лицо есть цель сама по себе; стало быть, распоряжаться собой просто как средством для любой цели — значить уничтожить достоинство человечества в своем лице...»¹⁴¹.

В то же время Кант считает обязательным применение смертной казни как легитимного наказания государством преступников — прежде всего убийц, но также, например, мятежников. Такого наказания за подобные преступления требует, по Канту, общественная справедливость: «Если... он убил, то он должен умереть». Здесь нет никакого суррогата для удовлетворения справедливо-

¹³⁹ Кант И. Критика практического разума//Соч. в 6 т. Том 4. Часть 1. М.: Мысль, 1965. С 261.

¹⁴⁰ Кант И. Метафизика нравов в двух частях//Соч. в 6 т. Том 4. Часть 2. М.: Мысль, 1965. С. 359.

¹⁴¹ Там же. С. 360.

сти. Жизнь как бы тягостна она ни была, *неоднородна* со смертью; стало быть, нет и иного равенства между преступлением и возмездием, как равенство, достигаемое смертной казнью преступника, приводимой в исполнение по приговору суда... Итак, сколько есть преступников, совершивших убийство, или содействовавших ему, столько же должно умереть; этого требует справедливость как идея судебной власти согласно всеобщим, а priori обоснованным законам» (курсив Канта — *авт.*)¹⁴².

Кант касается и проблемы эвтаназии (не употребляя сам этот термин). В небольшой работе «О способности духа силою только воли побеждать болезненные ощущения» Кант говорит: «Если больной, долгие годы прикованный к постели, испытывающий жесточайшие страдания постоянно призывает смерть, которая избавит его от мучений, — не верьте ему. Это не есть его действительное желание»¹⁴³.

Отношение человека к проблеме жизни и смерти определяет культуру в целом, а философия только ее часть. В современном обществе отношение к проблеме смертной казни является не столь однозначным, как у Канта, да и слишком категоричный совет философа не верить умирающему человеку, желающему приблизить час своей смерти, конечно же, требует углубленного обсуждения. Однако, именно потому, что такие проблемы, как смертная казнь и эвтаназия являются этическими дилеммами, позиция такого мыслителя, как Кант, не может быть просто проигнорирована.

Георг Вильгельм Фридрих Гегель (1770–1831) в своих философских построениях, размышлениях многократно касается проблемы отношения человека к смерти — как необходимости при защите отечества «жертвования собой для сохранения индивидуальности государства...»¹⁴⁴; как смертной казни, которой, по Гегелю, должен неминуемо караться преступник-убийца¹⁴⁵ и т. д.

Для нас наибольший интерес представляет онтологизация проблемы отношения к смерти у Гегеля. Благодаря прогрессу современной биомедицины танатология перестала быть исключительно философским (метафизическим) знанием, сегодня наши

¹⁴² Там же. С. 257–258.

¹⁴³ Кант И. О способности духа силою только воли побеждать болезненные ощущения//Трактаты и письма. М.: Наука, 1980. С. 300.

¹⁴⁴ Гегель Г. В. Ф. Философия права. М.: Мысль, 1990. С. 361.

¹⁴⁵ Там же. С. 151.

знания о смерти и умирании все больше являются знаниями естественнонаучных фактов. Например, клинический статус смерти мозга прежде всего осознается как онтологическая проблема: «Является ли здесь бытие человека “еще жизнью” или “уже смертью”?» Без решения этой проблемы мы не решим морально-этических (и юридических) вопросов: «Долгом врача является продолжение лечения или прекращение такового? Если принять, что это “уже смерть”, то не следует ли продолжать “лечение” (как поддержание жизни), но теперь уже не самого больного, но его отдельных органов, если последние пригодны для трансплантации другому, смертельно больному, человеку?». Такую органическую связь двух аспектов понятия «смерть» — как некоей объективной реальности, некоего факта, с одной стороны, и нормы нашего отношения к ней, с другой, глубоко осмысливает в своей философии Гегель. При этом Гегель поясняет, что «фактологическое» (эмпирическое) постижение феномена смерти никак не может быть его исчерпывающим постижением. По Гегелю, наиболее глубокий смысл в смерти открывает именно философия¹⁴⁶.

Воспроизведем эту интересующую нас часть гегелевских философских построений по конгениальному изложению его учения И.А. Ильиным: *«Смерти вообще надлежит только то, что ведет конкретно-эмпирическое существование, ибо этот способ «бытия» несет в самом себе законы процессуальности и эфемерности. Но истинный смысл смерти совершенно не определяется распадением эмпирической видимости живого существа. Жизнь, по самому существу своему, не единична, а всеобща, и потому она шире и глубже, чем всякая единичная индивидуальность: жизнь как метафизическая стихия есть само Понятие, абсолютная Идея, и постольку она «непреходяща» и остается единственным средством бытия. Жизнь в своей сущности не погибает и не может погибнуть. Но в качестве спекулятивной Всеобщности, она может отозвать свою единичность из непосредственного существования и разрешить, растворить ее в своей «индифферентной» атмосфере. То, что называется «смертью» человека, есть на самом деле освобождение его от всех эмпирически-единичных определений и возвращение*

¹⁴⁶ Однако другие философы считают, что в смерти всегда остается какая-то тайна, что это эзотерическая проблема (Уиклер Д. Определение смерти: задача для философов?//Коновалова Л.В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Вып. 1: Биоэтика и экоэтика/Приложение № 2. С. 172–187.

его к «чистой свободе», *чистому субстанциальному бытию*»¹⁴⁷ (курсив И. А. Ильина).

Как видим, панлогизм гегелевской философской системы замечательно отразил то мироощущение человека, когда он еще ощущал себя частью гармонического Целого — Природы и Культуры. Двести с лишним лет, истекшие после выхода в свет первого великого философского произведения Гегеля «Феноменологии духа» (1807), внесли много коррективов в восприятие и переживание человеком проблемы смерти. Наиболее характерные современные мотивы в осмысление данной проблемы внесла философия жизни Фридриха Ницше.

2.1.3. Парадоксы философии Ницше в свете современной биоэтики

Творчество Фридриха Ницше (1844–1900) явилось глубоким «водоразделом» между классическим и постклассическим этапами истории новоевропейской философии. Ясперс писал: «Ницше — один из трех мыслителей, принадлежащих XIX в., но ставших современниками века XX. Сегодня всякая философия и всякое философствование определяется их влиянием; не поняв их мысли, их языка, мы не поймем и нашего времени; но усваивать их мысль до конца нам еще только предстоит: это Киркегор, Маркс и Ницше»¹⁴⁸.

Особенно резко философия Ницше *контрастирует с гегелевской философией*, в которой проблема смерти почти совсем лишена, скажем так, экзистенциального напряжения. В то же время философия жизни Ницше близка по духу экзистенциальной философии, в которой проблема смерти смещается к самому центру философского проблемного поля.

Ницше является, вероятно, наиболее радикальным критиком культуры и философии эпохи Просвещения, с особой силой направляет он свою критику против Декарта, Руссо и Канта. Тем самым Ницше во многом предвосхитил пути развития философии XX в., вплоть до современной эпохи постмодернизма: «Я и сам

¹⁴⁷ Ильин И. А. Философия Гегеля как учение о конкретности Бога и человека. В 2 т. СПб.: Наука, 1994. С. 401–402.

¹⁴⁸ Ясперс К. Ницше и христианство. М.: МЕДИУМ, 1993. С. 102.

еще не современен, иные люди рождаются посмертно...»; «Заблестать через триста лет — моя жажда славы»¹⁴⁹.

Одним из его философских прозрений оказалось предвидение формирования единой Европы, где «... должна возникнуть смешанная раса — европейского человека»¹⁵⁰. Философская стилистика Ницше афористична, В. Виндельбанд даже называет его «философствующим поэтом»¹⁵¹, поэтому собственно философские концепты у него требуют реконструкции.

Ницше отвергает сам «новоевропейский формат философии» как университетской науки, а вместо этого видит в философии миссию учительства. Как пишет В. А. Подорога: «Он *«проповедовал»* свои взгляды, т. е. придавал самому акту учительства решающую роль в преобразовании человеческого понятия смысла и цели жизни»¹⁵² (курсив наш — *авт.*). Философия жизни Ницше — это его осмысление кризиса современной культуры: «Устрашающую картину современного мира, которую все с тех пор без устали повторяют, первым нарисовал Ницше: крушение культуры — образование подменяется пустым знанием; душевная субстанциальность — вселенским лицедейством жизни «понарошку»; скука заглушается наркотиками всех видов и острыми ощущениями...»¹⁵³.

Критика новоевропейской культуры у Ницше отмечалась особым радикализмом. В этом отношении с ним можно сравнить разве только К. Маркса. Ницше создает оригинальную концепцию философии истории, согласно которой виной всех аномалий культуры последних двух тысячелетий человеческой истории объявляется христианство. Церковь для Ницше — смертельный враг, не случайно одно из своих первых собственно философских произведений «Человеческое, слишком человеческое. Книга для свободных умов» (1878–1880) он посвящает Вольтеру. Знаменитое ницшевское

¹⁴⁹ Ницше Ф. *Esse homo. Как становятся собою*//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 721, 727.

¹⁵⁰ Ницше Ф. *Человеческое, слишком человеческое. Книга для свободных умов*//Соч. в 2 т. Т. 1. М.: Мысль, 1990. С. 448.

¹⁵¹ Виндельбанд В. *История новой философии в ее связи с общей культурой и отдельными науками. Т. 2.: От Канта до Ницше.* М.: ТЕРРА — Книжный клуб; КАНОН-пресс-Ц., 2000. С. 486.

¹⁵² Подорога В. А. *Ницше*//Новая философская энциклопедия. В 4 т. Т. 3. М.: Мысль, 2001. С. 94.

¹⁵³ Ясперс К. *Ницше и христианство.* М.: Медиум, 1994. С. 13.

«Бог умер!» прежде всего, означает, что, с его точки зрения, христианство пронизано лицемерием, христианство как действительность (сфера сущего) не имеет ничего общего с христианством как требованием (сфера должного). Однако Ницше идет еще дальше — он отвергает все основополагающие идеи христианского мировоззрения: Бога, моральный миропорядок, бессмертие, грех, милость и искупление. Сто с лишним лет назад Ницше пророчествовал, что глубинный кризис европейской культуры только намечался, что возрастание масштабов нигилизма и углубление этого кризиса составит историю двух ближайших столетий человеческой истории.

В русле такой философии истории Ницше создает свою антропологию, свое учение о человеке. Исходной онтологической данностью у него является понятие «воля к власти». М. Хайдеггер писал, что «Воля к власти», «Становление», «Жизнь», «Бытие» в широком смысле слова означают в языке Ницше одно и то же¹⁵⁴. А теперь приводим интерпретацию этого важнейшего понятия философии Ницше современным отечественным философом В. Подорогой: «Воля к власти есть основной и всеопределяющий принцип жизни, отрицающий статус субъекта и вообще всякую теологию, причинность, начало, закон, необходимость и т. п. Воля к власти — праформа существования живого, она не может быть сведена ни к чему иному, не имеет смысла и цели. Принцип воли к власти Ницше переносит не только в области человеческой активности, но и на неживую и органическую Природу: Воля к власти имеет характер расширения и подъема, снижения и падения; она иерархически организует завоеванное пространство жизни, разделяя его на ранги, придавая каждому из них коэффициент ценности»¹⁵⁵.

Ницше считает основную массу людей в западном обществе «зараженной» рабской моралью. И в то же время у человека есть шанс стать подлинным человеком (у него — «сверхчеловеком»), однако для этого надо следовать его «философии жизни», которая (жизнь) — «по ту сторону добра и зла» (понятий, «навязанных» людям христианством): «Я учу вас о сверхчеловеке. Человек есть нечто, что должно превзойти... Все существа до сих пор создавали что-нибудь выше себя; а вы хотите быть отливом этой великой

¹⁵⁴ Мочкин А. Н. Фридрих Ницше (интеллектуальная биография). М.: ИФ РАН, 2005. С. 23.

¹⁵⁵ Подорога В. А. Ницше//Новая философская энциклопедия. В 4 т. Т. 3. М.: Мысль, 2001. С. 95.

волны и скорее вернуться в состояние зверя, чем превзойти человека... сверхчеловек — смысл земли. Пусть ваша воля говорит: да будет сверхчеловек смыслом земли»¹⁵⁶.

Ницше оказался пророком, предвосхитившим многие мировоззренческие, философские сюжеты отношения человека к смерти в XX и начавшемся XXI веке. Наряду с привычными в истории философии темами самоубийства¹⁵⁷, смертной казни¹⁵⁸, он в своих сочинениях обсуждает *право человека родиться*¹⁵⁹ и, что для нас особенно важно — *право на смерть, правда, никогда не употребляя термина «эвтаназия»*.

Серьезное заболевание самого философа (закончившееся десятилетиями полного сумасшествия) наложило отпечаток на содержание его философии. Размышления о собственном «смертном часе» являются своеобразным началом той линии его философии, которую можно обозначить, как «отношение человека к смерти». Вот афоризм Ницше из его «Веселой науки»: **«О смертном часе.** Бури — моя опасность: будет ли у меня своя буря, от которой я погибну, как погиб Оливер Кромвель от своей бури? Или я погасну, как свеча, которую задувает не ветер, но которая сама устает от себя и пресыщается собою, — выгоревшая свеча? Или, наконец: задую ли я сам себя, чтобы не выгореть?»¹⁶⁰.

Тема отношений человека к смерти, причем под углом зрения медиализации современного общества, наиболее полно обсуждается в работе Ницше «Сумерки идолов, или как философствуют молотом» (1888). Здесь в главе 36 «Мораль для врачей» Ницше пишет: «Больной — паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить. Прозябание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер, после того как потерян смысл жизни, *право на жизнь* должно бы вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредниками в этом презрении — не рецепты, а каждый день новая доза *отвращения*

¹⁵⁶ Ницше Ф. Так говорил Заратустра. Книга для всех и ни для кого//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 8.

¹⁵⁷ Ницше Ф. Человеческое, слишком человеческое. Книга для свободных умов//Соч. в 2 т. Т. 1. М.: Мысль, 1990. С. 285.

¹⁵⁸ Там же. С. 281.

¹⁵⁹ Ницше Ф. Так говорил Заратустра. Книга для всех и ни для кого//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 49.

¹⁶⁰ Ницше Ф. Веселая наука//Соч. в 2 т. Т. 1. М.: Мысль, 1990. С. 644.

к своему пациенту... Создать новую ответственность, ответственность врача, для всех случаев, где выше интерес к жизни, восходящей жизни требует беспощадного подавления и устранения выходящей жизни...»¹⁶¹ (курсив Ницше — *авт.*)

Вряд ли будет ошибкой, если приведенные строки Ницше будут истолкованы как оправдание эвтанази. У него есть и более откровенные строки, прямо говорящие о допустимости активной эвтанази: «От времени до времени немного яду: это вызывает приятные сны. А в конце побольше яду, чтобы приятно умереть»¹⁶²; «Мы плохо всматриваемся в жизнь, если не замечаем той *руки, которая щадя убивает*»¹⁶³ (курсив наш — *авт.*); «**Священная жестокость.** К одному святому подошел человек с младенцем на руках. «Что делать мне с этим ребенком? — спросил он. — Он жалок, уродлив и недостаточно живой, чтобы умереть». «Убей его», — вскричал святой ужасным голосом... Услышав это, человек ушел разочарованным и многие осуждали святого за жестокий совет убить младенца. «А разве не более жестоко оставить его в живых?» — сказал святой»¹⁶⁴ (курсив наш — *авт.*).

Следует заметить, что в свете светской биоэтики в такой позиции нет ничего одиозного, более того — биоэтика как раз обосновывает и аргументы «за», и аргументы «против» эвтанази¹⁶⁵. Ницше, используя свой метафорический философский язык, по сути дела, ставит острейшую проблему отношения общества (и как его части — медицины) к «умирающему больному». У этой проблемы есть социальный и нравственно-гуманистический аспекты.

Остановимся сначала на социальном аспекте. В этом пункте философия Ницше — это своего рода «социальная евгеника». Конечно, «евгеника по Ницше» не имеет ничего общего с «евгеникой по Гальтону» хотя бы потому, что Ницше и здесь был оригинален:

¹⁶¹ Ницше Ф. Сумерки идолов, или как философствуют молотом//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 611.

¹⁶² Ницше Ф. Так говорил Заратустра. Книга для всех и ни для кого//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 12.

¹⁶³ Ницше Ф. По ту сторону добра и зла//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 292.

¹⁶⁴ Ницше Ф. Веселая наука//Соч. в 2. Т. 1. М.: Мысль, 1990. С. 556.

¹⁶⁵ Иванюшкин А.Я., Юдин Б.Г. Эвтаназия//Этика: Энциклопедический словарь/Под ред. Р.Г. Апресяна и А.А. Гусейнова. М.: Гардарики, 2001. С. 554–555.

в годы «оглушающей популярности» учения Дарвина он был антидарвинистом¹⁶⁶.

«Социальная евгеника» Ницше является производной от его учения о «воле к власти», которая наиболее полно воплощается в «сверхчеловеке». Заратустра говорит у Ницше: «Земля полна лишними, жизнь испорчена чрезмерным множеством людей...»¹⁶⁷. И далее в том же духе: «Но нищих надо бы совсем уничтожить! Поистине сердисься, что даешь им и сердисься, что не даешь им»¹⁶⁸. И наконец, опять слова Заратустры (то есть, самого Ницше): «О, братья мои, разве я жесток? Но я говорю: что падает, то нужно еще толкнуть! Все, что сегодня, — падает и распадается: кто захотел бы удержать его! Но я — я хочу еще толкнуть его!»¹⁶⁹ (Курсив наш — авт.)

Таким образом, в споре об эвтаназии Ницше, конечно, является ее сторонником. Однако не будем забывать, что речь идет о позиции философа (а не о социологическом обобщении или юридической норме).

В рассуждениях Ницше особого внимания заслуживают интенции. Так, в приведенном ранее фрагменте из «Морали для врачей» мы бы выделили слова: «*В известном состоянии неприлично продолжать жить*»; «*прозябание в... зависимости от врачей и искусственных мер*»; «*врачам... следовало бы быть посредниками... Создать новую ответственность... врача*». Здесь, по сути дела, зашифрованы некоторые позитивные посылки современных сторонников и активной, и пассивной эвтаназии. В современном здравоохранении, вооруженном высокотехническими методами интенсивной терапии, пассивная эвтаназия, т. е., отказ от применения экстраординарных методов лечения у таких умирающих пациентов, у которых они всего лишь продлевают умирание, снижая при этом качество их жизни, применяется повсеместно. И тем более поразительны соответствующие прозрения Ницше: «Многие умирают слишком поздно... Еще странно звучит учение: «Умри вовремя!». Умри вовремя — так учит Заратустра... Современную смерть

¹⁶⁶ Ницше Ф. Веселая наука//Соч. в 2 т.Т. 1. М.: Мысль, 1990. С. 601.

¹⁶⁷ Ницше Ф. Так говорил Заратустра. Книга для всех и ни для кого//Соч. в 2 т.Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 32.

¹⁶⁸ Там же. С. 60.

¹⁶⁹ Там же. С. 151.

показываю я вам... Своей смертью умирает совершивший свой путь... Следовало бы научиться умирать...»¹⁷⁰.

Таким образом, Ницше предвидел возникновение такой социальной проблемы отношения общества к некоторым категориям умирающих больных, когда суть этой проблемы оказывается, скажем так, в «своевременности наступления смерти». Прежде всего это касается больных в необратимом вегетативном состоянии (у них погибла кора головного мозга, но функционируют подкорковые структуры мозга, они дышат сами, но живут за счет искусственного питания и тщательного дорогостоящего ухода). Например, в США в настоящее время около сорока тысяч таких больных¹⁷¹.

Перейдем к освещению нравственно-гуманистического аспекта проблемы отношения к «умирающему больному» у Ницше. Здесь сразу приходится учитывать такую интерпретацию этики Ницше, согласно которой он считается едва ли не самым ярким представителем имморализма и даже — цинизма. И опять представляется очень важным не упускать из вида целостный философский контекст отдельных рассуждений, афоризмов Ницше, когда он говорит о «морали», «о сострадании» и т. д. Как пишет А. А. Гусейнов: «В случае Ницше исключительно важны контекстуальность, общий пафос мысли. В частности, для понимания ницшеанской критики морали существенно важное значение имеют следующие два момента. Во-первых, Ницше критикует мораль всегда с моральной точки зрения... Во-вторых, эта критика осуществляется в рамках концептуально осмысленного взгляда на историческое развитие морали»¹⁷².

Еще раз обратим внимание на то, что Ницше сам страдал тяжелой неизлечимой болезнью. В письме от 18 сентября 1881 г. 37-летний философ пишет Ф. Овербеку: «Я в отчаянии. Боль терзает мою жизнь и волю. Что за месяцы, что за лето я пережил? ...Раз пять я призывал «Доктора Смерть» и еще вчера я думал — это конец — но тщетно»¹⁷³ (курсив наш — авт.).

¹⁷⁰ Ницше Ф. Так говорил Заратустра. Книга для всех и ни для кого//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 51.

¹⁷¹ Гурвич А. М. Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга//Биомедицинская этика/Под ред. В. И. Покровского. М.: Медицина, 1997. С. 189–197.

¹⁷² Гусейнов А. А. Ницше//История этических учений. М.: ГАРДАРИКИ, 2003. С. 687–695.

¹⁷³ Мочкин А. Н. Фридрих Ницше (интеллектуальная биография). М.: ИФ РАН, 2005. С. 70.

Позитивное отношение Ницше к идее самоубийства имеет обоснование как в его философии в целом (прежде всего — его «антихристианстве»), так и в личном опыте: «Мысль о самоубийстве — сильно утешительное средство: с ней благополучно переживаются иные мрачные ночи»¹⁷⁴. А ранее в своем сочинении «Человеческое, слишком человеческое» он писал: «**Старец и смерть**. Если отвлечься от требований, которые ставит религия, то позволительно спросить: почему для состарившегося человека, ощущающего упадок сил, должно быть достойнее терпеть свое медленное истощение и разрушение, чем совершенно сознательно положить этому конец? Самоубийство есть в этом случае вполне естественное и напрашивающееся само собой действие, которое, как победа разума, должно было бы возбуждать наше уважение...»¹⁷⁵.

Современный морально-этический контекст обсуждения проблем эвтаназии, паллиативной медицины имеет два вектора: вектор уважения автономии личности умирающего и вектор гуманности, милосердия. Ницше как раз показал важность первого из названных векторов.

Обратимся опять к его тексту «Мораль для врачей»: «Гордо умереть, если уже более нет возможности гордо жить. Смерть, выбранная добровольно, смерть вовремя, светлая и радостная, принимаемая среди детей и свидетелей: так что еще возможно действительное прощание, когда *еще существует* тот, кто прощается... Следовало бы, из любви к жизни, желать... смерти, свободной, сознательной...»¹⁷⁶ (курсив наш — авт.).

2.1.4. От метафизической танатологии к биоэтике

Насколько Ницше оказался здесь подлинным пророком, свидетельствует тот неоспоримый факт, что на Западе вся вторая половина XX в. характеризуется возрастанием внимания к проблеме умирания и смерти — не только философов, но и специалистов-медиков, а также ученых-гуманитариев. Современный отече-

¹⁷⁴ Ницше Ф. По ту сторону добра и зла//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 302.

¹⁷⁵ Ницше Ф. Человеческое, слишком человеческое. Книга для свободных умов//Соч. в 2 т. Т. 1. М.: Мысль, 1990. С. 283

¹⁷⁶ Ницше Ф. Сумерки идолов, или как философствуют молотом//Соч. в 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 611.

ственный клиницист-реаниматолог, ученый и философ профессор А. П. Зильбер в своем труде «Трактат об эйтаназии»¹⁷⁷, написанном еще в 1974 г., но опубликованном только в 1998 г., дает подробный обзор зарубежной литературы, отразивший этот «радикальный поворот» современной научной и философской мысли к теме смерти (мы воспроизвели этот библиографический обзор в гл. 1.1.).

Особого внимания заслуживает вышедшая в 1977 г. во Франции книга историка и культуролога Филиппа Арьеса «Человек перед лицом смерти». Ф. Арьес — представитель школы исторической антропологии, рассматривает изменение отношения человека к смерти на протяжении огромного исторического периода — от раннего средневековья до современной эпохи (последней четверти XX в.). Целью его исследования является эволюция ментальности человека западноевропейской культуры. Ментальность (менталитет) (от лат. mens — ум, мышление, образ мыслей, душевный склад) — относительно устойчивая совокупность установок и предрасположенностей индивида или социальной группы воспринимать мир определенным образом, глубинный уровень коллективного и индивидуального сознания, включающий и бессознательное. Ф. Арьес обращает свой пронизательный взгляд на факты и тенденции, которые сегодня углубленно исследуются в биоэтике, находятся в центре внимания специалистов современной паллиативной медицины. Всё чаще умирание и смерть происходят в больницах, где методы оказания медицинской помощи нередко превращаются в средства отчуждения (затягивания умирания, а не продления жизни, казенной изоляции умирающего человека в стенах больницы в тот важнейший период его жизни, когда ему лучше быть в окружении родных и близких и т. д.); от умирающего всячески скрывают правду как медики, так и близкие, все общество (у нас, правда, здесь возникает некоторое возражение — ведь «святая ложь» в медицине появилась еще во времена Гиппократы, а не после второй мировой войны).

Как считают некоторые исследователи, влияние книги Ф. Арьеса фиксирует поворот многих ученых к теме смерти в исследовании истории культуры. Так, в 1983 г. французский историк Мишель

¹⁷⁷ Зильбер А. П. Трактат об эйтаназии. Петрозаводск, 1998. С. 350–351.

Вовен опубликовал еще более объемную монографию «Смерть и Запад с 1300 г. до наших дней»¹⁷⁸.

Проблематика умирания и смерти стоит несомненно в самом центре биоэтического дискурса. Биоэтика возникла в США на рубеже 60–70-х гг. XX в., и все чаще этим термином обозначается современная медицинская этика. Термин «биоэтика» предложил американский биохимик, онколог Ван Ронселлер Поттер (1911–2001), опубликовав в 1970 г. статью «Биоэтика — наука выживания», а в 1971 г. книгу «Биоэтика — мост в будущее». Наследуя традиции этики Гиппократов, новая этика в медицине в некоторых существенных моментах расходится с классической врачебной этикой. Так, этика Гиппократов запрещает искусственный аборт и эвтаназию, а в биоэтике эти проблемы рассматриваются научно нейтрально — как сравнение аргументов «за» и «против». Далее, этика Гиппократов в своей основе патерналистская (от лат. *pater* — отец): основные медицинские решения при этом врач принимает сам, а пациент в большинстве случаев пассивно соглашается с этими решениями. В биоэтике же особое внимание уделяется правам пациента, особенно его праву самостоятельно решать вопросы, касающиеся его здоровья, жизни и даже смерти.

Биоэтика — это не только наука, но и социальный институт¹⁷⁹. Для современного человека стало общепризнанным фактом: научно-технический прогресс представляет собой не только источник все новых и новых благ цивилизации, но и угрозу окружающей человека природе, да и самому человеку. Биоэтика возникла в ответ на эту угрозу. В русле биоэтики общество создает социальные механизмы этического контроля развития современной биомедицины, что обеспечивается как новыми функциями уже существовавших социальных учреждений, так и формированием новых социальных движений, социальных учреждений (например, общественных и исследовательских этических комитетов¹⁸⁰).

¹⁷⁸ Арьес Ф. Человек перед лицом смерти/Пер. с франц. В.К. Ронина. М.: Прогресс-Академия, 1992. С. 25.

¹⁷⁹ Юдин Б.Г. Социальная институционализация биоэтики//Биоэтика: проблемы и перспективы. М.: ИФ РАН, 1992.

¹⁸⁰ Тищенко П.Д. Этические комитеты//Этика: Энциклопедический словарь/Под ред. Р.Г. Апресяна и А.А. Гусейнова. М.: Гардарики, 2001. С. 598–600.

Подробное освещение предыстории биоэтики можно найти в других наших работах¹⁸¹, здесь же обратим внимание всего лишь на несколько исторических фактов. В 1957 г. глава римско-католической церкви папа Пий XII в журнале «Анестезист» впервые морально обосновывает допустимость прекращения реанимации у некоторых пациентов — имея в виду не только медицинские аргументы (абсолютная бесперспективность реанимации), но и богословские (возможно, душа у таких пациентов уже отделилась от их тела)¹⁸². В 1959 г. французские неврологи впервые описали состояние «запредельной комы» (смерть мозга), поставив одну из фундаментальных проблем биоэтики — обоснования нового определения смерти. В 1957–1959 гг. обе эти проблемы только были поставлены, а их глубинное воздействие не только на здравоохранение, но и общество в целом скажется через 10 и более лет, когда придет время клинической трансплантологии и хосписов. В 1961 г. в Сизтле в Центре «Искусственная почка» на один единственный аппарат претендовали 7 обреченных на смерть пациентов — ребенок 9 лет, 35-летняя замужняя женщина (мать 8 детей) и пятеро мужчин (65, 39, 33, 31 и 30 лет). Был создан общественный комитет (членство в нем было засекречено), который должен был выбрать единственного счастливого. Этот комитет окрестили в прессе «божественным комитетом». Его члены безуспешно пытались, опираясь на критерии «возраст», «пол», «социально-экономическое положение», «образование», «количество иждивенцев», «психологическая устойчивость» и т.д., определить преимущественные шансы «права на жизнь» кого-то одного перед всеми остальными. Впоследствии специалисты биоэтики неоднократно обращались к этой ситуации, и многие пришли к выводу, что наиболее справедливым был бы жребий¹⁸³. По сути дела, «божественный комитет» в Сизтле был первым общественным этическим комитетом.

К сожалению, в России биоэтика стала оформляться в качестве самостоятельного научного направления только на рубеже 1980–1990-х гг., а в 1992 г. под руководством профессора Б. Г. Юдина был организован Сектор биоэтики в только что открытом Институте человека РАН (директор — академик И. Т. Фролов). В 80-е годы отечественная литература по проблемам умирающих больных це-

¹⁸¹ Иванюшкин А.Я. Биомедицинская этика. М.: Авторская академия, 2010 и др.

¹⁸² Зильбер А.П. Трактат об эйтаназии. Петрозаводск, 1998. С. 313–320.

¹⁸³ Фаулер М.Д. Этика сестринского дела/Пер. с англ. М., 1997. С. 20–21.

ликом посвящена проблемам эвтаназии и смерти мозга. В 1981 г. И. А. Шамов публикует в «Казанском медицинском журнале» статью «Об отношении врача к эвтаназии»¹⁸⁴⁸⁶, в которой обосновывает традиционное, резко негативное к ней отношение. В этом же 1981 г. отечественный юрист Н. С. Малеин в журнале «Советское государство и право» в статье «О врачебной тайне»¹⁸⁵⁸⁷ подробно излагает взгляд на проблему эвтаназии А. Ф. Кони, который был не просто сторонником добровольной эвтаназии по отношению к терминальным больным, испытывающим чрезмерные страдания, но сформулировал юридические требования к такой социальной практике (сам Н. С. Малеин был согласен с позицией А. Ф. Кони). В 1984 г. А. Я. Иванюшкин и Е. А. Дубова в журнале «Вестник АМН СССР» анализируют проблему активной добровольной эвтаназии как этическую дилемму (имеющую как аргументы «за», так и аргументы «против» нее), сами при этом занимая позицию противников добровольной активной эвтаназии¹⁸⁶⁸⁸. В 1984 г. в журнале «Вопросы философии» опубликован обзор Г. И. Царегородцева и Е. В. Кармазиной «Проблема эвтаназии в зарубежной медицинской этике»¹⁸⁷⁸⁹. Что касается проблемы смерти мозга, то ею в эти годы занимались исключительно специалисты-реаниматологи, о чем подробно говорилось в гл. 1.

Большинство биоэтических проблем уже потому преисполнены драматизма, что человеческая цивилизация столкнулась с ними впервые (допустимость пересадки таких органов, как сердце, печень и др., практики «суррогатного материнства», опытов по клонированию человека и т. д.), т. е. ни врачи, ни общество в целом не имели морального опыта для их разрешения. В ситуации биоэтических проблем не просто отдельный врач, но «все человечество перед выбором». Биоэтика призвана определять границу добра и зла для вышеперечисленных проблемных ситуаций. Биоэтика — это наука о моральных дилеммах современной биомедицины, являющихся «затруднениями человечества». Сегодня

¹⁸⁴ Шамов И. А. Об отношении врача к эвтаназии//Казан. мед. журн. 1981. Т. 62. № 2. С. 75–77.

¹⁸⁵ Малеин Н. С. О врачебной тайне//Сов. гос-во. и право. 1981. № 8. С. 79–86.

¹⁸⁶ Иванюшкин А. Я., Дубова Е. А. Эвтаназия: проблема, суждения, поиск альтернативы//Вестник АМН СССР. 1984. № 6. С. 72–77.

¹⁸⁷ Царегородцев Г. И., Кармазина Е. В. Проблема эвтаназии в зарубежной медицинской этике//Вопр. философии. 1984. № 12. С. 111–122.

в подавляющем большинстве стран мира диагноз смерти мозга является основанием признания смерти пациента. В то же время, часть наблюдателей состояния такого пациента не согласится, что этот человек уже умер. В самом деле, его тело теплое, на крупных периферических сосудах определяется пульс, у него изредка наблюдаются произвольные движения конечностей (спинальные автоматизмы) и т.д.

Да, это точка зрения обывателя, однако и с самых строгих научных позиций следует считать, что проблема смерти мозга — открытая научная проблема. И любые вновь открывающиеся научные факты в исследовании этой проблемы должны опять и опять проходить проверку как возможные новые «аргументы в защиту жизни».

В обсуждении, поисках решений биоэтических вопросов особенно важен *междисциплинарный диалог*. Далее, в рамках биоэтики идет также диалог разных культур, когда хотя бы по отдельным биоэтическим проблемам достигается *межкультуральный, международный консенсус*. Наконец, если классическая медицинская этика была преимущественно системой неизменных (как бы вечных) ценностей и норм, то идейное содержание биоэтики в принципе изменчиво — здесь критерием истины и мерилom высшего блага является достигнутый обществом *социальный консенсус*.

Как мы полагаем, можно говорить о миссии биоэтики в современном обществе. Современный человек оказался в такой исторической ситуации, когда при определенных обстоятельствах границы его бытия становятся «размытыми», когда его жизнь и смерть настолько медикализованы, что стали артефактами. А посему этот человек нуждается в биоэтическом просвещении, заинтересован в биоэтическом консультировании в качестве предпосылки своего морального выбора, на который он обречен как нравственная личность. Биоэтическое образование, прежде всего, важно для специалистов (медиков, философов, юристов и т.д.). Однако, с нашей точки зрения, освоение основ биоэтики должно стать частью общего образования.

2.2. СМЕРТЬ МОЗГА: НОВЫЙ ОБРАЗ И СМЫСЛ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА

Напомним еще раз известное сочинение французского историка, демографа и культуролога Филипа Арьеса «Человек перед лицом смерти»¹⁸⁸. Автор на богатейшем историческом материале показал, что смерть является одним из «коренных» параметров коллективного сознания. На протяжении всей истории человечества представления о тайне, природе, сущности смерти формировались в русле мифологии, религии и философии. Достаточно здесь привести фундаментальные библейские идеи: «Как в Адаме все умирают, так во Христе все оживут ...Последний же враг истребится — смерть» (1 Кор. 15: 22, 26). В истории философии тема смерти является «сквозной» — многочисленные страницы сочинений классиков философии как бы составляют огромную книгу, скажем так, метафизической танатологии. Насколько важно для современного человека осмысление тайны смерти в художественной литературе, свидетельствует, например, творчество Л. Толстого, которое (в особенности повесть «Смерть Ивана Ильича») «оказало сильное влияние на немецкую и французскую мысль XX в., в частности, на ос-

¹⁸⁸ Гуревич А.Я. Предисловие. Филипп Арьес: смерть как проблема исторической антропологии // Арьес Ф. Человек перед лицом смерти/Пер. с франц. В.К. Ронина. М.: Прогресс-Академия, 1992. С. 25.

мысление смерти как конститутивного момента человеческого сознания»¹⁸⁹.

В эпоху современной биомедицинской революции наряду с традицией религиозного, философского осмысления сущности смерти интенсивно формируется новое направление танатологии, назовем его — биоэтическое.

Анализ, обоснование нового понимания сущности смерти как смерти мозга занимает в биоэтике важное место, однако здесь необходимо сделать несколько замечаний. Во-первых, как исторический факт рождение биоэтики относится к рубежу 1960–1970-х гг.: образование научно-исследовательских центров по гуманитарным проблемам современной биомедицины (Гастингский центр и Институт этики им. Кеннеди в США), наконец, публикация первых работ по биоэтике В.-Р. Поттера. В то же время, как мы знаем, с клиническим феноменом смерти мозга врачи и ученые столкнулись ровно десятилетием раньше.

Действительно, первое десятилетие смерть мозга оставалась преимущественно научной проблемой. Современная биомедицинская революция нарастает с начала 1950-х гг. (открытие генетического кода и возникновение молекулярной биологии, успешное применение аппаратов ИВЛ и искусственной почки, первые клинические пересадки органов и т. д.).

Социокультурное значение проблемы смерти мозга в истории медицины и культуры заключается в том, что исследование этой научной проблемы стоит в одном ряду со знаковыми, символическими событиями середины — второй половины XX в. К ним прежде всего относится Нюрнбергский судебный процесс над нацистскими врачами 1946–1947 гг. Созданный в ходе этого процесса «Нюрнбергский кодекс» закрепил в виде этических основ проведения биомедицинских исследований на людях приоритет права каждого человека на жизнь (которую никто ни при каких обстоятельствах не имеет права приносить в жертву прогрессу науки), а также ведущий этический принцип исследовательской этики — принцип информированного согласия. Далее, это — «талидомидная трагедия» в начале 1960-х гг., когда в Германии и других странах широкое применение нового седативного средства в первом триместре беременности привело к рождению тысяч детей с тя-

¹⁸⁹ Гайденок П.П. Смерть//Новая философская энциклопедия. В 4 т.Т. 3. М.: Мысль, 2001. С. 573.

желейшими уродствами. В данном случае не было речи о злонамеренности врачей, прописавших своим пациенткам талидомид, но о «косвенном зле», сопровождающем научный прогресс, если испытание нововведений в медицине не обеспечено строжайшим этическим, общественным контролем.

Наконец, это первая клиническая пересадка сердца в 1967 г., оказавшая через масс-медиа такое сильное воздействие на массовое сознание во всем мире, что практически все люди как бы окончательно осознали, что они живут в эпоху научно-технической революции. Такой переворот в сознании, психологии современного человека начался еще в 1957 и 1961 гг. (запуск в СССР первого спутника и главное — выход человека в космос), когда общественное мнение во всем мире пережило невиданное до этого потрясение. Здесь важны и глобальный характер интеллектуального, эмоционального потрясения, и его перманентный характер — люди старшего поколения хорошо помнят состояние вдохновения, какого-то восторга, сопровождавшего каждую следующую победу человека по освоению космоса. Этот период в истории общества и культуры чем-то напоминает эпоху Возрождения, когда человек в лице Коперника создал силой своего разума гелиоцентрическую теорию неба, а вслед за этим в лице Везалия объяснил природу самого человека. И вот в XX в. человек обретает власть — сначала над небом, а вслед за этим, заставив сердце одного человека биться в груди другого человека — над жизнью и смертью.

Итак, первое описание клинического феномена смерти мозга в 1959 г. стоит в одном ряду исторических событий, подготовивших возникновение биоэтики как наиболее бурно развивающегося направления современной прикладной этики¹⁹⁰.

К сожалению, в отечественных руководствах по биоэтике проблема смерти мозга затрагивается лишь вскользь¹⁹¹. Основное внимание авторов при освещении темы «Смерть и умирание» сосредоточено на проблеме эвтаназии, которая, конечно же, заслуживает углубленного философского осмысления, но пока не является хоть сколько-нибудь социально актуальной в современном российском обществе. Огромное социальное значение принятия

¹⁹⁰ Коновалова Л. В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Вып. 1: Биоэтика и экология. М.: ИФ РАН, 1998.

¹⁹¹ Силуянова И. В. Биоэтика в России. М., 1997; Введение в биоэтику/Под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998; Яровинский М. Я. Медицинская этика (Биоэтика). М., 1999 и др.

новых критериев смерти (смерти мозга) очевидно — как для реаниматологии, так и для клинической трансплантологии. В числе причин, объясняющих затянувшуюся (на целых четыре десятилетия!) историю «Инструкции о констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга» (см. гл. 1), следует назвать еще одну: если ученые-медики (В. А. Неговский, Л. М. Попова, А. М. Гурвич, А. П. Зильбер, И. Д. Стулин, М. А. Пирадов и др.) «свою часть» работы по исследованию, осмыслению проблемы смерти мозга выполняли и выполняют, то о философах, ученых-гуманитариях, к сожалению, этого сказать нельзя, гуманитарная наука здесь, бесспорно, в долгу.

Проблема смерти мозга — типичная междисциплинарная проблема современной науки. В плоскости реаниматологии речь идет о понимании смерти как процесса, в котором выделяются стадии (этапы) умирания. Исключительно важное клиническое и одновременно этическое значение для врача-реаниматолога имеет вопрос о нецелесообразности дальнейшей реанимации, о ее прекращении — как части более общего вопроса о противопоказаниях к реанимации. В плане трансплантологии решение проблемы дефицита донорских органов почти целиком пока зависит от признания в обществе пациентов с диагнозом смерти мозга уже умершими.

В философском осмыслении дилеммы смерти мозга (жив этот пациент или мертв), во-первых, вновь актуализируются такие категории, как «бытие», «жизнь», «смерть», «человек», «личность». Во-вторых, вновь требует обсуждения (применительно к данной конкретной диагностической ситуации) философский вопрос о границах научного познания.

Для многих верующих людей (возьмем христианскую традицию) самым важным вопросом окажется следующий: да, у такого пациента есть очевидные признаки жизни, однако не отделилась ли уже у него душа от тела? Для верующего человека процесс разлучения души с телом есть подлинное таинство, но человеческий разум, руководствуясь научным знанием, не может не видеть, что сознание, ментальные качества личности у этого пациента необратимо утрачены.

Наконец, все эти трудноразрешимые проблемы находят продолжение (и в известном смысле — завершение) в определении юридического статуса смерти мозга. Можно напомнить, что, например, в США признание концепции смерти (как смерти мозга) было сопряжено с многочисленными драматическими судебными процессами. Так, в 1971 г. в Портленде (штат Орегон) судом присяж-

ных решался вопрос о причине смерти человека с пулевым ранением, у которого был диагностирован клинический статус смерти мозга и были извлечены почки для трансплантации. Присяжные вынесли вердикт: непосредственной причиной смерти явилось пулевое ранение, но действия врачей были квалифицированы как убийство при смягчающих обстоятельствах¹⁹².

Каковы же причины длящегося в рамках мировой науки уже более полувека процесса окончательного признания обществом концепции смерти мозга как новой дефиниции смерти человеческого индивида?

Конечно, для истории науки это не исключительная ситуация. Признание гелиоцентрической концепции Н. Коперника (XVI в.) заняло примерно 100 лет. Открытие большого круга кровообращения У. Гарвеем (XVII в.) окончательно утвердилось как общепризнанная научная истина примерно через 50 лет. Спор об аристотелевской концепции самозарождения жизни в XIX в. тоже длился примерно 50 лет. После присуждения в 1862 г. Л. Пастеру премии Французской академии наук за убедительное экспериментальное опровержение возможности самозарождения микробов в контролируемых лабораторных условиях («здесь и теперь»), некоторые ученые (Ф. Пуше, Г. Бастиан) еще более 10 лет находили аргументы в защиту теории самозарождения.

Во всех приведенных примерах из истории науки наиболее глубокие причины сопротивления новым научным открытиям коренились в мировоззренческой, методологической сфере. В случае с открытием Коперника дело было в несовместимости религиозно-христианской и естественнонаучной картины мира. В случае с научным открытием Гарвея резко обнажилось противоречие средневековой схоластической науки и современной науки как опытного естествознания. Характерен аргумент оппонентов Гарвея: круговое движение крови в организме невозможно, поскольку, согласно Аристотелю, естественное круговое движение может быть только в надлунном мире, т. е. на небе, а в подлунном мире, т. е. на земле, может быть только прямолинейное движение. В споре Пастера с его оппонентами судьба истины решалась в эксперименте, но суть дела заключалась в том, что обе стороны ссылались на экспериментальные данные. Пастер победил своих противников на методологическом уровне: поставив строгий эксперимент

¹⁹² Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. С. 201.

и одновременно обнаружив методические ошибки в экспериментах оппонентов. Исключительно важен мировоззренческий контекст дискуссии: теория самозарождения микробов не противоречила философии механистического материализма, а опровержение этой теории как бы соответствовало креационистскому объяснению природы жизни. Известно, что Пастер был верующим человеком, но в данной дискуссии настаивал, что все решают сугубо научные аргументы¹⁹³.

Как видим, чтобы объяснить трудную судьбу в истории общества некоторых научных открытий, необходимо прояснить социокультурный, философско-мировоззренческий контекст, методологические составляющие этих открытий. Рассмотрим под таким углом зрения проблему смерти мозга как критерия смерти человека.

Сравнение затянувшегося на многие десятилетия признания обществом клинического диагноза «смерть мозга» в качестве критерия смерти человека с приведенными выше аналогичными фактами истории науки, требует существенного уточнения. Открытия Коперника, Гарвея и Пастера относятся к классической науке, в которой философские, социокультурные моменты были именно предпосылками, которые оказывали влияние на научную истину как бы извне, т.е. это влияние сказывалось в основном на признании этой истины обществом. Сама же истина была объективной, и признание или непризнание ее кем-то в обществе не могло ничего изменить. Трудности признания обществом смерти мозга как новой концепции смерти в том, что эта проблема — типичная для современной неклассической науки. Это означает, что философский, социокультурный моменты здесь не просто некие предпосылки, но органически вплетены в само существо, содержание научной проблемы. Повторим: проблема смерти мозга как новой дефиниции смерти — это междисциплинарная проблема.

Мы уже обращались к анализу вопроса, почему в 1970–1980 гг. более чем на десятилетие затянулось официальное утверждение первой отечественной Инструкции о смерти мозга, делая упор на причины политико-идеологического, социокультурного поряд-

¹⁹³ Гутина В.Н. Одна из драматических страниц в истории науки//Научное открытие и его восприятие. М., 1971. С. 178–186.

ка¹⁹⁴. Напомним кратко эту драматическую историю. В подтексте напряженного противостояния представителей, с одной стороны, академической науки, а с другой — представителей государственной власти (Минздрава) отразились не только социально-политические реалии того времени, но и философская антиномичность проблемы смерти мозга. Академическую науку олицетворяли крупнейшие отечественные ученые — академик В. А. Неговский и профессора А. М. Гурвич (соавтор В. А. Неговского при составлении первых отечественных Инструкций о смерти мозга¹⁹⁵), Л. М. Попова¹⁹⁶ (автор первых в нашей стране работ по клинике смерти мозга¹⁹⁷) и др. Ученым противостоял тогдашний министр здравоохранения академик Б. В. Петровский. Социальные роли ученых и политиков от здравоохранения на многие годы оказались несовместимыми.

Однако уместно отметить, что академик Б. В. Петровский тоже был крупнейшим отечественным ученым-клиницистом — в настоящее время его имя носит Научный центр хирургии РАМН (так же, между прочим, как Институт общей реаниматологии РАМН носит сегодня имя В. А. Неговского). Как мы полагаем, отрицание Б. В. Петровским нового критерия смерти определялось интуициями политико-идеологического характера, но в том-то и дело, что не только этой причиной! Все рациональные аргументы В. А. Негов-

¹⁹⁴ Иванюшкин А. Я. Эволюция концепции смерти мозга в нашей стране//Медицинское право и этика. 2003. № 1. С. 43–53.

¹⁹⁵ Неговский В. А., Гурвич А. М. Прогноз восстановления функций организма и диагноз «смерти мозга»//Основы реаниматологии. Ташкент, 1977. С. 330–346.

¹⁹⁶ Мы считаем своим долгом отметить, что профессор Любовь Михайловна Попова, долгие годы заведовавшая отделением нейрореанимации в Институте неврологии АМН СССР (впоследствии — РАМН), была выдающимся отечественным ученым. В 1950-е гг. во время эпидемий острого полиомиелита она с успехом начала использовать для лечения дыхательной недостаточности ИВЛ (на то время новейшую медицинскую технологию), благодаря чему летальность снизилась с 93 до 22%. Начиная с 1956 г., в ее клинике применяется ИВЛ у обреченных на смерть от дыхательной недостаточности больных с амиотрофическим боковым склерозом. 10 больным было обеспечено продление жизни методом дыхательной реанимации на сроки от 1,5 месяцев до 14,3 лет. Обобщение этой работы представлено в монографии: Л. М. Попова. Амиотрофический боковой склероз в условиях продленной жизни. М.: Медицина, 1998. За эту работу автор была удостоена Государственной премии России.

¹⁹⁷ Попова Л. М. Запредельная кома при инсульте//Невропатология и психиатрия. 1976. № 8. 1121–1126.

ского и его сторонников он, конечно, знал прекрасно, но в силу философской антиномичности проблемы смерти мозга был с ними не согласен. В самом деле, приводя одни аргументы, диагноз «смерть мозга» можно трактовать или как крайне тяжелое состояние пациента («позиция Петровского»), а приводя другие — как уже наступившую смерть пациента («позиция Неговского»). Обозначенные позиции будут рассматриваться нами как две социально-этические парадигмы решения проблемы смерти мозга.

Итак, перед нами пациент с диагнозом смерти мозга. Наиболее общее определение смерти мозга таково: это — ятрогенное клиническое состояние пациента, подключенного к ИВЛ, у которого необратимо отсутствуют все функции головного мозга, включая продолговатый мозг, при работающем сердце. В условиях интенсивной терапии клинический статус смерти мозга сохраняется несколько дней, максимум неделю, очень редко дольше, после чего неминуемо наступает остановка сердца. На патофизиологическом языке — у такого пациента еще сохраняется гемодинамика во всех органах и тканях, начиная от уровня шейных позвонков, но отсутствует кровоток по всем сосудам головного мозга. Как известно, «в обычных условиях к необратимым поражениям мозга ведет полное прекращение мозгового кровообращения в течение 5 минут»¹⁹⁸.

Насколько применяемые диагностические критерии смерти мозга надежны, свидетельствует временной фактор процедуры диагностики. Согласно последней редакции отечественной Инструкции (2001 г.) при первичном поражении мозга длительность наблюдения должна быть не менее 6 (!) часов с момента установления всего комплекса признаков смерти мозга (согласно предыдущей редакции Инструкции, действовавшей в 1993–2001 гг., этот срок равнялся 12 (!) часам).

Классические клинические критерии смерти — прекращение сердцебиения и самостоятельного дыхания. Так как у пациента со смертью мозга еще сохраняется спонтанная деятельность сердца, с точки зрения клинической медицины его можно считать «частично живым». Но так как самостоятельное дыхание у такого пациента необратимо отсутствует (апноэ), а также необратимо отсутствуют все рефлексы, замыкающиеся в головном мозгу (и уж, конечно, отсутствуют любые проявления сознания, эмоций, чувств-

¹⁹⁸ Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. С. 122.

ва боли), то с той же классической клинической точки зрения его можно считать «частично мертвым».

Клиническое состояние смерти мозга — не просто «крайне тяжелое состояние» больного, но такое состояние, которое в плане научного естествознания должно определяться как «стадия умирания». Образно говоря: само бытие человека здесь как бы расколото, человек уже как бы сделал необратимый шаг в небытие.

«Позиция Неговского», согласно которой человек с диагнозом смерти мозга уже умер, зиждется на двух допущениях: первое — у такого пациента весь головной мозг *погиб*; второе — диагностические тесты позволяют установить этот факт с *абсолютной достоверностью (как абсолютную истину)*.

В гл. 1 уже говорилось о том, что в первых редакциях (рубеж 1970–1980-х гг.) отечественных Инструкций о констатации смерти мозга на основании диагноза смерти мозга отождествлялось понятие смерти мозга (как видовое) с понятием биологической смерти (как родовым). Рассмотрим здесь этот вопрос подробнее. Позицию отождествления понятий биологической смерти и смерти мозга отразил в 1986 г. в БМЭ один из авторов отечественной Инструкции о смерти мозга профессор А. М. Гурвич: «Клиническая смерть — обратимый этап умирания. В этом состоянии при внешних признаках смерти организма ... сохраняется потенциальная возможность восстановления его жизненных реакций с помощью методов реанимации... Вслед за клинической смертью наступает *биологическая, т.е. истинная смерть*, развитие которой исключает возможность оживления ...Так как смерть оживляемого организма развивается на фоне применения реанимационных мероприятий, с помощью которых поддерживается кровообращение и газообмен, возможно развитие *особой формы биологической смерти — так называемой смерти мозга*»¹⁹⁹ (курсив наш — авт).

В то же время годом ранее в статье «Смерть мозга» в БМЭ (Т. 23) профессор Л. М. Попова писала: «Понятие «смерть мозга» не идентично понятию «биологическая смерть», хотя наступление биологической смерти в этих условиях, при современном состоянии медицины, неизбежно»²⁰⁰.

¹⁹⁹ Гурвич А. М. Терминальные состояния//БМЭ.Т. 25. М.: Советская энциклопедия, 1986. С. 24–26.

²⁰⁰ Попова Л. М. Смерть мозга/БМЭ.Т. 23. М.: Советская энциклопедия, 1985. С. 454.

В дальнейшем в преамбуле Инструкции о смерти мозга ее авторы (В. А. Неговский и А. М. Гурвич) отказались от такого отождествления, считая более приемлемой формулировку «смерть мозга эквивалентна смерти человека».

С нашей точки зрения, разграничение понятий биологической смерти и смерти мозга имеет принципиальное значение. В самом деле, в случаях биологической смерти прекращение сердцебиения и отсутствие самостоятельного дыхания, а спустя несколько часов — появление трупных пятен и трупного окоченения, позволяют говорить о факте смерти как *наблюдаемом объекте*, в природе которого нет сомнения ни с позиций науки, ни с позиций (что еще важнее!) здравого смысла. Это — объективный факт, и все — точка!

Отождествление же клинического статуса смерти мозга и смерти человека — совсем другая реальность. Природа этой реальности такова. Во-первых, смерть человека здесь — это *ненаблюдаемый объект*. С позиций здравого смысла такой человек жив, отсюда первоначальное определение состояния больного со смертью мозга — «запредельная кома». Смерть мозга — это такое состояние, когда граница жизни и смерти оказалась «стертой», поистине: человек «частично жив», а «частично мертв». Во-вторых, смерть человека здесь является *артефактом*, т. е. ятрогенным состоянием, сохраняющимся пока проводится реанимация. В-третьих, трактовка этого факта зависит от *социального контекста* (человек жив — «позиция Петровского», человек мертв — «позиция Неговского»). До 1985 г. в нашей стране больные с таким клиническим статусом считались живыми, а начиная с 1985 г. — считаются мертвыми, в то же время, если такому больному нет 18 лет, он по сей день в России считается живым.

Выше мы говорили, что бытие человека здесь как бы расколото, а его судьба повернулась так, что уже как бы сделан необратимый шаг в небытие. Вот это «как бы» есть залог того, что если это и смерть, то своего рода *виртуальная смерть*. То есть, в онтологическо-философском плане спор «позиции Петровского» и «позиции Неговского» («еще жизнь» или «уже смерть») в принципе не имеет однозначного решения. Пока проблема смерти мозга является открытой научной проблемой, необходима проверка вновь обнаруживаемых клинических наблюдений и научных фактов — «в защиту жизни» или «в защиту смерти».

Рассмотрим второе допущение «позиции Неговского» — об абсолютной надежности диагностики клинического состояния

смерти мозга. Сразу же следует подчеркнуть: если диагноз смерти мозга поставлен *lege artis*, то это один из самых научно обоснованных и профессионально-надежных диагнозов в современной медицине. Однако данный диагноз вызывает некоторые серьезные методологические вопросы.

Познавательная ситуация с диагностикой смерти мозга — типичная для науки XX в., раньше с ней столкнулась неклассическая физика при изучении микромира. Здесь тоже нельзя говорить, в привычном для классической физики смысле, об «объективно-наблюдаемых фактах», ведь элементарные частицы доступны изучению только с учетом их взаимодействия с прибором. Точно так же, в строгом смысле, диагноз смерти мозга означает: пациент умер, поскольку *этот факт установили научные эксперты*.

Многолетняя работа авторов данной работы в качестве членов междисциплинарной комиссии по разработке педиатрической Инструкции о смерти мозга подвела их к серьезному выводу: в целом сообщество отечественных анестезиологов-реаниматологов не отдает себе отчета в том, что ответственность врачей-специалистов, уполномоченных выносить диагностическое заключение о смерти мозга у пациента-ребенка таково, что для них обязательны *специальная подготовка, стажировка. А из этого следует необходимость строгих критериев сертификации такого рода профессиональной деятельности*.

В подтверждение сказанного кратко осветим некоторые «исторические уроки» применения метода ЭЭГ в диагностике смерти мозга. Уже на раннем этапе определения надежных критериев смерти мозга обнаружилось напряженное научное противоречие при оценке роли этого метода. В фундаментальной работе А. Э. Уолкера «Смерть мозга» в главе «Электроэнцефалография при смерти мозга» список литературы содержит 85 источников²⁰¹. Большие надежды, возлагавшиеся некоторыми авторами на этот метод исследования, определялись, во-первых, тем, что он позволяет получить объективную информацию об активности нейронов, а во-вторых, его неинвазивностью. Характерная ЭЭГ при смерти мозга, имеющая вид прямой линии, получила различные названия: *ЭЭГ-плато; изоэлектрическая, нулевая ЭЭГ; отсутствие биологической активности* и др. Комитет по смерти мозга Американского электрофизиологического общества (American Electroencephalographic

²⁰¹ Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. С. 115–120.

Society s Committee on Cerebral Death) рекомендовал в 1976 г. термин — *электрическое молчание мозга (ЭММ)*, а Международная федерация обществ электроэнцефалографии и клинической нейрофизиологии (International Federation of Societies for Electroencephalography and Clinical Neurophysiology) — *отсутствия биоэлектрической активности мозга*.

Применение данного метода требовало строго определенных условий и специалистов, хорошо подготовленных к работе с коматозными больными. Отметим хотя бы требование экранирования больничной палаты (исключения побочного воздействия многочисленных работающих электроприборов), а также проблему артефактов, когда распознаванию электрического молчания мозга препятствуют потенциалы, генерируемые прежде всего сердцем, но также мышцами скальпа и шеи, глазными яблоками, языком.

В процессе формирования объективной оценки роли метода ЭЭГ в диагностике смерти мозга характерна динамика позиций в мировом сообществе специалистов электроэнцефалографии. В 1969 г. был опубликован Отчет Американского электроэнцефалографического общества (The American Electroencephalographic Society s Ad Hoc Committee on EEG Criteria for the Determination of Cerebral Death), основанный на обзоре американских, французских и немецких работ, где подчеркивалась надежность данных ЭЭГ в диагностике смерти мозга. Согласно данным, сообщенным 100 членами Общества, из 1665 больных, ЭЭГ которых расценивалась как изолиния, восстановление биоэлектрической активности мозга отмечено у семи человек: у трех из них было отравление седативными средствами, у четырех были другие причины комы²⁰².

В последующие годы в критических оценках надежности метода ЭЭГ при диагностике смерти мозга акцентировались самые различные моменты. Констатируемое наблюдателем ЭММ, может быть, означает, что мозг все-таки генерирует электрическую активность, но амплитуда ее настолько мала, что человеческий глаз не способен различать такие колебания. Заключение специалистов по электроэнцефалографии могут не совпадать: например, из упоминавшихся выше в Отчете Американского электроэнцефалографического общества семи случаев плоской линии ЭЭГ, независимые эксперты признали отвечающими всем строгим критериям только три — у больных с отравлениями седативными средства-

²⁰² Там же. С. 86.

ми. Всегда следует иметь в виду не только ложноположительный, но и ложноотрицательный результат этого физиологического теста. Обобщая большой научный материал по данной проблеме на 1985 г., А. Э. Уолкер писал: «Распознать биоэлектрическую активность мозга в присутствии внешних помех, таких как ЭКГ, фоновый шум аппарата или мышечные потенциалы, очень трудно, а иногда и невозможно»²⁰³.

В итоге, диагностическая ценность ЭЭГ-теста постепенно снижалась, и к концу 1970-х гг. этот метод из абсолютно достоверных перешел в разряд полезных.

А. Э. Уолкер также отмечал, что *особые трудности диагностики смерти мозга представляет у детей*, поскольку есть сообщения о более длительной выживаемости детей с клиническими признаками смерти мозга. На тот момент (первая половина 1980-х гг.) признавалось целесообразным: у детей (на фоне клинической картины смерти мозга) проводить электроэнцефалографическое исследование дважды — с интервалом в 24 часа. Некоторые детские неврологи требовали проведения дважды, тоже с интервалом в 24 часа, церебральной ангиографии — для доказательства прекращения мозгового кровообращения²⁰⁴.

Итак, диагноз смерти мозга — это всегда *междисциплинарное заключение экспертов*. Но в таком случае следует обсудить следующие вопросы. Первый фундаментальный вопрос касается самой природы истины в науке, поскольку очевидно, что при диагностике смерти мозга можно говорить только об «относительной истине». Важнейший момент «относительности истины» в диагнозе смерти мозга заключается в отмеченном выше временном разрыве между появлением клинических признаков смерти мозга (как «отсутствия функций всего головного мозга») и патоморфологическим подтверждением разрушения структур головного мозга. Следует также указать на такие моменты истории диагностики смерти мозга: вначале наблюдалась переоценка роли электроэнцефалографического метода исследования головного мозга (о чем уже говорилось выше), в дальнейшем научный спор сместился к обсуждению роли разных научных методов изучения мозгового кровотока и т. д. Мы уже обращали внимание на то, что среди современных авторитетных отечественных авторов нет консенсуса относительно приори-

²⁰³ Там же. С. 107.

²⁰⁴ Там же. С. 114.

тетности использования при установлении диагноза смерти мозга рентгенологических или ультразвуковых методов исследования.

Теперь еще раз обратим внимание на такую новацию в действующей редакции «Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» МЗ РФ (2001 г.): «Диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических тестов... При первичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 6 часов (в предыдущей редакции было 12 часов — *авт.*) ...Данный период наблюдения может быть сокращен, если сразу же после установления выпадения функций мозга ... проводится двукратная ангиография магистральных артерий головы, выявляющая прекращение мозгового кровообращения... *В данной ситуации смерть мозга констатируется без дальнейшего наблюдения*» (выделено нами — *авт.*). Ни для кого не секрет, что приведенная новация Инструкции очень важна для решения наиболее острой проблемы трансплантологии — дефицита донорских органов. Но ведь одновременно данная ситуация ставит нас перед вопросом о судьбе научной истины в современном обществе.

В самом деле: насколько эта новация отражает современный мировой уровень научного изучения проблемы смерти мозга; насколько обсуждаемый нормативный акт (преимущественно юридического характера!) является результатом консенсуса среди наиболее авторитетных отечественных ученых по разрешению спорных моментов проблемы смерти мозга, с учетом междисциплинарного характера этой проблемы. Очевидно, что ответы на подобные вопросы могут дать только сами ученые. Мы же, преимущественно анализируя методологические аспекты проблемы, можем только формулировать эти вопросы, попутно заметив: одним из факторов, способствующих искажению научной истины, является монополизм в науке отдельных научных школ, ученых и т. д. Ранее уже говорилось, что, например, в Польше признание новой дефиниции смерти стало возможным лишь тогда, когда в 1990 г. была выработана «Позиция Всепольских групп в областях анестезиологии, интенсивной терапии, неврологии, нейрохирургии и судебной медицины по вопросу о критериях смерти головного мозга»²⁰⁵.

²⁰⁵ Вихровски М. Право на жизнь/Пер. с польск.: Игор Закшевски. Варшава, 2005. С. 3.

Итак, говоря о диагностике состояния смерти мозга, мы имеем дело только с «относительной истиной», и сама эта истина достигается консенсусом специалистов. Тогда возникает предельно важный вопрос: можем ли мы, владея всего лишь «относительной истиной», выносить заключение, что человек умер? Для кого-то (солидарных с «позицией Петровского») положительный ответ на этот вопрос вообще недопустим. Если же признать право других людей давать все-таки положительный ответ на этот вопрос («позиция Неговского»), то следует подчеркнуть: *в каждом случае диагностики смерти мозга должны, безусловно, выполняться соответствующие профессиональные стандарты, причем — обязательно соотнесенные с международным опытом.* Такое дело, как диагностика смерти мозга, не может быть доверено медикам, профессиональная подготовка которых хоть в каком-то отношении (не только — научном, но и профессионально-этическом, правовом) не соответствует мировому уровню.

Еще раз подчеркнем: проблема смерти мозга является открытой научной проблемой. Любые вновь открывающиеся обстоятельства (клинические наблюдения, научные факты) в исследовании этой проблемы должны опять и опять проходить проверку как аргументы «в защиту жизни» или «в защиту смерти».

Данный вопрос (допустимо ли на основании экспертного научного заключения, являющегося всего лишь «относительной истиной», признавать, что человек умер) приобретает дополнительную остроту, если его рассмотреть под углом зрения «врачебной ошибки». Не вдаваясь здесь в обсуждение многоаспектного понятия врачебной ошибки (при глубоком его рассмотрении обнаруживается, что позиции медиков и юристов подчас вообще не совместимы), мы имеем в виду профессиональную ошибку врача, причиной которой является «человеческий фактор». В плане обсуждаемой проблемы, прежде всего речь может идти о недостаточной профессиональной подготовке специалистов, правомочных ставить диагноз смерти мозга. Как в действующей (для «взрослых») отечественной Инструкции о смерти мозга, так и во всех проектах Инструкций, в которых их действие распространяется и на педиатрию, в качестве критерия профессиональной квалификации специалистов (реаниматолога-анестезиолога, невролога) указывается стаж работы по специальности не менее 5 лет. С нашей точки зрения, такой критерий является бюрократически-формальным, а вместо него нужен надежный механизм сертификации соответствующих специалистов.

При диагностике смерти мозга требования врачебной этики становятся своего рода категорическим императивом — в этой клинической ситуации *врачебные ошибки должны быть исключены*. Однако у Канта категорический императив — это «нравственный закон в нас» (в противоположность «звездному небу над нами»), а ситуация клинической диагностики смерти мозга требует совпадения идеального и реального, нравственного идеала и самой жизни.

И, конечно, должны быть исключены профессиональные злоупотребления. Излюбленные сюжеты желтой прессы о злоупотреблениях медиков, занятых в «черном бизнесе» донорских органов, в огромной массе случаев представляют собой фантомы, создаваемые самой желтой прессой. В то же время априорное исключение в условиях современной российской действительности преднамеренных злоупотреблений медиков в этой области было бы крайней наивностью. Логично предположить, что наиболее вероятной формой злоупотреблений здесь может стать несоблюдение всех профессиональных стандартов диагностики (например, сокращение сроков мониторингования таких пациентов, влияние, пусть даже завуалированное, службы донорства органов, врачей-трансплантологов на врачей — членов комиссии, устанавливающей диагноз смерти мозга). Беспристрастное, объективное катанестическое исследование на предмет строгости соблюдения профессиональных стандартов всех случаев изъятия донорских органов у пациентов с диагнозом смерти мозга, было бы чрезвычайно интересным и поучительным (если говорить о сердце и печени, то таких случаев было несколько сотен и почти все они были в Москве).

Нам осталось поставить последний, решающий, вопрос: как исключить врачебные ошибки и тем более — профессиональные злоупотребления при установлении диагноза смерти мозга? В конечном счете, все содержание и назначение «Инструкции о констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» направлены на решение этой задачи. В современном здравоохранении вряд ли есть другой такой пример клинической практики, где профессиональные (медико-научные) стандарты диагностики в равной мере были бы и юридическими. В Инструкции, во-первых, излагаются клинические признаки смерти мозга; во-вторых, предписывается использование необходимых диагностических средств и методов (в том числе — аппаратных); в-третьих, определяется состав врачебной комиссии (консилиума), уполномочен-

ной (ого) выносить диагностическое заключение о смерти мозга (с предписанием — не включать в комиссию врачей, заинтересованных в трансплантации органов или тканей); в-четвертых, определяется срок мониторингования больного, в течение которого абсолютно все признаки смерти мозга должны сохраняться. Само собой разумеется, что в содержании этого документа *ни один существенный пункт не может быть признан легитимным, если он противоречит современному мировому уровню научного изучения, осмысления проблемы смерти мозга.*

Что касается состава комиссии, опять хочется напомнить о позиции профессора Л.М. Поповой в 1992 г. Она (в отличие от А.А. Старченко — см. приведенное нами его экспертное заключение на «Порядок по констатации...») считала, что комиссия должна обладать профессиональной независимостью, и по этой причине в нее не должны входить не только врачи, имеющие отношение к трансплантации, но и лечащий врач-реаниматолог²⁰⁶.

Однако, даже создав такой совершенный в научном отношении документ, приходится решать задачу неукоснительного соблюдения абсолютно всех стандартов диагностики в каждом отдельном клиническом случае смерти мозга. В решении этой задачи есть два аспекта — юридический (и шире — административно-институциональный) и профессионально-этический. Еще раз подчеркнем: диагностическое заключение о состоянии смерти мозга у пациента является основанием признания его мертвым, тем самым как бы «разрушается гордиев узел» многих противоречий, включая и такое — с точки зрения здравого смысла многих людей (в особенности, если это родители пациента-ребенка) такой пациент еще жив. Учитывая исключительный характер такого рода врачебного заключения, как мы полагаем, *должен быть создан механизм контроля в виде независимой экспертизы соблюдения профессиональных стандартов в каждом отдельном клиническом случае смерти мозга.*

Следование «подходу Петровского», конечно, проще: ведение такого больного остается в рамках традиционной клинической модели, с учетом того, что речь идет о крайне тяжелом состоянии. Следование «подходу Неговского» неизбежно оборачивается тем, что мы попадаем в пространство биоэтических дилемм, приемлемое социальное разрешение которых требует от государства и об-

²⁰⁶ Попова Л.М. Этические проблемы, возникающие при диагностике смерти мозга//Анестезиология и реаниматология. 1992. № 4. С. 71.

щества *дополнительных гарантий защиты прав и достоинства человека*. Например, каждый случай недобровольной госпитализации пациента в психотическом состоянии, когда решение врача скорой психиатрической помощи должно быть неотложным, пусть в отсроченном, но обязательном порядке, рассматривается в суде — на предмет неукоснительного соблюдения здесь всех профессиональных стандартов (подтвержденного клинического диагноза, а также наличия очевидных фактов в поведении больного, свидетельствующих, например, о «непосредственной опасности для себя или окружающих»).

Профессионально-этическая сторона дела, в свою очередь, имеет следующие аспекты. Прежде всего, нужен междисциплинарный научный диалог по всем аспектам проблемы смерти мозга, включая этические. В системе профессионального медицинского образования проблема смерти мозга должна стать тем модульным форматом, в рамках которого будут углубленно изучаться различные аспекты данной проблемы в курсах реаниматологии, биоэтики, медицинского права, философии и т. д. Наш многолетний опыт приема кандидатских экзаменов по философии и биоэтике у дипломированных отечественных врачей выявляет очень низкий уровень их знакомства с содержанием проблемы смерти мозга в целом и ее этических аспектов в особенности. К сожалению, даже некоторые врачи с сертификатом анестезиолога-реаниматолога не в состоянии, например, грамотно разграничить смерть мозга и апаллический синдром. Об этом же с тревогой писала в свое время Л. М. Попова: «... создается впечатление о недостаточной осведомленности ... врачей-реаниматологов об уникальном состоянии организма человека, при котором наступает смерть мозга при работающем сердце»²⁰⁷.

Осмысление этической дилеммы смерти мозга отечественными реаниматологами-анестезиологами, неврологами, неонатологами и т. д. должно стать одним из критериев формирования профессиональной идентичности этих специалистов

Подведем итоги нашего анализа клинического состояния «смерть мозга» как нового образа, нового смысла смерти человека. Речь идет о подлинно революционном событии в современной научной медицине, современном здравоохранении. Начиная

²⁰⁷ Попова Л. М. Этические проблемы, возникающие при диагностике смерти мозга // *Анестезиология и реаниматология*. 1992. № 4. С. 70.

с 70-х гг. XX в., в различных странах пациенты с диагнозом смерти мозга признаются умершими, в нашей стране — с 1985 г.

Проблема смерти мозга в педиатрии имеет дополнительные сложности, в силу чего ни в СССР, ни в современной России диагноз смерти мозга не считался и пока так и не считается основанием врачебного заключения о смерти пациента-ребенка. Эти дополнительные сложности не могут быть непреодолимым препятствием для распространения на педиатрию новой концепции смерти человека (как смерти мозга).

Затянувшийся с 2002 г. процесс разработки нормативного юридического акта, регламентирующего констатацию смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга, необходимо завершить в ближайшем будущем. Завершение этой работы должно неукоснительно соответствовать условию: ни один существенный пункт этого документа не может быть признан легитимным, если он противоречит современному мировому уровню научного изучения, осмысления проблемы смерти мозга.

С учетом опыта позитивного решения аналогичных биоэтических дилемм (биомедицинские и поведенческие исследования на людях, недобровольное психиатрическое лечение и т. д.), практика констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга (включая несовершеннолетних) допустима при условии создания особого социального механизма защиты прав и достоинства человека (пациента, его родителей и т. д.).

Проблема смерти мозга исходно является проблемой реаниматологии (как науки и клинической практики), однако эта проблема неизбежно находит продолжение в трансплантологии. Отрадно отметить, что принятый в ноябре 2011 г. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (№ 323), учитывая особый драматизм клинической ситуации, когда донором органов и (или) тканей является ребенок, посмертное изъятие донорского материала у пациента-ребенка, признанного умершим на основании диагноза смерти мозга, *допускает осуществлять на основе фактически испрошенного согласия родителей (т. е. принципа презумпции несогласия)*. При этом в действующем Законе о трансплантации (1993 г.) прописан принцип презумпции согласия, где изъятие донорских органов не допускается только в тех случаях, когда умерший при жизни заявлял (юридически достоверно, т. е. письменно или устно, но в присутствии свидетелей) о несогласии быть донором, или имеется письменное свидетельство о таком несогласии его близких родственников или законных представителей. Есть ли здесь противоречие между

двумя Законами (1993 г. и 2011 г.) — пусть решают юристы. Мы же, возвращаясь к Закону 2011 г., отметим исключительно важное для современной России следствие, вытекающее из узаконивания принципа презумпции несогласия в отношении детей. Изъятие для целей трансплантации органов и тканей у *детей-пациентов с диагнозом смерти мозга, лишенных попечения родителей, вообще недопустимо, поскольку не может быть выполнено требование закона — «испрошенное согласие родителей».*

2.3. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НОВОЙ ДЕФИНИЦИИ СМЕРТИ (СМЕРТИ МОЗГА)

Методологические основания легитимации диагноза мозга практически не представлены в отечественной научной литературе. В зарубежных опубликованных работах особое внимание уделяется поиску концептуальных уровней дискуссии о смерти мозга. В 1973 г. А. Carron и L. Kass²⁰⁸ выделили 4-х уровневое концептуальное основание диагноза смерти мозга. Оно подразумевает прояснение таких понятий, как

- базисный концепт;
- генеральные физиологические стандарты;
- операциональные критерии (апноэ, кома, остановка сердца)
- специфические тесты.

На первом базисном (атрибутивном) уровне вводятся антропологические параметры, и возводится этический фундамент дефиниции смерти. Таким образом, «Кто умирает?» является центральным вопросом этого уровня.

Второй уровень непосредственно связан с первым: дефиниция смерти относится к субъекту смерти и определяет вследствие этической и логической рефлексии потерю приписываемых субъекту атрибутов. Основные вопросы этого уровня рассуждения — «Что такое смерть?», «Что такое конец человеческого бытия?».

²⁰⁸ Попова Л. М. Нейрореаниматология. М.: Медицина, 1983. С. 156.

И первый, и второй уровни носят принципиально неэмпирический характер.

Третий уровень. Дефиниция смерти мозга обуславливает проявление критерия смерти мозга. Критерий смерти мозга — признак, который позволяет врачу устанавливать необратимость перехода границ между жизнью и смертью. «Как можно распознать наступившую смерть?» — основной вопрос этого уровня.

Четвертый уровень отражает доказательство критериев смерти мозга, которое проводится с помощью диагностических тестов. На уровне диагностического тестирования определяются методы исследования, которые способны с наибольшей степенью достоверности доказать определяемый критерий смерти мозга.

Таким образом, существует отчетливое различие между нормативным философским, этическим пониманием смерти и эмпирической методикой (на уровне естественнонаучного объяснения), предназначенной для выявления критериев смерти мозга, обсуждения диагностических тестов и т. д.

В истории отечественной диагностики смерти мозга исключительную важность прояснения методологических аспектов, в частности, вопроса строгой дефиниции смерти мозга подчеркивала почти 30 лет назад Л. М. Попова: «Использование однозначной терминологии и единых клинических представлений о смерти мозга совершенно необходимо для крайне ответственного решения о признании смерти человека при работающем сердце в условиях ИВЛ»²⁰⁹.

Как отмечалось выше, французские неврологи Р. Mollaret и М. Goulon, впервые описавшие клинический статус смерти мозга, предложили термин *coma dépassé* (*запредельная кома*). Прежде чем для обозначения данного клинического состояния закрепилось название «смерть мозга», другие авторы предлагали другие термины: «острая анэнцефалия» (J. Warter и соавт., 1962), «деанимация» (W. Kramer, 1963), «искусственно продолженная агония» (F. Morl, 1967), «редуцированная жизнь» (J. Gerlach, 1968), «тотальный инфаркт мозга» (H. Schneider и соавт., 1969), «респираторный мозг» (W. F. McCormic, N. S. Halmi, 1970), «неоморт» (W. Gaylin, 1974), «прижизненная смерть мозга» и т. д. Термин «смерть мозга» стали

²⁰⁹ Там же.

использовать авторы: J. Gerlach (1969), H. Schneider (1970), В. А. Неговский, А. М. Гурвич (1977)²¹⁰.

Характерно, что в первой отечественной клинической работе, посвященной смерти мозга, профессор Л. М. Попова в 1976 г. использует термин Р. Mollaret и М. Goulon «запредельная кома»²¹¹, а в своей монографии «Нейрореаниматология» отдельную главу называет «Смерть мозга (запредельная кома)» (17, с. 155). В другой фундаментальной отечественной работе Н. К. Пермякова, А. В. Хучуа и В. А. Туманского «Постреанимационная энцефалопатия» глава, посвященная смерти мозга, называется «Изолированный тотальный некроз головного мозга»²¹².

Само по себе множество научных терминов, обозначающих одно и то же явление, заслуживает того, чтобы стать предметом методологического анализа. С нашей точки зрения, практически все они по-своему «научно легитимны», поскольку сформулированы в соответствии с клинической парадигмой. При этом разные авторы, совершенно правильно считая, что речь идет о принципиально новом явлении, имеющем фундаментальное значение для биомедицинской науки, стремились идентифицировать это явление как новый, неизвестный ранее клинический синдром. То фиксируется патогномичный симптом «апноэ» (отсутствие самостоятельного дыхания), то подчеркивается уникальность клинической ситуации — абсолютная безуспешность реанимации (деанимация), то подчеркивается расщепление классического клинического критерия смерти, когда в организме одновременно присутствует спонтанная деятельность сердца, но необратимо отсутствует самостоятельное дыхание (диссоциированная смерть) и т. д.

Вообще, развитие реаниматологии с самого начала сопровождается какой-то особой неопределенностью, неясностью используемых здесь базовых категорий. Эта неопределенность и неясность обнаружилась, например, при переводе с русского на немецкий язык такого термина, как «клиническая смерть» (ко-

²¹⁰ Пермяков Н. К., Хучуа А. В., Туманский В. А. Постреанимационная энцефалопатия. М.: Медицина, 1986. С. 149; Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. С. 226.

²¹¹ Попова Л. М. Запредельная кома при инсульте//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1976. № 8. С. 1121–1126.

²¹² Пермяков Н. К., Хучуа А. В., Туманский В. А. Постреанимационная энцефалопатия. М.: Медицина, 1986. С. 149.

торый, как известно, наряду с термином «биологическая смерть», ввел в научный оборот В.А. Неговский). Термин «клиническая смерть» был переведен по-немецки как «видимая (а точнее — кажущаяся, мнимая) смерть» (Scheintod).

А.П. Зильбер вообще предлагает отказаться от терминов «клиническая смерть» и «биологическая смерть»: «... слова *клинический*, *клиника* относятся к жизни, а к смерти относятся слова *морг*, *прозекторская* ... поэтому *клиническая смерть* — мало совместимые слова ... Вероятно, сегодня следует от него (термина *клиническая смерть* — *авт.*) отказаться и заменить принятым во всем мире термином *остановка сердца и дыхания*. Этот термин не противоречит понятию *жизнь*... При использовании же термина *клиническая смерть* мы не можем обойтись без дополнительного понятия *биологическая смерть*, применение которого столь же противоречиво, как и термина *клиническая смерть* ... в различных тканях, органах жизнедеятельность прекращается не одновременно — и в функциональном, и в морфологическом отношении; следовательно, термин *биологическая смерть* также требует дополнительных разъяснений»²¹³.

В формально-логическом плане приведенная позиция А.П. Зильбера не вызывает никаких возражений, однако, с нашей точки зрения, подлинный смысл понятий «клиническая смерть», «биологическая смерть», «смерть мозга» не исчерпывается их формально-логическим анализом, но требует междисциплинарной экспертизы.

Суть дела здесь, конечно, в ключевом понятии «смерть». В сознании современного человека смысл понятия «смерть» является как бы многосоставным: наряду с научно-медицинским содержанием (включающем достоверные эмпирические данные и непротиворечивые теоретические интерпретации, объяснения сущности предмета) в нем всегда будут представлены философские или теологические концепты и, в конечном счете, оказывается «зашифрован» определенный социокультурный контекст. Выражаясь лапидарно, можно сказать: смерть — это то, что считается таковой в данной культуре.

Конечно же, прав Г.К. Бичер — заведующий кафедрой анестезиологии Гарвардского университета, руководитель научного проекта по созданию «Гарвардских критериев» смерти мозга (1968):

²¹³ Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского ун-та, 1998. С. 112–113.

можно дать научное и теологическое определение смерти, но невозможно дать юридическое²¹⁴.

В России в 1993–2011 гг. юридическое решение проблемы смерти мозга регулировалось «Основами законодательства об охране здоровья граждан» и Федеральным законом «О трансплантации органов и тканей». В ст. 46. «Определение момента смерти человека» («Основы...») говорится, что вопрос критериев смерти — это компетенция МЗ РФ. В ст. 9 «Определение момента смерти» («Закон о трансплантации органов и тканей») подчеркивается, что факт констатации смерти должен быть бесспорным, а далее (впервые не в ведомственном подзаконном акте, но на уровне буквы Закона) отождествляется заключение о смерти и констатация смерти мозга, установленная в соответствии с процедурой, утвержденной МЗ РФ. В пересмотренных в настоящее время «Основах законодательства об охране здоровья граждан» (проект был открыт для общественного обсуждения!), нормы приведенных двух законодательных актов, регулирующие практику констатации смерти, объединены в один документ (ФЗ № 323). И опять Законодатель прекрасно понимает — его дело заключается не в определении понятия «смерть», но в формулировании правовых норм, регулирующих практики здравоохранения в ситуациях, когда врачи сталкиваются с клиническим статусом смерти мозга. Законодатель — это некий коллективный субъект, включающий политическую элиту, медицинское сообщество, отечественных юристов (преимущественно специалистов медицинского права), выполняющий «социальный заказ» — дать юридическую трактовку понятия смерти мозга. Разумеется, собственно правовая часть работы здесь исключительно важна: сформулировать текст Закона юридически корректно, т. е. в соответствии с историей юриспруденции, а также международного права.

Далее приведем свидетельство американского философа Д. Уиклера — авторитетного члена Президентской комиссии по биоэтике, рассматривавшей проблему смерти мозга в 1981 г. (ввиду весьма разных подходов к ее решению не только в отдельных штатах, но и в разных клиниках, госпиталях): «Мир клинической медицины и закона нуждается в какой-то дефиниции смерти, и, своим путем, будет развивать ее. Что такое смерть *на самом деле*

²¹⁴ Там же. С. 113.

... (по стандартам профессиональных философов) будет оставаться эзотерическим пониманием»²¹⁵.

Кому-то это суждение специалиста в области философии и биоэтики покажется излишне скептическим, однако его резонность оправдывается кардинальным отличием философского знания от знания в современном естествознании. Философские истины принципиально плюралистичны, что такое жизнь и смерть совершенно по-разному объясняют Демокрит и Гегель (V в. до н.э. и начало XIX в.), Энгельс и Шелер (вторая половина XIX и первая половина XX вв.).

С нашей точки зрения, обсуждение и решение проблемы дефиниции смерти мозга требует прояснения, анализа следующих принципиальных вопросов.

Наиболее употребляемый сегодня термин «смерть мозга» на русском языке более точно означает *гибель головного мозга* — так мы хотя бы сколько-то уменьшаем «груз лингвистических коннотаций» в слове «смерть». Этот момент подчеркивают многие авторитетные отечественные авторы, например, А. П. Зильбер (1998): суть состояния смерти мозга «состоит в сохранении спонтанных сердцебиений и кровообращения на фоне искусственной вентиляции легких, инфузионной и медикаментозной терапии при *полной и необратимой гибели головного мозга*»²¹⁶ (курсив наш — авт.).

По поводу первоначального термина P. Mollare и M. Goulon Л. М. Попова пишет: «Запредельная кома — понятие условное. Оно не является новым видом комы или следующей стадией ее, поскольку уже произошла *тотальная гибель мозга* и фактически человек умер» (курсив наш — авт.). В фундаментальном Докладе Президентской комиссии по биоэтике США (декабрь 2008 г.)²¹⁷ его авторы тоже предпочли термин «*тотальное повреждение мозга*».

В данном докладе, в частности, подчеркивается, что термин «тотальное повреждение мозга», преимущественно используемый

²¹⁵ Уиклер Д. Определение смерти: задача для философов?/Пер. с англ. Л. В. Коноваловой//Коновалова Л. В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Вып. 1: Биоэтика и экология. Приложение 2. М.: ИФ РАН, 1998. С. 187.

²¹⁶ Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского ун-та, 1998. С. 137.

²¹⁷ Controversies in the Determination of Death A White Paper of the President's Council on Bioethics Washington, DC December 2008 -http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf

в докладе, подчеркивает необратимое состояние пациента. Таким образом, авторы предлагают использовать понятие «тотального и необратимого» повреждения мозга.

Авторы Доклада отмечают, что выбор любого термина выглядит в любом случае произвольным. Тем не менее, исследование силы и слабости различных терминов оказывается полезным в понимании клинических и патофизиологических фактов.

В таблице, заимствованной нами из Президентского Доклада по биоэтике, представлены наиболее распространенные в западной медицине термины. Они, как правило, рассматриваются как идентичные для обозначения диагноза «смерти мозга».

Таблица 1 ²¹⁸

Term	Sources
(Whole/Total) Brain Death	Смерть всего мозга. Термин наиболее распространенный сегодня.
Total Brain Failure	Тотальное повреждение мозга. Термин, преимущественно используемый в данном докладе.
Coma Dépassé («Beyond Coma»)	Mollaret and Goulon, 1959. «Запредельная кома»
Irreversible Coma	Harvard committee, 1968. Необратимая кома
(Total) Brain Infarction	Ingvar, 1971; Shewmon, 1997 Тотальный инфаркт мозга
Irreversible Apneic Coma	Zamperetti, et al., 2004 Необратимая апнеическая кома
Brain Arrest	Остановка мозга Shemie, et al., 2006

Подавляющее большинство сторонников отождествления диагноза смерти мозга и смерти человеческого индивида убеждены, что у больного с таким диагнозом головной мозг как структура разрушен. Приведем определение А.М. Гурвича (1997 г.), данное на основе зарубежных подходов к смерти мозга: «Смерть мозга — это необратимое, определяемое глобальной деструкцией мозга (курсив наш — авт.) исключение возможности обеспечения моз-

²¹⁸ Controversies in the Determination of Death A White Paper of the President's Council on Bioethics Washington, DC December 2008 -http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf

гом осознанного контакта индивидуума с окружающей средой, его реакций на внешние воздействия, осуществляемых путем рефлексов, замыкающихся через головной мозг, и обеспечения основных жизненных функций — самостоятельного дыхания и поддержания артериального дыхания и гомеостаза в целом. Поэтому организм в состоянии смерти мозга обречен на смерть в традиционном понимании — на остановку сердца — в пределах ближайших дней или (редко) 2 нед., очень редко — в течение большего времени»²¹⁹.

Совершенно четко такая направленность мысли прослеживается у Л. М. Поповой, что для нас особенно важно, поскольку речь идет о позиции клинициста, принимавшего окончательное решение: этот человек *еще жив* или *уже мертв*. В своей статье «Смерть мозга» в Большой медицинской энциклопедии (1985 г.) проф. Л. М. Попова писала: «Смерть мозга — патологическое состояние, связанное с *тотальным некрозом головного мозга*, а также первых сегментов спинного мозга, при сохранной сердечной деятельности и газообмене, обеспеченном с помощью непрерывной искусственной вентиляции легких... Достоверным морфологическим признаком смерти мозга является некроз полушарий головного мозга, мозжечка, мозгового ствола, первого и второго шейных сегментов спинного мозга, не сопровождающийся глиальной реакцией и завершающийся *лизисом ткани мозга*»²²⁰ (курсив наш — авт.).

В своей монографии «Постреанимационная энцефалопатия» (1985 г.) патологоанатомы Н. К. Пермяков, А. В. Хучуа и В. А. Туманский главу, посвященную смерти мозга, подчеркивая морфологический критерий разрушения мозга, называют «Изолированный тотальный некроз головного мозга»²²¹.

Вероятно, наиболее категорично такую позицию выразил клиницист и философ А. П. Зильбер: «На фоне искусственной вентиляции легких, медикаментозной, инфузионной терапии и коррекции метаболизма жизнедеятельность остальных органов продолжается, но *головной мозг некротизируется*, и следовательно, *последующая жизнь не является существованием живого человека, а пред-*

²¹⁹ Гурвич А. М. Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга//Биомедицинская этика/Под ред. акад. РАМН В. И. Покровского. М.: Медицина, 1997. С. 19.

²²⁰ Попова Л. М. Смерть мозга/БМЭ. Т. 23. М.: Советская энциклопедия, 1985. С. 453.

²²¹ Пермяков Н. К., Хучуа А. В., Туманский В. А. Постреанимационная энцефалопатия. М.: Медицина, 1986. С. 149–174.

ставляет собою лишь форму существования белковых тел»²²² (курсив наш — авт.)

В то же время большинство дефиниций клинического состояния (синдрома) смерти мозга определяют у таких больных *необратимое отсутствие всех функций головного мозга*. Например, в авторитетном американском руководстве «Клиническая анестезиология» (2004 г.) говорится: «Смерть мозга — это необратимое прекращение всех функций мозга; в некоторых случаях необходимо подтвердить смерть ствола мозга ...»²²³. Особенно важны такие дефиниции в нормативных (этических и юридических) документах. Ныне действующая отечественная Инструкция по констатации смерти на основании диагноза смерти мозга (2001 г.) дает такое определение: «Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких». По сути такая же дефиниция в нормативном акте «Критерии смерти мозга и возможности взятия органов трупа для трансплантации в Нью-Йоркском госпитале»: «Смерть мозга означает необратимую утрату жизненно важных функций мозга»²²⁴.

В своей монографии «Смерть мозга» А.Э. Уолкер выделяет специальный раздел: «Смерть — утрата функций мозга или разрушение его структуры?» Здесь он, в частности, приводит категорическое мнение Р.Н. Вурне и соавторов, опубликованное в 1979 г. в JAMA (излагая это мнение своими словами): «... утрата функций и разрушение обеспечивающих ее структур — понятия неравнозначные ... Более того, они считают, что и необратимая утрата функций мозга не тождественна его разрушению, т. е. истинной смерти мозга ... До тех пор, пока речь идет лишь о необратимой утрате функций, а не о полном анатомическом разрушении структуры, человека следует считать живым»²²⁵. Важно добавить, что Р.Н. Вурне и соавторы как раз относятся к той немногочисленной группе на-

²²² Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского ун-та, 1998. С. 138–139.

²²³ Морган-мл. Дж. Э. и соавт. Клиническая анестезиология: кн. 3/Пер. с англ. М.: БИНОМ-пресс, 2004. С. 248.

²²⁴ Цит. по: Плам Ф., Познер Дж. Диагностика ступора и комы/Пер. с англ. М.: Медицина, 1986. С. 463.

²²⁵ Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. С. 223–224.

учно-медицинского сообщества, представители которой не признают тождественность таких понятий, как смерть мозга и смерть человека.

Наша позиция не столь категорична, как у Р.Н. Byrne и соавторов, однако мы убеждены: при использовании понятий «смерть», «гибель», отражающих сущность клинической реальности смерти мозга, нельзя упускать из вида различие этих двух аспектов — функционально-физиологического и структурно-морфологического. Необходимо подчеркнуть: в некоторых странах в самих нормативных актах, придающих силу закона новой концепции смерти, среди критериев смерти мозга подчеркивается факт разрушения его структуры. Например, в Великобритании: «не поддающиеся лечению структурные поражения мозга»; в Японии: «у больного обязательно должно быть необратимое органическое поражение мозга».

В числе многочисленных лабораторных методов исследования, подтверждающих диагноз смерти мозга, предлагалось и биопсическое исследование мозга, которое производится путем прямого хирургического вмешательства, однако этот метод был признан клинически, научно необоснованным: «Если не делать множества трепанационных отверстий и биопсии мозгового вещества в различных отделах полушарий и ствола мозга, ни хирург, ни патолог до наступления смерти не смогут утверждать, что оставшееся мозговое вещество также погибло. Кроме того, микроскопическое исследование извлеченного и фиксированного биопсического материала является заведомо неадекватным методом оценки жизнеспособности мозговой ткани»²²⁶.

Налицо своеобразная гносеологическая неопределенность: с одной стороны, новая концепция смерти как смерти мозга предполагает гибель, разрушение структуры головного мозга у такого больного, а с другой — верифицированного подтверждения этого медицинского факта не может быть в принципе. Предположение о гибели структуры головного мозга пациента с диагнозом «смерть мозга» выражено формулой «*необратимое отсутствие всех функций*», которое, в свою очередь, основывается на двух аргументах. Первый — патоморфологический, т.е. данные вскрытий; второй — клинический, опирающийся на сроки выживаемости таких пациентов — длительности состояния смерти мозга в усло-

²²⁶ Плам Ф., Познер Дж. Диагностика ступора и комы/Пер. с англ. М.: Медицина, 1986. С. 473–474.

виях продолжающейся реанимации до окончательной остановки сердца. Далее мы рассмотрим первый из этих аргументов.

Приведем обоснование в 1983 г. патоморфологического аргумента Л. М. Поповой (имеющей, что исключительно важно, соответствующие собственные исследования)²²⁷: «Достоверным морфологическим признаком смерти мозга является некроз полушарий головного мозга, мозжечка, ствола, I и II шейных сегментов спинного мозга ... Процесс заканчивается лизисом мозгового вещества с вытеканием мозгового детрита ... морфологический диагноз смерти мозга может быть поставлен спустя 12–24 ч. после установления ее клинического диагноза при условии исследования всего головного и спинного мозга. Если прошло 5–6 ч. после установления клинического диагноза смерти мозга и в условиях ИВЛ наступила смерть в результате остановки сердца, то морфологически в мозге еще не обнаруживаются характерных признаков некроза вещества мозга ...»²²⁸.

А теперь приведем некоторые данные патоморфологических исследований из монографии А. Э. Уолкера «Смерть мозга», вышедшей в США в 1985 г. *Макроскопическая картина*: «Если не считать набухшие и отечные извилины, некоторые препараты мозга кажутся вполне нормальными... а некоторые выглядят как бесформенные рыхлые массы, разрушающиеся при попытке извлечь их из полости черепа. Ствол мозга разорван, часто во многих местах ... Приблизительно в 10% случаев мозг на срезах внешне выглядит нормально, но более чем в 50% случаев белое вещество отечно и размягчено». Здесь же автор приводит таблицу частоты размягчения мозга в зависимости от продолжительности вентиляции легких: всего из 217 наблюдений случаев размягчения было у 139 (64%), а из тех, кто находился на аппаратном дыхании более трех суток, размягчение было у 62 (70% всей данной выборки)²²⁹.

Гистологические изменения: «В случаях смерти мозга данные микроскопического исследования головного и спинного мозга варьируют в широких пределах: от практически полной сохранности ткани мозга до резкой дезинтеграции структур нервной ткани ...

²²⁷ Людковская И. Г., Попова Л. М. Морфология и патогенез смерти головного мозга при инсульте // Арх. пат. 1978. № 9. С. 48–54.

²²⁸ Попова Л. М. Нейрореаниматология. М.: Медицина, 1983. С. 156.

²²⁹ Уолкер А. Э. Смерть мозга / Пер. с англ. / Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. С. 157, 159.

Ствол мозга выглядит неизменным в 15% случаев ... Нижние отделы продолговатого мозга ... более всего страдают от смещения и вклинения миндалин мозжечка... В коре большого мозга обычно обнаруживают выраженные патологические изменения, отсутствующие лишь в редких случаях... Если жизнь больного поддерживают в течение нескольких дней, островки ишемического поражения нейронов в зонах нейролизиса рассеиваются по всей коре. Местами такие хронические изменения приобретают вид ламинарного некроза. В целом кора мозга вовлекается в патологический процесс в большей степени, чем белое вещество, но в случаях, когда больные живут в течение нескольких недель, множественные или диффузные патологические изменения возникают и в белом веществе, а в коре встречаются отдельные островки сохранной ткани»²³⁰.

Мы отдаем себе отчет, что приводя столь обширные извлечения из монографий Л.М. Поповой и А.Э. Уолкера, мы вынуждены вырывать их из контекста. Однако и с учетом этой оговорки очевидно существенное различие в приведенных позициях. У американского ученого оценка патоморфологических данных, которые бы позволили безоговорочно судить о тождестве понятий «утрата функций» и «разрушение структуры», не столь категорична и как бы оставляет простор для философского скептицизма. При этом оба автора демонстрируют в своих работах самый высокий научный уровень. Следует подчеркнуть: оба они — убежденные сторонники новой концепции смерти. Что же касается некоторого различия в трактовке у них «патоморфологического аргумента», то дело здесь, с нашей точки зрения, в философском, социокультурном аспекте проблемы смерти мозга.

Современная философия и социология науки существенно скорректировали смысл понятия объективности научного знания, сосредоточив внимание на строгих критериях научных фактов, научных теорий, а далее — на динамике научного знания, поскольку наука — это не только знание, но и социальный институт, и доминирующий фактор культуры в современном обществе. Как писал Б.Г. Юдин: «Само добывание фактов, сбор эмпирического материала предполагает принятие тех или других концептуальных схем ... Научный факт — это не явление само по себе, а некоторая познавательная конструкция ... научный факт, содержащий элемент

²³⁰ Там же. С. 163, 167.

гипотетичности, в определенном смысле конструируется в процессах взаимодействия между учеными»²³¹.

Если в СССР признанием новой дефиниции смерти на рубеже 1970–1980-х гг. были озабочены только ученые и врачи (В. А. Неговский, А. М. Гурвич, Л. М. Попова и др.), то в США эта проблема в 1981 г., накануне издания монографии А. Э. Уолкера, была подвергнута самому настоящему междисциплинарному «мозговому штурму», в котором юристы и философы играли такую же важную роль, как и сами ученые-медики. Именно это обстоятельство определило, как мы полагаем, различные акценты в трактовке «патоморфологического аргумента» советским ученым, с одной стороны, и американским — с другой.

В том-то и дело, что спорность новой дефиниции смерти (как и споры вокруг аборта, эвтаназии и т. д.) относятся к такого рода реальности, которую П. Д. Тищенко назвал «жизненные апории»²³². Как известно, апория — это непреодолимое противоречие, возникающее при самом основательном, самом строгом научном анализе проблемы. Поэтому характерно следующее суждение А. М. Гурвича (одного из авторов первых редакций текста отечественной «Инструкции о констатации смерти на основании диагноза смерти мозга»): «... врач *должен верить* в тождество смерти мозга и смерти человека»²³³ (курсив наш — авт.).

Этически ответственное обсуждение дефиниции смерти мозга непременно предполагает сравнительный анализ, по крайней мере, трех научных концепций, которые профессор А. М. Гурвич формулировал так: «Согласившееся ... принять критерием ... смерти смерть мозга общество столкнулось с тремя определениями смерти мозга: 1) гибель всего мозга, включая его ствол, с необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания и исчезновением всех стволовых рефлексов ...; 2) гибель ствола мозга (могут сохраняться признаки жизнеспособ-

²³¹ Юдин Б. Г. Предисловие (От издательства)//Голдстейн М., Голдстейн И. Ф. Как мы познаем. Исследование процесса научного познания/Сокр. пер. с англ. А. Е. Петрова. М.: Знание, 1984. С. 14–15.

²³² Тищенко П. Д. Жизненные апории как начала биоэтики//Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 9: Проблемы биоэтики и гуманитарной экспертизы: биотехнология, психология и виртуалистика: Сб. науч. статей/Под ред. П. Д. Тищенко. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2009. С. 52–75.

²³³ Попова Л. М. Запредельная кома при инсульте//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1976. № 8. 1121–1126. С. 195.

ности полушарий мозга, в частности их электрическая активность ...); 3) гибель отделов мозга, ответственных за сознание, мышление, т.е. за сохранность человека как личности ...Споры по этому вопросу не только не утихают, но становятся все более острыми ...»²³⁴.

Подчеркнем, что все ведущие отечественные ученые (В. А. Неговский, Л. М. Попова, А. М. Гурвич, А. П. Зильбер, И. Д. Стулин, М. А. Пирадов, В. Г. Амчеславский и др.) являлись и являются сторонниками первой из названных выше концепций. Однако как совместить эту позицию с вышеприведенными словами А. М. Гурвича о нарастании остроты споров по этому вопросу?

Мы полагаем, что здесь следует применять методологический принцип *prima facie*, сформулированный в первой половине XX в. американским философом У. Д. Россом. Суть его в том, что в ситуации противоречия (конфликта) моральных принципов автономная личность принимает трудное решение следовать какому-то определенному принципу, как бы вынося другой принцип за скобки (не игнорируя и тем более — не зачеркивая этот последний). По этому поводу Б. Г. Юдин поясняет: «Тот факт, что обязательства, которые мы *вынуждены* нарушить, тем не менее не отбрасываются, а так или иначе принимаются во внимание, иногда выражают с помощью понятия «морального следа», то есть некоторого осадка, груза, который остается на совести из-за нарушения обязательства»²³⁵. Конечно, у У. Д. Росса речь идет о конфликте моральных принципов, мы же обсуждаем конкурирующие друг с другом научные концепции. В нашем анализе принцип *prima facie* важен, по крайней мере, в двух отношениях. Во-первых, универсальная природа научного знания исключает монополизм отдельных научных школ и, напротив, требует «пристрастного» осмысления научной позиции ученых-оппонентов. Во-вторых, смерть мозга как научная проблема является типичной проблемой постнеклассической науки, поскольку в само содержание такой проблемы как бы «встроены» вопросы аксиологического, этического порядка²³⁶. Достаточно

²³⁴ Гурвич А. М. Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга//Биомедицинская этика/Под ред. акад. РАМН В. И. Покровского. М.: Медицина, 1997. С. 192.

²³⁵ Юдин Б. Г. Природа этического знания//Введение в биоэтику: Учебное пособие/Под общ. ред. Б. Г. Юдина и П. Д. Тищенко. М.: Прогресс-Традиция, 1998. С. 52.

²³⁶ Иванюшкин А. Я. Современные реанимационные технологии и новая дефиниция смерти (смерть мозга)//Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 11: Гумани-

сказать, что только принятие первой концепции смерти мозга сделало возможной развитие в современных масштабах клинической трансплантологии.

Термин «смерть мозга» вытеснил все другие, смежные с ним, в силу следующих причин. Дискуссия вокруг клинического и социального статуса больных в состоянии «запредельной комы» неизбежно вышла за границы только клинической реальности. Масштабы и интенсивность этой дискуссии определялись не только причинами внутринаучного, но и вненаучного порядка, прежде всего — потребностями развития клинической трансплантологии. Важной особенностью этой дискуссии стал ее междисциплинарный характер: окончательное решение проблемы новой дефиниции смерти (как смерти мозга) оказалось делом не только врачей, ученых-медиков, но и философов, юристов и социологов. Термин «смерть мозга» стал общепринятым для обозначения запредельной комы именно потому, что в нем оказалась как бы зашифрованной новая концепция смерти человека как такового.

Есть еще один важный итог междисциплинарной дискуссии вокруг клинического синдрома смерти мозга, а в конце концов — нового определения смерти человека. Наряду с констатацией в современной медицине двух критериев смерти (классического как «биологической смерти» и нового как «смерти мозга») возникла необходимость создать не дуалистическое, а универсальное определение такого критерия.

Пример дуалистического критерия мы находим в уже упоминавшемся польском документе («Позиция Всепольских групп специалистов в области анестезиологии, интенсивной терапии, неврологии, нейрохирургии и судебной медицины по вопросу критериев смерти головного мозга»), где во вводных «Общих положениях», в частности, говорится: «В классической дефиниции смерти квалифицирующим фактором является окончательное прекращение кровообращения. Эта дефиниция имела и ныне имеет обоснованное широкое применение, за исключением тех случаев смерти, в которых особенно ярко проявился диссоциированный характер смерти. Это случаи, когда смерть уже охватила

тарное обеспечение инновационного развития биомедицинских технологий: Сб. науч. ст./Под ред. П. Д. Тищенко. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2010. С. 46.

головной мозг, а осталось кровообращение, действующее еще некоторое время»²³⁷.

Пример универсального определения еще в 1968 г. дал Гарвардский комитет (после чего новая концепция смерти стала распространяться во все мире): «Смерть — это прекращение спонтанного кровообращения и дыхания, сопровождающееся необратимым поражением всех функций головного мозга»²³⁸.

Если с помощью современных методов интенсивной терапии у пациента замещаются функции кровообращения и дыхания, но сохранены функции головного мозга, такой человек жив; если же погибли все функции головного мозга, и при этом дыхание и кровообращение поддерживаются искусственно, такой человек считается умершим

²³⁷ Вихровски М. Право на жизнь/Пер. с польск.: Игор Закшевски. Варшава, 2005. С. 23

²³⁸ Цит. по: Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского ун-та, 1998. С. 115.

2.4. ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ ПРОБЛЕМЫ СМЕРТИ МОЗГА В СВЕТЕ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ РАЗЛИЧИЙ

В западной научной литературе обращается внимание на ряд характерных трудностей употребления термина «смерть мозга». Понятие «смерть мозга» указывает на то обстоятельство, что существует более одного вида смерти. Курьезными выглядят встречающиеся записи в протоколах: «у пациента констатирована смерть мозга в 3 часа, а умер он через 2 дня»²³⁹.

Невозможность констатации четкого времени наступления смерти при диагностике смерти мозга вызывает вполне закономерный вопрос: что такое смерть? Это единая реальность, которая может быть описана достаточно ясно, или же современный человек имеет дело с качественно различными видами смерти? Возможно, смерть — это сложный феномен, требующий новых способов понимания и описания.

Смерть двоятся не только в отношении физического и метафизического плана. В эпоху биотехнологий смерть дана в технологическом и естественном плане. Технологическая смерть может оказываться предшественником смерти естественной. Пролонгируя умирание, медицинские технологии создают прецедент удержания смерти за счет растягивания процесса умирания в услови-

²³⁹ Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics. The President's Council on Bioethics. Washington, 2008.

ях артефактного (искусственного) существования. В таком случае сама смерть рассматривается как дар, поскольку процесс удержания, оттягивания смерти может стать невыносимой ношей для тех, кто подвергается мучительному процессу умирания (пациент) и кто становится соучастником данного процесса (врачи, родственники и т.д.).

Смерть утверждается (констатируется), а не просто наступает, не происходит с человеком, как с пассивно воспринимающим субъектом. Она вписана в рамки существующих научных конвенций и потому имеет легитимный статус. Естественная смерть такого статуса не имеет. Легитимность смерти «мозга» означает ее признание в качестве реальности эквивалентной биологической смерти и закрепление результата этого признания в соответствующих нормативных актах.

Естественная смерть не имеет легитимного характера, если только не понимать под легитимностью вынужденное, неоспариваемое молчаливое согласие со смертью как с правом самой природы распоряжаться одним из ее тел — человеческим телом. Напротив, легитимность технологического умирания и смерти — это попытка оспорить природный уровень легитимности, создать специфически человеческий проект смерти, проект, реализующийся в категориях контроля, удержания и дара смерти. Смерть как бы помещается обществом в ячейку, стены которой созданы не просто рамками закона, но и духом экспертного знания.

«Врач становится единственным легитимным «свидетелем» смерти. Остальные люди, умирая или сталкиваясь со смертью друго, при ней, однако, как бы не присутствуют»²⁴⁰.

Представление о том, что существует только один феномен смерти, подвергается эрозии неудачным использованием терминологии, за которым стоит гораздо более серьезный вопрос — об особом статусе смерти как смерти мозга. Реальность «смерти мозга» устраняет смерть как точечное событие, давая место осмыслению смерти как переходу, протяженности. Такого рода протяженность технологически детерминирована, однако она не устраняет возможности наступления точечного события. Смерть — переход от живого смертного (умирающего) организма к умершему, который хоть и является мертвым, тем не менее

²⁴⁰ Тищенко П. Био-власть в эпоху биотехнологий –http://polbu.ru/tischnko_bioauthority/ch16_all.html

обладает физическими характеристиками живого организма²⁴¹. Подвергается сомнению прежний статус человеческого существа, на физическом уровне определяемый естественными координатами жизни и смерти. Одно из предложений, выдвигаемых в связи с появлением новой реальности смерти, заключает в себе идею адекватного именованя существ, пребывающих в устойчивом вегетативном состоянии.

D. Lizza определяет их состояние как форму жизни, созданную медицинскими технологиями²⁴².

Констатация смерти мозга проблематизирует не столько состояние мозга, сколько статус человеческого индивида, имеющего это состояние. В данной позиции нет имплицитно заложенного тождества между смертью индивида и смертью мозга. Статус индивида (определение его как живого или мертвого) может однозначно не детерминироваться смертью его мозга. В этом контексте целое (индивид) не может быть редуцирован к части его тела. Субъект не равен своему живому функционирующему мозгу.

Вообще попытка провести отождествление между субъектом и телом терпит фиаско: субъект всегда оказывается больше чем тело и сумма его частей. Субъект как целостность не может быть определен через функционирование своих органов, он также не может быть рассмотрен как сознательная (осознающая себя, существование мира и других субъектов) сущность, владеющая собственным телом. Связка «есть» в общем суждении: «человек есть тело» и в более частных, таких, как «человек есть мозг», «человек есть сердце» сводит вопрошание о субъекте высказывания к свойству, которое оказывается не тождественно самому Я. Эта тупиковая ситуация, порожденная попыткой определения человеческого через свойства, благодаря которым он есть, но которые не являются им самим. Я как обладающее, выше всего того, что оказывается синтезом обладаемого, но вместе с тем и не сводится к нему.

Если рассматривать физиологический контекст диагноза смерти мозга, то оказывается невозможным отчетливое проведение тождества между остаточной клеточной активностью мозга и жизнью личности. Наличие остаточной активности мозговой тка-

²⁴¹ Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics. ... The President's Council on Bioethics. Washington, D.C., December. 2008.

²⁴² Lizza John P. Potentiality, Irreversibility, and Death, *Journal of Medicine and Philosophy*. 2005. 30:1, 45– 64.

ни не является решающей в констатации того факта, что данный пациент умер. Вместе с тем функционирование отдельных клеток мозга может предполагать наличие редуцированной деятельности сознания и тогда логичным является суждение о том, что данный пациент жив.

Итак, вопрос состоит не в том, умер ли весь мозг, а в том, умерло ли человеческое существо. Положительный ответ на данный вопрос характеризует современную практику констатации смерти в соответствии с критериями смерти мозга. Отрицательный или уклончивый ответ указывает конвенциональный характер смерти мозга. Даже в контексте соблюдения «полной» концепции смерти мозга (как необратимого прекращения всех функций мозга, включая стволовые функции), может не соблюдаться «абсолютный стандарт» (например, при смерти мозга может продолжаться деятельность гипофиза и сохраняться другие функции). В связи с этим резонно возникает вопрос о ценностной шкале функций мозга: почему наличие некоторых функций (таких, как деятельность гипофиза) представляется менее важным, чем других функций (например, спонтанного дыхания).

Этот вопрос становится предметом пристального внимания современных нейробиологов. В частности, критики концепции смерти мозга утверждают, что если мозг представляет собой интегральную целостность, то концепция о высших и низших функциях страдает философской метафорикой.

Следует обозначить еще одну проблему, связанную с введением понятия «смерть мозга», которая носит логический характер: противоречие, заложенное в понятии «смерть мозга», выражается в том, что смерть не может быть диагнозом и выбор соответствующего стандарта для констатации не является строго медицинской и технической процедурой. Здравый смысл при употреблении медицинских терминов подсказывает, что любой термин, выбранный в качестве обозначения медицинского диагноза, не должен включать слово «смерть»²⁴³. Понятие «смерть» противоречит понятиям «диагноза» и «болезни», как категориям, имеющим отношение к пусть уязвимой, но жизни. В отношении диагноза смерти мозга речь идет не о смерти, которая диагностируется, а скорее, о клиническом состоянии или условии, ставшем очевидным при подтверждении определенных признаков.

²⁴³ Controversies in the Determination of Death A White Paper of the President's Council on Bioethics Washington, DC December 2008 – http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf

Проблема смерти мозга открывает новый характер идентификации смерти: отныне она носит характер реальности, ставшей объектом конструирования и отражающей ряд особенностей современного общества — типичных черт отношения современного человека к феномену смерти. Кратко их обозначим:

1. Целерациональное отношение к смерти

В современном мире процесс умирания конструируется и контролируется в соответствии с социально-экономическими задачами, стоящими перед обществом. Общество способно как преподносить дар смерти, так и отбирать его. Процесс конструирования отношения к смерти сопряжен с выстраиванием деонтологии умирания, с характерным для нее представлением о должном способе умирания, соответствующем парадигме смерти, разделяемой сообществом. Повсеместно разделяемая парадигма смерти сконструирована таким образом, чтобы сама смерть была подключена к закону воспроизводства человеческих ресурсов. На примере диагноза смерти мозга очевидно, что контроль умирания характеризуется прагматическим эффектом (возможностью продлить жизнь другому за счет умирающего). Смерть приобретает признаки инструментальности при дополнении ее смысла коннотациями, продуцируемыми практиками трансплантологии. Она экономически эффективна и одновременно включена в структуру дара (донорства) и обмена социальными благами.

2. Императив пролонгирования жизни

Императив «не умри» — «во всяком случае умри не как угодно, а только с дозволения закона и медицины» (Ж. Бодрийяр) определяет характер отношения к смерти как к артефакту, созданному, с одной стороны, особой технической средой, дающей возможность пролонгирования жизни, с другой — особым отношением экспертов в области констатации смерти (врачей и юристов), определяющих момент наступления смерти, факт смерти как таковой, занятых научным конструированием смерти.

3. Артефактная естественность смерти

Современное представление о естественной смерти оказывается эквивалентно представлению о смерти как объекте научного контроля: сформированные медико-биологическими науками за-

коны умирания и критерии констатации смерти воспринимаются как нечто само собой разумеющееся. Бессмысленность смерти и ее иррациональность подлежат осмыслению в различных формах творчества и также подлежат «освоению». Смерть, как схваченная и освоенная эстетическим взглядом данность, является плодом схватывания, осуществляемого наукой, порождающего мир абстракций, по сути, мир мертвых объектов. Как отмечает Ж. Бодрийяр, «Реальность» науки и техники — это опять-таки реальность разделения живого и мертвого. В эту разобщенность вписывается и сама целевая установка науки как влечения к смерти (желания знать): в этом плане объекты бывают только мертвыми, то есть водворенными в инертно-безразличную объективность, как были в нее водворены прежде всего смерть и мертвые»²⁴⁴. Пациент, у которого констатирована смерть мозга, также оказывается в тисках научного процесса абстрагирования, в результате которого у него отторгается его имя — «человек» и происходит приписывание ряда других имен: «неоморта», растения, артефакта технологической поддержки, определяющих его онтологический статус по аналогии со статусом либо ненужного мертвого объекта, либо по аналогии с природным артефактом, представляющим ценность для общества.

4. Внесимволический характер смерти

Статус человека как мертвого объекта определяется его неспособностью свидетельствовать в пользу собственного бытия. Жизнь, поддерживаемая с помощью искусственных мер, заставляющая тело дышать, а сердце биться при наличии необратимости прекращения всех функций головного мозга в рамках современной научной конвенции не свидетельствует о жизни, достойной того, чтобы она продолжала длиться. Коммуникативное понимание смерти (как отсутствие открытости миру и людям, вызванное биологическим состоянием умирающего-пациента со смертью мозга) является одним из аспектов современного научного конструирования смерти²⁴⁵. Оно игнорирует символический, акси-

²⁴⁴ Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000. С. 243.

²⁴⁵ Вспомним, что в докладе Президентского совета по биоэтике США были обозначены базовые модальности человеческого бытия: открытость миру, т. е. восприимчивость к стимулам и сигналам из окружающей среды, способность оказывать влияние на мир с целью удовлетворения собственных потребно-

ологический характер смерти²⁴⁶, связанный с мировоззрением не столько научного сообщества, сколько с представлениями конкретной социальной общности (семьи, религиозной общины и т.д.), разделяющей событие смерти, а также с отношением к научной интерпретации смерти со стороны самого субъекта. Лишь в случае возможности забора органов у умершего символический характер смерти может проявиться в форме дара (донорства) — идеи, обеспечивающей одну из форм идентичности социальной общности.

5. Публичность и приватность смерти

«Естественная смерть», вписанная в строй законов науки и права, игнорирует публичный характер смерти, смерть вытесняется за пределы социального мира, ее констатация и причины выявляются в особых пространствах: медицинских учреждениях и лабораториях. Смерть оказывается отделенной и от самого субъекта: его статус как живого или мертвого, а по сути, человека или не человека, также оказывается задан внешним образом, посредством научной парадигмы. И он сам становится артефактом, порожденным научно-исследовательскими практиками, реанимационными технологиями и социокультурными факторами (донор как артефакт), инструментализирующими его тело как в целях пролонгирования жизни, так и в целях ее прекращения. Человек как артефакт отражает формы социальной жизни, ее этос (в частности, этос отношения к смерти и умиранию), но в равной степени и слабость самого субъекта перед этосом науки и ее властью.

6. Смерть и сопротивление смерти

Событие смерти втиснуто в рамки современных научных представлений. Между тем, имея дело с объективностью смерти, ученые сталкиваются с реальностью, способной возражать тому, что

стей, базовой способности ощущения, дающей возможность организму действовать так, как он должен действовать и получать то, в чем он нуждается, и что его открытость делает возможным. Непроявленность этих модальностей (в отношении пациента с диагнозом смерти мозга) означает смерть. См.: *Controversies in the Determination of Death. The President's Council on Bioethics. Washington, D. C. 2009.*

²⁴⁶ Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000.

о ней сказано²⁴⁷. С этим связан казус плюралистического характера смерти. Речь идет о различных дефинициях и критериях смерти, разработанных и принятых в контексте различных научных практик, о разнице в стандартах диагностики смерти (что характерно для практики констатации смерти мозга), о социокультурных вариациях отношения к смерти и неприятию неврологического критерия смерти, выражающихся в том числе и в возможности субъекта осуществлять выбор относительно той или иной дефиниции смерти.

²⁴⁷ Об объектах науки, способных возражать. См.: Латур Б. Дайте мне лабораторию и я переверну мир//Логос, № 5– 6 (35), 2002.

2.5. ПРОБЛЕМА СМЕРТИ МОЗГА В СВЕТЕ ДИСКУРС-АНАЛИЗА

Необходимо подчеркнуть, что дискурсы о смерти мозга неоднородны, в каждом из них свое представление о человеке, прежде всего они являются индикаторами борьбы между дискурсами о человеке.

Современные дискурсы о человеке являются мощными факторами изменения культуры и социума. Концепты, которые представляются предпочтительными в качестве структур для дискурс-анализа — это «сознание», «тело» и «человек». Использование дискурс-анализа обеспечивает мультиперспективность исследования. Ниже нам хотелось бы представить возможности дискурс-анализа при рассмотрении проблемы статуса человеческого существа с диагнозом смерти мозга. Основополагающими посылками дискурс-анализа будут следующие:²⁴⁸

1. Критический подход к само собой разумеющемуся знанию

Концепт «человек» не является устойчивой категорией, некой очевидной данностью. Человек скрывает от себя самого посредством языка, который порождает и хранит различные репрезента-

²⁴⁸ См.: Йоргенсен Марианне В., Филипс Луиза Дж. Дискурс-анализ. Теория и метод/Пер. с англ. М.: Гуманитарный центр, 2008. С. 22–25.

ции человека и различные оценочные маркеры (как недочеловеческого, сверхчеловеческого, постчеловеческого).

2. Историческая и культурная обусловленность знания

Знание о человеке можно понимать как продукт культурно и исторически обусловленный. Сохранение и трансляция знания происходит благодаря действию дискурса. Представления, которые мы имеем в настоящее время о человеке, являются условными, но вместе с тем и достаточно устойчивыми для нашей историко-культурной ситуации. Современная (преимущественно либеральная) биоэтика опирается на целый ряд философско-методологических предпосылок, среди которых ключевой следовало бы считать примат автономии человека. В отношении автономного субъекта тело выступает как пассивная машина, исполняющая прихоти хозяина. Она подвергается починке, модификации, совершенствованию в соответствии с законом воли, однако автономия субъекта проблематизируется, когда сталкивается с действием заложенной в тело программы природы.

Анализ научных публикаций по проблеме смерти мозга позволяет выделить целый ряд имен пациентов, которым был поставлен данный диагноз. С каждым из имен сопряжен ряд ценностных коннотаций. Каждое имя провоцирует не только размышления об онтологическом статусе пациентов, но прежде всего, определяют их дальнейшую участь — рассматривают как мертвых (лишают реанимационной поддержки, используют их тела в качестве источника органов других тел и т.д.) или же продолжают считать живыми, поддерживая их существование всеми возможными способами.

Большинство дискурсов о смерти мозга описывает пациента с данным диагнозом как биомашину, функционирующую благодаря ИВЛ, он также может быть назван артефактом технологической поддержки, формой жизни, созданной медицинскими технологиями: его живое бытие оценивается как побочный эффект запуска реанимационными технологиями биомашин — человеческого тела. Онтологический статус пациентов в таких описаниях оказывается в чем-то ниже машинного и собственно машина (реанимационные технологии) рассматривается в качестве первоисточка их бытия. Ее роль не ограничивается поддержанием жизни. Она продуцирует новые формы жизни. Подобные описания носят исключительно прагматический характер. Особый лингвистический акцент на том,

что процедура констатации факта смерти проводится в условиях, когда основные функции организма поддерживаются искусственно, позволяет снизить потенциальный риск конфликтных ситуаций между врачами и родственниками пациента, полагающими, что если у человека бьется сердце, то он жив.

3. Связь между знанием и социальным поведением

Ключевое понятие дискурс-анализа — борьба дискурсов. Дискурсы находятся в постоянной конкурентной борьбе за право считать истинным то или иное знание. Каждый дискурс претендует на изменение социальной ситуации по отдельным ее параметрам. Незавершенность дискурса о человеке, незавершенный характер знания о человеке являются свидетельством незавершенной истины о нем. Отдельный текст конкретного дискурса способен указывать на элементы и дискурсы других текстов. В этом проявляется интертекстуальность дискурса. Например, обсуждение проблемы поиска антропологических границ в контексте проблемы смерти мозга, как правило, затрагивает обсуждение проблемы трансплантации органов, вследствие чего происходит иная расстановка аксиологических акцентов (выдвижение на первый план ценности жизни реципиента и признание донора умершим, проблематизация ценности жизни, артикуляция ценностных коннотаций, связанных с даром, дарением).

Опираясь на идею Лакло и Муффа²⁴⁹, что дискурс формируется благодаря частичной фиксации значений вокруг некоторых узловых точек — привилегированных знаков, вокруг которых приобретают свое значение другие знаки, будем полагать, что в биоэтическом дискурсе именно «тело» и «сознание» являются такими узловыми точками. Дискурс создает единство значения узловых точек, и ради сохранения единства значения исключает альтернативные дискурсы. Так, концепт «тело» в дискурсе западной либеральной биоэтики преимущественно рассматривается как «собственность» в контексте осуществления «деятельности», концепт «сознание» имеет устойчивые ассоциативные связи с концептом «автономия». Соответственно, выстраивание антропологической границы происходит посредством определения нормы человеческого как дееспособного автономного существа, распоряжаю-

²⁴⁹ Там же. С. 57.

щегося своим телом. Именно возможность инструментализации собственной телесности, наличие признаков или потенции сознания рассматриваются как основополагающие для характеристики человеческого бытия.

Вместе с тем в контексте всего биоэтического дискурса, включающего как либеральную западную биоэтику, так и другие культурно специфичные ее варианты, концепты «тело» и «сознание» не обладают фиксированными значениями, являясь полисемичными. Они являются изменчивыми знаками, за которые борются различные поддискурсы биоэтики: биоэтики стран третьего мира, восточноазиатской биоэтики, религиозной биоэтики и т. д.

Человек восточных культур — это не столько автономный индивид, свободно распоряжающийся собственным телом, но прежде всего социальное существо. Его тело — сложный социокультурный конструкт. Этическая модель отношения к телу строится на основании действующих культурных архетипов. Например, на основе патернализма, где право индивида на обладание собственным телом ничтожно мало по сравнению с правами той общности, куда он вписан как социальное существо: с правами семьи, госпиталя, государства.

**ГЛАВА 3.
СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ
КОНТЕКСТ ЛЕГИТИМНОСТИ
НОВОЙ ДЕФИНИЦИИ СМЕРТИ
(«СМЕРТИ МОЗГА»)**

3.1. СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ НАУЧНОГО ОБОСНОВАНИЯ НОВОЙ ДЕФИНИЦИИ СМЕРТИ

Принятие в большинстве стран мира концепции смерти мозга сопровождалось соответствующими культурно-технологическими процессами и своеобразными метафизическими потерями: прежде всего появлением новой семантики телесности, вызванной обострением проблемы человеческой целостности, телесной целостности. Тело не тождественно человеку, является его собственностью и инструментом — такова классическая парадигма восприятия телесности. В рамках этой парадигмы тело должно было соответствовать своему предназначению — быть орудием замыслов разума. Кроме того, оно воспринималось (несмотря на инженерный картезианский подход, широко распространенный на Западе) в целом холистически, очевидно, испытывая влияние христианского взгляда на телесность, где значимость тела утверждалась в контексте веры в его преображение.

Целый ряд культурных и исторических процессов (мировые войны, технологический скачок, потребительский бум) обусловил формирование новой концепции человека — человека с разорванной психологией и разрушенной целостностью его тела. В искусстве это выразилось, например, в уменьшении целостных изображений живого человеческого тела (Х. Ортега-и-Гассет)²⁵⁰,

²⁵⁰ Ортега-и-Гассет Х. Дегуманизация искусства//Восстание масс. М.: АСТ, 2007. С. 207–268.

придающем человеку черты фрагментарности. В литературе — в появлении «разорванной» психологии героя, увеличении сцен насилия и разврата. В философском дискурсе актуализировалась тема смерти и страданий, потери человеком своего места в мире, «разорванности» его бытия.

Целостность — исчезающая категория современного мира. Технологический и потребительский вызовы демонстрируют, как исчезает человек в форме единого субъекта, целостности. Отсутствие целостности, универсальных моделей объяснения, веры в единую Истину характеризует современную мораль, и так или иначе выражено в правовых коллизиях. В технологическом мире разрушение принципа целостности связано с манипуляциями над человеком, использованием его телесности или частей тела в качестве средства воплощения чьих-либо замыслов, приданию телесности черт дизайнерского продукта, артефактности. Разрушение принципа целостности есть разрушение принципа неприкосновенности человеческого существа, невмешательства в его личное пространство свободы, попрание достоинства.

Если подойти к проблеме разрушения целостности с технологической точки зрения, то, например, одной из наиболее обсуждаемых на Западе проблем является проблема имплантации средств информационно-коммуникационных технологий в тело человека или исследование стволовых клеток эмбрионов. Эти проблемы указывают на кризис самопонимания современного человека. Одни импланты являются угрозой для человеческого достоинства и, в особенности, для неприкосновенности человеческого тела, в то время как другие могут использоваться как средства для восстановления поврежденных человеческих возможностей и поэтому могут рассматриваться в качестве средств восстановления человеческого достоинства. Точно так же исследования стволовых клеток может рассматриваться как угроза целостности потенциальной человеческой личности, ее убийство. С другой стороны, сторонники исследования стволовых клеток, взятых из эмбрионов, оправдывают акты вмешательства в человеческую природу с целью предотвращения отклонений в развитии человеческого существа, его гибели на ранних этапах развития, понимания целостности жизненного пути индивида. В связи с этим дискуссионным является вопрос, в каких случаях тело является абсолютно «неприкосновенным».

Генезис и этих и многих других проблем современности обусловлен технической размерностью современного мира.

По М. Хайдеггеру²⁵¹, техническое, будучи планом, созданным человеком, вынуждает человека к принятию этики, соответствующей техническому миру.

Телесность человека обретает новые границы, например, в связи с распространившимися генетическими исследованиями рассматривается как информационная структура, в связи с развитием трансплантологии обсуждается проблема формирования коллективного тела. Развитие новых медицинских технологий потребовало проведения разносторонних исследований человеческой телесности. Однако «человеческое тело не только «объект» научного исследования или терапевтического действия, но также «плоть» конкретного человека — ее собственника»²⁵².

В связи с этим возникает вопрос: как представлена собственность человеческого тела? В случае смещения границ человеческой телесности изменяется ракурс восприятия собственности. Если тело — это информационная структура, генетические данные, то кто имеет право иметь доступ к ним, если органы тела обладают возможностью жить после смерти субъекта (в случае трансплантации органов), то где расположены границы собственности. Кто будет субъектом собственности: индивид, его родственники или государство? Таким образом, современные биотехнологии предоставили новый прецедент обладания собственностью — телом — от непосредственного к дистанционному. Последний способ обладания собственностью вызвал массу этических и юридических коллизий, в особенности, связанных с защитой целостности человеческого тела, с неприкосновенностью его границ. Принцип целостности закреплен в различных международных правовых актах, в которых фиксируются те или иные аспекты категории прав человека.

Разрушение принципа целостности есть разрушение принципа неприкасаемости человеческого существа, невмешательства в его личное пространство свободы, попрание достоинства.

Концепт «целостность» приобретает особое содержание в связи с постановкой проблемы смерти мозга. Если практика констатации смерти мозга считается уже легализованной, то еще не устояв-

²⁵¹ Хайдеггер М. Закон тождества (http://www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/Heidegg/Zak_Tog.php)

²⁵² Тищенко П.Д. Геномика: новый тип науки в новой культурной ситуации (<http://biomediale.ncca-kaliningrad.ru/?blang=ru&author=tischenko>).

шаяся, не «застывшая» проблема имплантации стволовых клеток вызывает пока еще меньший интерес. В современном мире активно обсуждается вопрос о новом статусе личности, которая становится сетевой: кому принадлежит тело, если оно есть электронная, информационная система, общающаяся с другими системами?

Акценты в ведущихся дискуссиях делаются на возможных конфликтах между политическими стратегиями и стратегиями личности относительно сохранения целостности. Если в отношении проблемы имплантации, как и некоторых других проблем, например, генетического скрининга, речь идет о сохранении целостности жизни индивида, жизни с неотъемлемым достоинством, то в отношении пациента со смертью мозга речь идет о сохранении целостности еще и в отношении смерти, о достойном умирании, и связанными с ним коннотациями сохранения телесной целостности, естественных границ телесности.

Само понятие смерти также испытывает кризис, оно обрастает многозначными коннотациями в связи с появлением концептов смерти коры головного мозга, смерти сознания. В последнее десятилетие определение человека, поиск его сущности ведется в контексте исследований мозга. В мировоззренческом плане это указывает на определенный нейроредукционизм человеческой сущности. Человек в своей жизнедеятельности определяется работой составляющих своего тела (нейронов), по аналогии данность его смерти (утверждение критерия смерти мозга как смерти человека), характеризующая тождество человека и его мозга, демонстрирует социокультурный и этический выбор в пользу определенного понимания человеком себя в качестве человека. Человека, определяемого своей разумной деятельностью, инструментом которой является мозг.

Следует отметить, что со времени своего появления (70-е годы XX в.), проблема смерти мозга подверглась существенной депроблематизации. Если ранее, в период «закрепления» концепции смерти мозга, формирования нормативно-правовой базы в отношении проблем трансплантации и донорства органов, руководств по констатации смерти мозга она широко обсуждалась на мировоззренческом основании, то теперь критический подход к данной проблеме обусловлен опытом, накопленным различными медицинскими сообществами, несоизмеримостью имеющихся

клинических практик. М. Potts²⁵³ указывает на тенденцию дезинтеграции критериев смерти мозга: неврологическую, клиническую, социальную.

Сомнения относительно валидности концепции смерти мозга, возросшие за последнее десятилетие, особенно часто и интенсивно отмечаются такими авторами, как D. Shewmon²⁵⁴; R. Veatch²⁵⁵, S. Youngner, E. Bartlett²⁵⁶ и др. Однако не менее существенным является такой фактор, как настороженное отношение к концепции смерти мозга со стороны потенциальных доноров, рядовых граждан, которые в массовом потоке информации не могут провести отчетливого различия между «мифами» о проблеме смерти мозга и достоверной информацией. Ситуация усугубляется неоднородностью точек зрения на данную проблему в рамках медицинского сообщества.

Многие западные исследователи сходятся во мнении, что необходимо выработать единые критерии неврологической детерминации смерти, связывая это с существующими противоречиями и разногласиями по данной проблеме. В последние годы в литературе настойчиво звучат требования возвращения к циркулярно-респираторным критериям смерти, что подчеркивается в докладе Президентской комиссии по биоэтике (Вашингтон)²⁵⁷. Наличие массовых негативных стереотипов по отношению к концепту «смерть мозга» в практическом отношении выражается в снижении показателей органного донорства. В США, например, это вызвало потребность к переходу к новому этапу обоснования концепции смерти мозга, что и было предпринято членами Президентской комиссии по биоэтике. Развернутая аргументация, направленная на защиту концепции смерти мозга, была представ-

²⁵³ Potts, M. A requiem for whole brain death: A response to D. Alan shewmons the brain and somatic integration *Journal of Medicine and Philosophy* 26 (5):479–491. 2001.

²⁵⁴ Shewmon, D.A. (1998). Chronic «brain death»: Meta-analysis and conceptual consequences//*Neurology*. 51; 1538–1545.

²⁵⁵ Veatch, R.M. The definition of death: ethical philosophical, and policy confusion//*J. Thanatology*. 1975. 3. P. 13–30.

²⁵⁶ Youngner, S. J., & Bartlett, E. T. (1983). Human death and high technology: The failure of the whole-brain formulations. *Annals of Internal Medicine*, 99, 252–258.

²⁵⁷ Controversies in the Determination of Death. The President's Council on Bioethics.– Washington, D.C. 2009.

лена медиками, философами, юристами, однако сам доклад демонстрирует неоднозначность, непрозрачность концепта «смерть мозга», сложность связанных с ним социокультурных коннотаций.

Обратим внимание еще и на следующий момент — резко отрицательное отношение к данному диагнозу даже в профессиональной среде. Несмотря на легитимный статус понятия «смерть мозга» во всем мире, существует несовместимость в отношении рекомендуемых клинических критериев и дополнительных тестов.

Различия в констатации смерти мозга в разных странах свидетельствует о расхождениях в понимании проблемы правовым юридическим сообществом и представителями клинической практики. Американский невролог E. F. Wijdicks, сравнив 80 руководств для врачей по констатации смерти мозга и проведя массу консультаций со специалистами из других стран по данной проблеме, с иронией отмечает существование противоречия между пониманием врачами того, что они должны делать при диагностике смерти мозга и тем, что предписывает закон²⁵⁸.

Недостаточность клинических случаев в некоторых странах создает трудности для накопления профессионального опыта в диагностике смерти мозга. Например, один из классических примеров, обсуждаемых в научной периодике, — сложности в проведении апноэ-теста: клинические осложнения (наиболее частые: ацидоз и гипоксемия) во время или непосредственно после проведения теста развиваются у трети пациентов, потенциальных доноров. Развитие осложнений во время проведения этой процедуры может затруднить диагностику смерти мозга, ухудшить состояние органов для трансплантации.

Двойной стандарт диагностики смерти, характеризующийся тем, что неврологические критерии смерти принимаются лишь в случае согласия на потенциальное донорство, ставит под сомнение научность самого диагноза и требует четкого и глубоко прояснения научных и социокультурных оснований концепции смерти мозга.

²⁵⁸ Wijdicks EF. (2002) Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*. 58: 20–5.

3.2. ПРОБЛЕМА КУЛЬТУРНОГО СОГЛАСОВАНИЯ НОВОЙ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ

Исследование проблемы смерти мозга должно включать тщательное рассмотрение понятия легитимности новой концепции смерти. За понятием легитимности стоит проблема социокультурного и правового статуса смерти.

Идея методологически корректной дефиниции смерти должна соответствовать определенным условиям, фундаментальным основаниям. Польский исследователь Марек Вихровски выделяет два таких основания: культурное согласие дефиниции смерти и необратимость смерти.

Рассмотрим данные условия более подробно. В отношении первого необходимо признать, что концепция смерти мозга — культурно обусловленная концепция. Научно обоснованный диагноз смерти мозга, воплощаясь в той или иной социокультурной среде, до сих пор несет на себе ореол культурных коннотаций, культурных стереотипов относительно понимания смерти. Они находят отражение в правовой культуре и закрепляются на законодательном уровне. Наличие четкого законодательства относительно констатации смерти мозга является свидетельством отсутствия культурно-технологического конфликта по отношению к технологической инновации — развитию трансплантологии. Это означает и наличие достаточного уровня развития медицины в данном государстве, и одновременно наличие ответов на определенные метафизические вопросы, которые ставятся в рамках конкретных

дисциплин, прежде всего вопросы «что такое смерть» и «кого считать мертвым?».

Итак, культура неизбежно накладывает отпечаток на теоретическом осмыслении концепции смерти мозга. Как пишет М. Вихровски²⁵⁹, определение, чем является мертвое тело человека, должно быть согласовано с принятыми в данной культуре убеждениями, которые не носят характера локальных предрассудков, но глубоко укоренены в менталитете. Если, например, в цивилизации Запада считают, что тело человека, которое спонтанно дышит и сохраняет должную теплоту, не является мертвым, то следует исключить дефиницию, по которой можно признать этого человека неживым.

Таким образом, имея дело с научной концепцией, мы должны соотнести ее, как минимум, с мировоззренческой, и, в особенности, с этико-аксиологической компонентой. Проблема смерти мозга артикулирует проблему возможного ценностного конфликта, как при освоении новых технологий, так и при расширении теоретического знания медицины. Конфликт новации и традиции может принимать две крайние формы:

1) консервативную, подразумевающую защиту ценностей человеческой телесности, прежде всего ее целостности и естественности (в том числе поддерживающих «естественную смерть» в соответствии с традиционными критериями смерти и требующую запрета любых способов модификации, например, с помощью генной инженерии или путем пересадки органов и тканей человека (так называемая экология телесности);

2) инновационную, проявляющуюся в требовании снятия любых форм запрета манипуляций с человеческим телом, например, запретов на клонирование человека, манипуляций с эмбрионами, моральных и правовых ограничений, связанных с трансплантацией органов.

Плюрализм ценностных оснований, характерный для современной культуры, релятивизирует статус нормы в медицине. Релятивизм проникает и в процесс построения теоретических конструкций, становится особой характеристикой научной истины. В частности, современное состояние науки в отношении диагностики смерти мозга демонстрирует пример такого рода закраившегося научного релятивизма. Критерии диагностики смерти мозга оказываются производными от конкретного опыта, накопленного

²⁵⁹ Вихровски М. Право на жизнь. Варшава, 2005. С. 20.

в рамках той или иной научной школы, зачастую бывают окрашены тенденциями социального и экономического развития, связаны с уровнем развития технологий и нравственности в конкретном сообществе.

Подчеркнем еще раз, что существующая социальная напряженность относительно проблемы смерти мозга связана с определенными характеристиками современной науки. Новый облик современной науки в обществе с избыточным, неконтролируемым потоком информации особенно остро ставит проблему доверия и искренности в отношениях «врач — пациент», «ученый — общество». Так, разрушение монополии на знания в области медицинских профессий, создает прецедент разыгрывания новых социальных ролей и социальных ожиданий, в котором «врач уже больше не Бог», а пациенту «трудно быть Богом». С одной стороны, современный человек, имея широкий доступ к медицинской информации, подрывает контроль над знаниями и ту патерналистскую власть, которую врач имел в прошлом, с другой — наблюдается своего рода реакция медицинского рессентимента. Медикам и ученым приходится приобретать знания о социальных технологиях «правильного» информирования населения, создания собственного положительного и привлекательного имиджа (для проведения новых исследований и разработки новых научных продуктов) и имиджа предлагаемой биотехнологической продукции. Негативной стороной этой практики способно стать полное или частичное искажение принципа информированного согласия. Новый облик современной науки связан с встраиванием в нее элементов, не имеющих прямого отношения к поиску научной истины, будучи социальным институтом, современная наука испытывает воздействие со стороны различных стратегий власти (экономической, политической, религиозной и т.д.). Выделим еще некоторые существенные характеристики современной науки, требующие пристального внимания в связи с обсуждением проблемы смерти мозга.

Во-первых, различия в констатации смерти мозга (отсутствие единой дефиниции смерти мозга, единых клинических критериев, приоритета в выборе дополнительных тестов и др. факторов) характеризуют современную науку как феномен, артикулирующий несовместимые системы ценностей, противоречивые социальные практики.

Однако наиболее яркой иллюстрацией «нечистоты» современной науки, ее зависимости от аксиологического фактора являет со-

бой тот факт, что концепт смерти мозга парадоксальным образом разместился в контексте проблем трансплантологии, он востребован ее развитием. Подоплекой лоббирования сокращения срока наблюдения пациента с диагнозом «смерть мозга» с целью получения более качественной (не разложившейся) материи становится определенным образом понятый альтруизм: лучше отсутствие страданий (у больного, родственников, персонала больниц и т.д.) и отсутствие жизни, чем продолжение страдающей или приносящей страдания жизни. В гипертрофированной форме неправильно поставленный диагноз смерти мозга может быть понят в контексте идеологии помощи реципиенту, где право на жизнь специфицируется определенными социальными критериями. Это подтверждает также действующая в России презумпция согласия на изъятие органов. Она разрешает очень напряженный и подчас драматический во многих странах конфликт интересов между собственником тела (потенциальным донором), семьей и потенциальным реципиентом в пользу последнего. Его интересы представляет трансплантолог, который в силу такой расстановки сил оказывается рычагом власти в вопросе наделения телесности статусом собственности и в аспекте изъятия этого права.

Во-вторых, современная наука — при всем ее стремлении к универсальной истине — это социокультурный конструкт, определяемый палитрой национальных стилей решения научных проблем. Ниже мы рассмотрим пример амбивалентного восприятия диагноза смерти мозга японским сообществом, он показателен с точки зрения наложения социокультурных кодов на эмпирию медицинского диагноза.

В-третьих, современная наука, чье развитие происходит в быстро меняющейся технологической среде, не всегда успевает своевременно реагировать на усложняющиеся фрагменты реальности, подводить теорию под появляющиеся факты.

Диагноз смерти мозга также подвержен влиянию появляющихся новых знаний и методов лечения.

В-четвертых, мощной детерминантой современной науки является финансовый фактор: результат быстрого продвижения многих научных теорий связан не только с их истиной, но и с экономической целесообразностью. Подчеркнем, что своевременная констатация смерти мозга — экономически целесообразна. В частности, длительное пребывание пациентов с данным диагнозом рассматривается как экономическое обременение для системы здравоохранения.

В-пятых, развитие современной науки связано с заключением определенных конвенций, которые могут пересматриваться со временем.

Конвенционализм, заложенный в диагнозе смерти мозга, как правило, не отражается в законодательных актах, инструкциях и других правовых документах. В дефинициях смерти мозга, как правило, не оговаривается, что истина, которой обладает научное медицинское сообщество по проблеме смерти мозга, носит относительный характер. Однако стоит отметить, что прецеденты такого рода имеют место в мировой науке.

Так, в 2007 г. в Австрии были приняты Рекомендации по проведению диагностики смерти мозга при запланированном изъятии органов²⁶⁰. В нем уже на уровне дефиниции смерти мозга как бы оговаривается условность этой концепции:

«1.3. Смерть мозга определяется как состояние необратимого прекращения всех функций Большого мозга, малого мозга и ствола головного мозга. В соответствии с актуальным состоянием науки смерть мозга отождествляется с индивидуальной смертью человека». Таким образом, состояние научного знания оказывается определяющей детерминантой для экзистенциального выбора, своеобразным маркером определения человеческой сущности в качестве тела среди других тел или же чего-то большего, чем просто тело.

В-шестых, развитие современной науки (в особенности медицины в связи с многочисленными злоупотреблениями со стороны медицинского сообщества в XX в.) ориентировано на связь с ответственностью. В отношении проблемы смерти мозга такая ориентация означает включение в состав обладающих научной истиной тех, кто не является специалистом в данной сфере. Сама постановка диагноза смерти мозга (констатация научной истины) осуществляется комиссией, куда могут входить люди как непосредственно участвующие в постановке диагноза (например, выполняющие определенные тесты), так и своего рода носители функции связей с общественностью (представители Этических Комитетов).

Сущность смерти в парадигме неклассической рациональности теряет свой статус объективной реальности (со всеми присутствующими ей признаками: отсутствием сердцебиения и дыхания,

²⁶⁰ Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme von 17 Dezember, 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

а спустя некоторое время, появлением трупных пятен и трупного окоченения) и приобретает черты реальности, конструируемой через наложение социокультурных кодов на клиническое состояние. Это можно проследить, в частности, рассмотрев лингвистический срез проблемы. Тезаурус концепции смерти мозга на протяжении всего ее существования постоянно пополнялся новыми оттенками смысла. Состояние смерти мозга описывается зачастую подчеркнуто ангажированно.

Следует отметить, что «языковые игры» с категориями «жизнь», «смерть» становятся предметом пристального внимания не только философов или медиков, но, прежде всего, касаются правового подхода к проблеме констатации смерти мозга. Так в статье 9 Закона РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»²⁶¹ регламентируется порядок констатации смерти. Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга). Мы знакомы с предложениями ряда юристов ввести в 9-ю статью дополнительное определение, делающее акцент на том, что процедура констатации факта смерти проводится в условиях, когда основные функции организма поддерживаются искусственно. Такое уточнение позволит снизить потенциальный риск конфликтных ситуаций между врачами и родственниками, полагающими, что если у человека бьется сердце, то он жив, вне зависимости от того, находит ли он на искусственной поддержке или нет.

Многоаспектность понимания смерти затрагивает и обыденный уровень ее восприятия, и уровень философско-теологического и научного осмысления. Прагматика смерти (стремление концептуально ускорить время смерти) сочетается с мистическим недоверием к новой форме смерти.

В научных публикациях А. Я. Иванюшкина подчеркивается, что, когда речь идет о смерти мозга, смерть человека — это ненаблюдаемый объект. С позиций здравого смысла такой человек жив, отсюда первоначальное определение состояния больного со смертью мозга — «запредельная кома». Смерть мозга — это такое клиническое состояние, когда граница жизни и смерти оказалась «стертой», поистине: человек «частично жив», «частично мертв». Во-вторых, смерть человека здесь является артефактом, т. е. ятрогенным состоянием, сохраняющимся, пока проводится реани-

²⁶¹ Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека». Вестник Верховного Совета РФ. 1993. № 2. Ст. 63.

мация. В-третьих, трактовка этого факта зависит от социального контекста. До 1984 г. в нашей стране больные с таким клиническим статусом считались живыми, а начиная с 1984 г. — считаются мертвыми, в то же время, если такому больному нет 18 лет, он по сей день считается живым. Итак, в современной научной литературе подчеркивается, что концепция «смерти мозга» — исторически, социокультурно, экономически и лингвистически обусловленная и варьирующая концепция.

Как отмечают Т. Dagi и R. Kaufman: «Дефиниция смерти базируется на субъективных стандартах, приоритетах и социальных конвенциях, а не на объективных фактах о состоянии человеческой физиологии. Хотя эти стандарты демонстрируют значительное сходство среди групп, это внешние стандарты, образованные идеями о благе сообщества, нежели идеями о благе индивида. Различия, которые существуют среди сообществ в целом, редуцируются к вопросам о легитимности, а не о фактах. Таким образом, вопросы, стоящие в центре дебатов о смерти мозга, лучше выражаются следующим образом: «Кого мы должны считать мертвым?», а не «Кто является мертвым?»²⁶².

Следующее достойное внимания условие М. Вихровски²⁶³ определяет термином необратимости. С ним связана проблема локализации смерти: «тело человека, по отношению к которому *lege artis* была установлена смерть, перестало функционировать как целое, а возвращение к состояниям, предшествовавшим смерти, ни в каком медицинском случае не является возможным. Необратимость должна сопровождаться точным определением, если можно так сказать, локализации смерти. Этот *locus* — это орган или группа органов тела, которые подвергаются мониторингу с целью определения момента, когда человек как целое подлечит — необратимо — дезинтеграции. Чтобы правильно определить время отключения важных органов, следует благоразумно, принимая во внимание все рациональные возражения и определяя исключения, разработать критерии смерти. Теперь — отмечает М. Вихровски — остается подобрать к ним медицинские тесты, исполнение которых позволяет получить окончательный ответ — подтвердить либо отбросить предложение: этот вот человек мертв».

²⁶² Dagi T. F., Kaufman R. // *J. Med. and Philos.* 2001. V. 26. № 5. P. 503–525.

²⁶³ Вихровски М. *Право на жизнь*. Варшава, 2005. С. 20.

Итак, проблема разрешается, если мы способны дать определенный алгоритм констатации смерти. Он включает в себя определение мониторируемых органов (локуса смерти), разработку критериев смерти и подбор медицинских тестов.

Локализация смерти в тех или иных органах связана прежде всего с технологическим прогрессом медицины, в особенности во второй половине XX в. Классическим локусом смерти являлись легкие и сердце. Критерием смерти было отсутствие спонтанного дыхания и работы сердца. Методы медицинского тестирования были направлены на выявление доказательства этого отсутствия и на исключение случаев обратимой летаргии.

Изобретение респиратора (железного легкого) в 1929 г. и искусственного вентилирования у детей, болевших полиомиелитом (1950–1960-е гг.), усовершенствование системы искусственной вентиляции легких — это основные этапы формирования нового локуса смерти как смерти мозга.

Решения по поводу того, считать кого-либо мертвым, включают научные и ненаучные факторы, характеризующие сменяющие друг друга фазы.

Первая фаза — эпистемная фаза, во время которой умирание и смерть исследуются на основании научной методологии в качестве физиологической реальности.

Вторая фаза — аналитическая фаза, во время которой доказательство анализируется в контексте оперантной системы убеждений (натуралистической или ненатуралистической, религиозной или секулярной), чтобы детерминировать ее сложность с уважением к убеждениям относительно жизни и смерти.

Третья фаза — имплементационная фаза (фаза осуществления). Во время нее результаты предварительных обсуждений анализируются с целью определить, может ли кто-либо считаться мертвым (как если бы он был мертвым)²⁶⁴.

В натуралистической модели научные признаки жизни подтверждаются. В ненатуралистической — исследуется состояние души. Если она отсутствует, отсутствует жизнь; в секулярном смысле, индивид, потерявший человеческую сущность, может считаться умершим.

Когда в 1968 г. Harvard Medical School опубликовал критерии необратимой комы, согласно которым пациент с серьезным по-

²⁶⁴ Вихровски М. Право на жизнь. Варшава, 2005. С. 20.

ражением мозга признавался мертвым до остановки сердца (т.е. до констатации биологической смерти), был определен новый locus смерти: органом, отмирание которого является достаточным доказательством смерти человека как целого, комиссия признала головной мозг.

Появление диагноза «смерть мозга» стало революционной новацией, освоение которой, несмотря на имеющиеся мировоззренческие разногласия, осуществлялось резким скачком в развитии трансплантологии.

Многие страны мира включают принятые правовые стандарты диагностики смерти мозга в законодательные акты, регулирующие трансплантацию органов. Вместе с тем разведение понятий «смерть мозга» и «трансплантация органов» имеет глубокий этический смысл: наложение практики трансплантации органов на диагностику смерти мозга операционализирует понятие «смерть мозга», снижает уровень доверия пациентов как к возможности «чистой трансплантации», так и к врачебному сообществу.

В связи с особой «моральной нагрузкой», возникающей при сближении понятий «смерть мозга» и «трансплантация органов», в правовых актах и руководящих принципах по констатации смерти мозга, как правило, специально оговаривается, что трансплантологи не могут входить в состав комиссии, принимающей участие в диагностике смерти мозга. При этом необходимо признать, что история эволюции концепции «смерть мозга» связана с прагматической подоплекой нового научного диагноза: несмотря на то, что концепция «смерти мозга» была разработана независимо от нужд развития трансплантологии, именно подтверждение легитимности дало ход развитию. Перспективы развития трансплантологии определяют изменение стандартов диагностики смерти мозга, например, сокращение периода наблюдения пациента с диагнозом смерть мозга.

Современный уровень развития клинической трансплантологии находится в прямой зависимости от общественной толерантности по отношению к концепции смерти мозга: легитимация концепции смерти в большинстве стран мира обуславливает развитие клинической трансплантологии. Социокультурная неопределенность относительно концепции смерти мозга порождает, отчасти, проблемы трансплантологии: может наблюдаться резкий недостаток донорских органов (например, в Японии), неясность относительно применения концепции смерти мозга в отношении определенной возрастной когорты — детей в России. О низкой

заинтересованности российского общества в развитии трансплантологии и осторожной позиции по отношению к концепции смерти мозга, свидетельствует ряд особенностей современного здравоохранения. В частности, низкая техническая оснащенность медицинских учреждений, где могла бы констатироваться смерть мозга (отсутствие необходимой диагностической, лабораторной аппаратуры). Низкая подготовленность кадров для диагностики этого состояния, отсутствие широких публичных обсуждений, как в отношении концепции смерти мозга, так и в отношении проблем донорства, отсутствие научно-популярной литературы по проблеме «смерти мозга» и проблемам трансплантации органов, несовершенство законодательной базы и др. факторы.

В связи с вышеперечисленными аспектами, имеющими прямое отношение к социокультурной «нагрузке» проблемы, возникает острая необходимость создания специальных образовательных модулей для обсуждения различных ее аспектов. В зарубежных научных публикациях отмечается, что существуют значительные образовательные пробелы в службах паллиативной помощи, касающиеся понимания особенностей психологической и информационной поддержки семей пациентов, страдающих от диагноза смерти мозга²⁶⁵. Вместе с тем данный модуль мог бы быть предназначен для самой широкой аудитории: и медицинских работников, и членов семей пациентов с диагнозом смерти мозга, а также для представителей организаций по оказанию паллиативной помощи, юристов и специалистов в области этики.

Целесообразно выделить следующие структурные элементы образовательного модуля по диагностике смерти мозга (включающего элементы коммуникативного тренинга):

1. Обсуждение базовых составляющих диагностики смерти мозга, в частности, клинических и дополнительных (инструментальных) тестов; особенностей констатации у различных возрастных категорий (отличия в констатации у взрослых и детей).

2. Анализ религиозного, философского, морально-психологического, кросскультурного аспектов проблемы.

3. Описание процесса донорства органов после кардиологической смерти и смерти мозга.

²⁶⁵ Lloyd-Williams M., Morton J., Peters S. 2009: 659–664.

4. Обсуждение проблем коммуникации в отношении смерти мозга и демонстрация подходов к коммуникации с членами семей пациента с диагнозом смерти мозга.

Процесс легитимизации критерия смерти мозга прошел долгий путь во многих странах мира. Однако обсуждение проблемы смерти мозга в российском образовательном пространстве чрезвычайно актуально. Это связано с наличием множества мифологем общественного сознания, вызывающих общественное недоверие к диагнозу смерти мозга, а так же со слабой информированностью о диагнозе медицинского сообщества, различием имеющихся клинических практик. Подобные проблемы касаются не только России. Так, наличие перечисленных выше проблем инициировало разработку международного мастер-класса «Моделирование смерти» — ежегодного семинара для врачей, проходящего в университете Чикаго. В основе его лежит идея обучения единым стандартам диагностики смерти мозга в связи с их отсутствием в американских госпиталях. Такого рода мастер-класс востребован и в России.

3.3. ЭТИКО-ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ МОЗГА

В упомянутом выше Докладе Президентской комиссии по биоэтике²⁶⁶ выделяется ряд основных подходов к анализу проблемы смерти мозга. Различие этих подходов, прежде всего, обусловлено этическим контекстом. Вынесение вердикта относительно ценности того или иного способа бытия, относительно того, что считать специфически человеческим способом существования, лежит в основе диаметрально противоположных или же дополняющих друг друга позиций относительно равнозначности смерти мозга и биологической смерти.

Ниже мы, опираясь на текст Доклада, попытаемся воспроизвести данные базисные позиции. Сразу же отметим, что за каждой из них стоит своя этическая модель с четко зафиксированной линией аргументации. Конфликт концептуальных позиций носит, прежде всего, этико-мировоззренческий характер. Данный конфликт, к сожалению, не может быть разрешен исключительно средствами «нейтрального» научного знания. И в связи с этим любое разрешение ситуации в пользу легитимации смерти мозга или ее придание данному диагнозу нелегитимного статуса всегда будет испытывать

²⁶⁶ Controversies in the Determination of Death A White Paper of the President's Council on Bioethics Washington, DC December 2008 – http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf

влияние культурных норм, сложившихся представлений относительно категорий жизни и смерти.

Рассмотрим, следуя тексту Доклада, основные позиции по отношению к диагнозу смерти мозга:

1. Первая позиция отклоняет широко распространенный консенсус относительно того, что существующий неврологический стандарт этически валиден для детерминации смерти.

2. Вторая позиция его защищает, но принимает во внимание аргументы противников, рассматривая их как своего рода вызов, ответ на который поможет укрепить здание философской аргументации в пользу неврологического стандарта.

Обе эти позиции отталкиваются от постулирования научного консенсуса, закрепившего легитимацию диагноза «смерть мозга». Должна ли так рассматриваться смерть, является ли она лишь юридическим понятием или предметом общественного договора? При этом ни одна позиция не призывает к ослаблению стандартов на основании известных в настоящее время клинических и патофизиологических фактов.

3. Третья позиция утверждает, что существует два вида смерти: смерть человека, то есть отсутствие потенции разума и чувств, и смерть тела или организма. Исходя из этой третьей философской позиции, человек, которому поставлен диагноз смерти мозга, вызывающий его недееспособность в отношении специфически человеческих качеств, считается «мертвым человеком». Однако умершему придается ценность в прагматическом аспекте: прежде всего в качестве источника органов (к таким относят не только пациентов со смертью мозга, но и анэнцефалических новорожденных).

Напомним, что восприятие пациентов с диагнозом смерти мозга зачастую связано с дискомфортом неопределенности. Такие пациенты не воспринимаются как мертвые. При смерти мозга могут наблюдаться следующие двигательные реакции: поворот головы в сторону, рефлекс, возникающие при сгибании шеи (сокращение мышц брюшного пресса, сгибание в тазобедренном суставе, сгибание в локтевом суставе, опускание плеча в ответ на поворот головы), одностороннее разгибание-пронация, сгибание–отдергивание руки, изолированное подергивание пальцев, сгибание и подъем плеча, движения, напоминающие дыхательные, без изменения дыхательного объема, асимметричное опистотоническое положение тела, сгибание туловища в пояснице, имитирующее сидячее положение, брюшные рефлекс, сгибание пальцев в ответ на постукивание, феномен тройного сгибания, симптом Бабин-

ского, псевдодецеребрация, симптом Лазаря, сложные сочетанные движения и др.²⁶⁷ В случаях забора органов в связи с этим зачастую выдвигается требование применения седативных мер, поскольку некоторые признаки продолжающейся биологической жизни, такие, как открытые глаза и дыхательные движения пациентов, могут отвлекать хирургов и вызывать у них тревогу²⁶⁸.

Насколько данная практика оправдана с моральной точки зрения — вопрос дискуссионный. Человеческий облик (образ), который не утрачивают пациенты с диагнозом смерти мозга, а также признаки его проявления в двигательных реакциях, вызывает беспокойное проявление морального чувства в каждой конкретной ситуации, что еще раз подчеркивает необходимость личного принятия и согласования результатов научного консенсуса, с целью утверждения своей собственной профессиональной компетенции, профессиональной идентичности.

Чрезвычайно важным представляется проведение отчетливого различия между индивидом с тотальным повреждением мозга и индивидом с другими видами состояний, совместимых с сознанием.

Двусмысленность признаков, которые демонстрирует умерший, ставят проблему оценки его внутреннего состояния, наличия или отсутствия внутреннего мира, сознания. Однако оно не может быть «схвачено» клиническими методами, измерено инструментальным путем, поэтому, если следовать духу эмпирической оценки, предполагается, что его просто нет. Между тем, проблема существования максимально редуцированной сознательной деятельности неизбежно поднимается в свете данных современной нейробиологии, поскольку сохранность частичной нейронной активности (у пациентов с диагнозом «смерть мозга») вполне может означать наличие отдельных элементов сознательной деятельности, пусть угасающей, но все же сознательной.

Проблема, возникающая в связи с появлением альтернативы «двух смертей» состоит в том, что она расширяет концепт смерти за пределы основного значения, которое он имел в человеческой

²⁶⁷ См.: Диагностика смерти мозга: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей/[Стулин И.Д. и др.]/Под ред. И.Д. Стулина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

²⁶⁸ Controversies in the Determination of Death A White Paper of the President's Council on Bioethics Washington, DC December 2008 – http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf

истории. Как отмечают авторы Доклада, человеческие существа — это члены огромного семейства живых существ и фундаментальной правдой является то, что каждый индивидуум неминуемо умирает. Вместе с тем современный прогресс в сфере технологий не дает оснований для сбрасывания со счетов старой идеи, что мы умираем не как личности, а скорее, как члены огромной семьи живых существ. Поэтому состояние пациента со смертью мозга лишь указывает на трансформацию (когда он лишен по причине травмы определенных ментальных качеств, сердцебиения), а не свидетельствует о смерти.

Отсутствие уверенности в том, жив человек или мертв, может привести к вполне прагматичным действиям, ведущим к прекращению медицинского вмешательства и изъятию органов у таких пациентов. Основанием этой, не безупречной с этической точки зрения, стратегии поведения является своего рода применение анализа затрат/выгод для анализа целесообразности вмешательства. Бесплезность технологической поддержки в совокупности с ее высокой стоимостью формируют ситуацию снижения моральных запросов (порога морального чувства), выраженную в ориентации на прекращение медицинского вмешательства.

Опасность применения такого подхода становится очевидной в свете аргумента «наклонной плоскости». Бесплезность медицинского вмешательства может стать прикрытием для попустительства и халатности не только при попытках решения проблемы поддержки пациентов с диагнозом смерти мозга, но и лиц с устойчивым коматозным состоянием, инвалидов и т.д., то есть тех уязвимых категорий граждан, чья жизнь на прагматической шкале оценивается как бесплезная. Существующая неопределенность границ между жизнью и смертью определяет переход от живого тела к трупу как в определенной степени мистерию, которая не может быть объяснена в рамках полномочий науки и медицины.

Постараемся кратко осветить ключевые моменты непрекращающейся дискуссии по смерти мозга

Представители **Позиции 1** утверждают, что не существует биологического основания для современного неврологического стандарта.

Неврологический стандарт смерти опирается на идею, что феномен смерти может быть скрыт. Сравнение, используемое Президентской комиссией, выражает данную идею следующим образом: когда вентилятор поддерживает жизненно важные телесные функции, это технологическое вмешательство затемняет наше видение феномена. То, что является знаком продолжающейся жизни

в поврежденном теле, является фактически артефактом технологической интервенции и препятствием для установления правды. Технологическое вмешательство создает прецедент присваивания неживому признаков живого, создания видимости живого, путем поддержки признаков, которые традиционно сопровождали жизнь, — дышащих легких и бьющегося сердца, что мешает дать правильную интерпретацию состоянию и лишь использование теоретической модели позволяет констатировать смерть.

Возможно применение и другой (прагматической) модели для оценки состояния: не на основе потери способности к самостоятельному существованию и утраты интегративного единства, а на прагматичном основании готовности тела к захоронению. Тело может быть описано как мертвое только в том случае, если в нем не протекают процессы, связанные с циркуляцией крови, питательных веществ и кислорода, необходимых для энергоснабжения клеток, тканей и систем органов. Однако, исходя из таблицы, приведенной ниже, где обозначены функции, которые сохраняются у пациентов с диагнозом смерть мозга, достаточно сложно говорить о том, что человек действительно умер.

Таблица 2²⁶⁹

Гомеостаз бесчисленного множества взаимодействующих между собой химических веществ, макромолекул и физиологических параметров.
Ликвидация, детоксикация и утилизация отходов клеточной деятельности.
Энергетический баланс.
Поддержка температуры тела (хотя и на уровне ниже нормального и с помощью одеял).
Заживление ран.
Борьба с инфекциями и инородными телами. Развитие лихорадочного ответа на инфекцию. Сердечно-сосудистые и гормональные реакции стресса на разрез без применения анестезии для извлечения органов. Успешная гестация плода в организме беременной женщины (со смертью мозга). Половое созревание ребенка со смертью мозга. Пропорциональный рост ребенка со смертью мозга.

²⁶⁹ См.: Controversies in the Determination of Death A White Paper of the President's Council on Bioethics Washington, DC December 2008 – http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf

Эти функции имеют значение для обеспечения функционирования жизненно важных органов в теле пациента с тотальным повреждением мозга (термин, употребляемый в докладе Президентской комиссии по биоэтике вместо понятия «смерть мозга»). Они объясняют длительную поддержку пациентов в некоторых (достаточно редких) случаях и подтверждают продолжающееся функционирование тела в качестве целого.

Быть живым в качестве биологического организма — это быть целостностью, то есть быть чем-то большим, чем просто сумма своих частей. В таком случае сложно отрицать, что тело пациента с тотальным повреждением мозга все еще может быть живым, по крайней мере в некоторых случаях. Вместе с тем взгляды защитников концепции медицинской бесполезности позволяют выносить суждение о возможности прекращения оказания медицинской помощи в случае, если оно не может привести какое-то благо или когда оно накладывает непропорциональное бремя на пациента, который несет его на себе или на своей семье.

Итак, представители **Позиции 1** утверждают наличие достаточного основания для сомнений в том, что пациент с диагнозом смерти мозга умер и предполагают, что в ситуации с устойчивой неопределенностью (каковой и является диагноз смерти мозга) единственным этически правильным курсом будет признание таких пациентов все еще живыми человеческими существами. В конечном итоге, такое предположение не препятствует этическому решению об отключении жизнеподдерживающего лечения или прекращении жизнеподдерживающих мер, основываясь на той точке зрения, что такие меры бесполезны.

Позиция 2. Есть биологическое основание современного неврологического стандарта.

Позиция 2 пытается отстоять очевидность биологического основания для современного неврологического стандарта. Все организмы, в отличие от неодушевленных предметов, которые существуют по инерции, не прилагая усилий, сохраняются только благодаря собственным усилиям. Чтобы сохранить себя, обеспечивая необходимые средства к существованию, организмы должны вступать в контакт с окружающим миром. В этом их отличие от неодушевленных предметов и от мертвых тел. Представители **Позиции 2** полагают, что функционирование организма, выраженное в его взаимоотношениях с окружающим миром, зависит от трех основных возможностей:

1. Открытости миру, то есть восприимчивость к стимулам и сигналам из окружающей среды.

2. Способности оказывать влияние на мир, чтобы получить выгоду, что ему нужно.

3. Базовой способности ощущения, дающей возможность организму действовать так, как он должен действовать и получать то, в чем он нуждается, и что возможно благодаря открытости.

Она проявляется у человека и у животных в работе сознания или осознании ощущений, даже в рудиментарных формах. Когда пациент с устойчивым вегетативным состоянием реагирует на свет и на боль, имеет глотательный рефлекс, испытывает периоды бодрствования и сна, даже не подавая признаков самосознания, — такое состояние оценивается как присущая организму, витальная открытость окружающему миру. Такой организм не может считаться мертвым.

Самосохранение в отношениях с окружающей средой предполагает больше, чем просто открытость и восприимчивость. Это также требует принятия воды и пищи и наличие способности дыхания, которое обеспечивает метаболизм. Организм, который дышит спонтанно, как полагают представители Позиции 2, не может быть мертв.

Так же, как спонтанное дыхание само по себе показывает открытость организма и способность действовать в мире, оно демонстрирует третью способность, имеющую решающее значение для фундаментальной работы по самосохранению — импульс дыхания. Эта потребность не должна сознательно чувствоваться, чтобы быть эффективной для обеспечения дыхания. Она сознательно не ощущается у коматозных больных, у которых проверяется оставшееся рудиментарное дыхание (например, с помощью «апноэ» теста). Наличие дыхания свидетельствует о продолжающемся импульсе жизни организма. Естественное дыхание, даже при отсутствии сознания или самосохранения — верный признак того, что организм как целое, совершает работу, которая конституирует и сохраняет его как целостность ²⁷⁰.

Как признак жизни, спонтанное дыхание может и должно быть отделено от технологически поддерживаемого, свидетельствующего о пассивном состоянии существа, находящегося на венти-

²⁷⁰ Controversies in the Determination of Death A White Paper of the President's Council on Bioethics Washington, DC December, 2008 –

http://www.thenewatlantis.com/docLib/20091130_determination_of_death.pdf

ляционной поддержке. Искусственное, не–спонтанное дыхание, по мнению тех, кто разделяет **Позицию 2**, не свидетельствует об организме как о целом. Оно не является заслугой организма в его отношениях с окружающей средой, не является признаком его жизненной силы. Вентилятор лишь искажает восприятие смерти человека, смерти человеческого организма в качестве функционирующего целого, имитируя подлинное функционирование организма, позволяя некоторым его системам продолжать работать. Моделирование «дыхания» не является, с точки зрения представителей данной Позиции, жизненно важной функцией и признаком жизни.

Феномен дыхания, таким образом, рассматривается в качестве фундаментального основания необходимой для человеческого существования открытости миру — черты, которая фундирует человеческие потребности. Противники данной концепции подчеркивают, что живое существо не может считаться мертвым только на основании того, что оно утратило способность дышать спонтанно. Так, проведение ИВЛ осуществляется при многих расстройствах: пневмонии, отеке легких, сепсисе, нарушениях функции центральной нервной системы, при проведении общей анестезии в связи с возможностью угнетения дыхания и др.

Наличие многочисленных показаний к применению ИВЛ не означает, что утрата спонтанного дыхания не тождественна потере человеческого способа существования, поскольку отсутствие дыхания не тождественно отсутствию сознательной деятельности. Утрата способности дыхания возможна при наличии других жизненно важных функций. Например, пациенты с повреждениями спинного мозга могут иметь частичное дыхание или неспособны дышать без вентиляционной поддержки и все еще сохранять полное или частичное сознание. Так же как и способность дыхания, признаки сознания являются необходимым доказательством того, что живой организм — пациент — жив.

Таким образом, в соответствии с **Позицией 2**, тотальное повреждение мозга может служить критерием для констатации смерти — не по причине того, что оно с необходимостью указывает на полную потерю интегративного соматического функционирования, но потому, что является признаком того, что организм более не участвует в важной работе, определяющей жизнь человека.

Подход для оценки витального статуса пациента, у которого диагностирована смерть мозга, подчеркивающий критическую важность, как спонтанного дыхания, так и способности сознания,

был выдвинут британским неврологом К. Паллисом. Его позиция повлияла на формирование неврологического стандарта в Великобритании.

Причина, по которой должны быть выбраны именно функции сознания и дыхания, носит социальный характер. (Паллис называет ее «социологическим контекстом» базовых концептов жизни и смерти. На Западе это контекст иудео-христианской традиции, в которой дыхание и сознание — две важнейшие черты человеческого существа.) «Отсутствие способности дыхания — это то же самое, что и отделение сознательной души от тела, так же как «утрата способности дыхания» — это то же самое, что отсутствие дыхания жизни»²⁷¹. Паллис также отмечает широко распространенное во многих языках тождество, связывающее душу и дыхание.

Несколько отстраняясь от текста Доклада, подчеркнем от себя еще раз, что вся коллизия по поводу диагноза смерти мозга носит ярко выраженный культурный характер. Новые технологии спровоцировали борьбу концептуальных оснований с целью легитимации той или иной практики. Несоизмеримость концептуальных аргументов, которую прекрасно проиллюстрировал в своей знаменитой книге «После добродетели» А. Макинтайр, свидетельствует о современном состоянии (кризисе?) самой культуры, сформировавшей из различных традиций огромный гардероб ценностей и не знающей, какие из них предпочесть на сегодняшний день.

Позиция, отраженная в Докладе, «подрывает» позицию Паллиса по двум основным пунктам: по проблеме выделения наиболее значимых (в том числе культурно значимых) черт для формирования человеческой идентичности и по проблеме валидности локальных культурных ценностей для выдвижения универсального, транскультурного определения смерти. Стоит отметить, что, критикуя Паллиса за его социокультурный подход, представители **Позиции 2** попадают в расставленную ими самими ловушку. Позиция 2 также отдает предпочтение определенным функциям по отношению к другим, свидетельствуя о потере способности дыхания и взаимодействия с миром как об остановке наиболее важных функций организма в целом. Подчеркивая их универсальный характер, представители данной Позиции сознательно игнорируют, что такая фундаментальная для человека ценность как открытость организма миру — кристаллизуется в результате

²⁷¹ Там же.

рефлексии, отсылающей к локальной культуре, правда, рефлексии, за которой стоит не религиозное чувство и древние архетипы, а культура философско-биологического мышления. И так, в Докладе подчеркивается, что организм — уникален, поскольку может и должен постоянно действовать и быть открытым среде. С этой философски-биологической перспективы становится ясным, что человеческое существо с разрушенным стволом мозга потеряло функциональные свойства, которые определяли жизнь организма. Стандарт Великобритании, в котором отражена позиция Паллиса, признает критерием смерти мозга «смерть ствола мозга», а не тотальное повреждение мозга. Как отмечается в тексте Доклада, такая редукция, будучи концептуально подозрительной, является клинически опасной, поскольку предлагает, чтобы подтверждающие тесты, которые выходят за рамки проверок апноэ и рефлексов ствола мозга, просто излишни ²⁷².

Вместе с тем авторы подчеркивают, что особенно важным становится правильная оценка состояния пациента на пути к смерти. Тщательная диагностика состояния пациента, с точки зрения авторов Доклада, не означает, что органы умерших пациентов должны поддерживаться как можно дольше. Они выбирают из этического багажа современной культуры ценность «уважения перед мертвыми» и отмечают, что прекращение медицинского вмешательства вызвано уважением именно к этой ценности. Авторы Доклада настаивают, что семьи пациентов со смертью мозга должны быть избавлены от нравственных страданий по поводу дальнейшего лечения и предлагают для этого соответствующую аргументацию, «безупречное обоснование», так называемый аргумент от «целого».

Защитники неврологического стандарта «полной смерти мозга» опирались на идею, что для того, чтобы считаться живым, организм, любое живое существо должны представлять собой некую целостность. Биологической активности различных клеток или тканей само по себе не достаточно, чтобы свидетельствовать о наличии живого организма. В связи с этим частичная биологическая активность в клетках и тканях не свидетельствует о существовании организма как целого. Такой подход утверждает, что разрозненные части некогда живого организма остаются, но не являются организмом в целом. Поэтому определение момента потери

²⁷² Там же.

«целостности» тела предшествует прекращению биологической активности во всех различных клетках или тканях. Определение того, остается ли организм целостностью, зависит от признания сохранения или отключения фундаментальных жизненно важных функций живого организма, его самосохранения, достигаемого за счет поддержки необходимых связей с окружающим миром. Отсутствие соматической интеграции, которое изначально рассматривалось сторонниками раннего неврологического стандарта в качестве критерия смерти мозга, не может считаться критическим признаком того, что организм не является больше целостностью.

У пациентов с полной смертью мозга, некоторые части тела могут по-прежнему работать интегративно, как было показано в приведенной выше таблице. Если этих видов интеграции достаточно, чтобы определить присутствие живого «организма как целого», то «полная» смерть мозга не может служить критерием смерти, а неврологический стандарт, отраженный в законодательстве, не будет иметь должного обоснования.

Таким образом, как подчеркивают авторы Доклада, определение того, остается ли организм целостностью, зависит исключительно от признания сохранения или прекращения фундаментальных жизненно важных функций живого организма, его самосохранения, достигаемого за счет поддержки необходимых связей с окружающим миром. Когда есть все основания полагать, что травма необратимо уничтожила способность организма выполнять основные жизненно важные функции, тогда можно сделать вывод, что организм перестал существовать как целое.

3.4. ЭТИКО-ПРАВОВОЙ КОНТЕКСТ ДИАГНОСТИКИ СМЕРТИ МОЗГА

Этико-правовой контекст диагноза смерти мозга включает в себя широкий спектр проблем, часть из которых обозначена нами выше.

1. Проблемы моральной и социокультурной приемлемости концепции смерти мозга.

Проблемное поле феномена смерти в эпоху интенсивного развития медицинских технологий фиксирует глубокое расхождение между социокультурными архетипами относительно смерти и умирания, связанными с традиционным пониманием смерти как остановки сердцебиения и дыхания, и смертью мозга как смертью-артефактом. Отказ от естественных критериев смерти проблематизирует этическое самопонимание человека в связи с появлением нового образа человеческой жизни как «артефакта технологической поддержки», «артефакта ИВЛ».

Между тем, принятие технологического императива смерти и легитимация концепции смерти мозга должны предполагать широкий учет таких параметров, как право на многообразное понимание жизни и многообразие концепций смерти со стороны донора. Это учет его мировоззренческой позиции по отношению к концепции смерти мозга, согласия семьи донора на трансплантацию, осознание возможности профессиональной ошибки и т.д. Цивилизованный путь внедрения новой концепции смерти

во многих странах мира оказался сопряжен с преодолением мировоззренческих рисков. Общество может накладывать печать естественности или противоестественности на определенную научную конвенцию, как бы обрамлять ее социокультурным налетом. Особенно то общество, устойчивость которого напрямую связана с ответом на вопрос: как при активном применении новых технологий не ущемить систему прочно устоявшихся взглядов, привычек, религиозных устоев, основополагающих для достоинства личности. Например, в Сербии — стране с прочными религиозными традициями — концепция смерти мозга требовала признания не только со стороны научного сообщества, но не в меньшей степени и со стороны Церкви. Первый закон по трансплантации органов здесь был принят в 1996 г., а в декабре 2000 г. был проведен симпозиум по констатации смерти мозга в Белграде. Клиницисты пришли к необходимости поставить знак равенства между смертью мозга и традиционным пониманием смерти, а не признавать его лишь в случае потенциального органного донорства. Эксперты судебной медицины, отстаивая свой взгляд на проблему, высказались за проведение национального опроса. По просьбе медицинского сообщества, Сербская Православная Церковь рассмотрела проблемы трансплантации и пришла к заключению, что нет причин выступать против процедур констатации смерти мозга, если они выполнены на основании современных научных достижений и без нарушения норм христианской морали. Таким образом, религиозный институт разрешил корпоративный (в рамках медицинского сообщества) конфликт, вывел единую приемлемую для всего общества линию поведения в отношении детерминанты смерти.

Такая ситуация в целом не характерна для западного мира. Как правило, современный западный человек (социум) испытывает кризис мировоззренческих оснований и не склонен апеллировать к религиозным институтам в поиске общезначимой истины. По аналогии, он также вынужденно толерантен и к научным стандартам, поэтому такие проблемы, как смерть мозга, не перестают обсуждаться ни в мировоззренческом, ни в сугубо научном контексте.

2. Этико-правовые проблемы различных дефиниций «смерти мозга»

На современном этапе исследования этических и правовых проблем «смерти мозга» выделяется, как минимум, три определения смерти:

смерть всего мозга, включая его ствол (так называемая «полная» смерть мозга), характеризующаяся необратимым прекращением всех функций головного мозга, необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания и исчезновением всех ствольных рефлексов (легализовано в большинстве стран мира);

смерть ствола мозга (при которой могут сохраняться признаки жизнеспособности мозга, в частности их электрическая активность, — легализовано в Великобритании);

смерть высших отделов мозга (в США ведутся ожесточенные споры за легализацию).

Основной аргумент против последнего критерия смерти — темпоральный: сознание человека способно восстанавливаться после длительного пребывания в вегетативном состоянии, то есть смерть не носит необратимого характера. Кроме того, не до конца определен онтологический статус пациента со смертью мозга в связи с трудностью отождествления тела, принадлежащего личности, с той личностью, которой было это тело.

Аргументы сторонников смерти высших областей головного мозга отталкиваются от констатации того факта, что индивидуальный поток сознания имеет свой материальный субстрат. При разрушении этого субстрата (мозговых полушарий и прежде всего коры головного мозга) жизнь личности (но не организма) становится невозможной.

В качестве контраргумента необходимо признать, что сама эта невозможность имеет характер строгой культурной детерминации. Дефиниции личности как носителя сознания противопоставит понимание личности как интегративного единства телесности, обеспечиваемого не столько деятельностью мозга, сколько функционированием тела. (Такая точка зрения даже в отношении критериев «полной» смерти мозга будет рассмотрена нами ниже.) Она отрицает право общества на изъятие органов у индивидов, страдающих различными вариантами разрушения сознательной деятельности: и вегетативным состоянием, и смертью мозга и признает их право на жизнь. Онтологическая дефиниция смерти может быть подвергнута критике как на основании натуралистического, так и метафизического подхода. Даже концепция разделения функций мозга на низшие и высшие иногда считается страдающей философской метафорикой, поскольку мозг является одним целым, концентрируемым стволом и лишь его смерть приводит к распаду ранее функционировавшего целого.

Некоторые исследователи также ссылаются на правомерность разделения дефиниции смерти мозга на два варианта: согласно первому — смерть мозга это прекращение всех функций мозга, согласно второму (клиническому) — функции мозга как целого. В соответствии с последней дефиницией некоторые функции мозга могут сохраняться, в то время как в соответствии с первой — ни одна.

Из этого вытекают два концепта смерти мозга. Первый определяет смерть мозга как состояние необратимой утраты всех функций головного мозга. Второй подход рассматривает смерть мозга как состояние утраты интегративной функции мозга, вследствие чего нет нужды констатировать прекращение всех функций мозга, чтобы назвать человека мертвым.

3. Этико-правовые проблемы диагностики необратимости прекращения всех функций головного мозга

Данная проблема касается выявления необходимых критериев констатации смерти мозга и проверки их надежности. Исследования последних лет выявляют тенденцию к упрощению подхода к диагностике смерти мозга. В частности, наблюдается отказ от дополнительных методов диагностики или выбор среди них не наиболее надежных, а наиболее экономически доступных. По сравнению с Гарвардскими критериями, в большинстве стран мира значительно сократился период наблюдения больного: с 24 часов до 6 часов. Сравнительный анализ руководств по констатации смерти мозга выявляет дефицит в упорядоченной формулировке трех отдельных структурных элементов концепции смерти мозга: определения смерти, анатомико-физиологического субстрата (критерии смерти мозга) и тестов (клинических и дополнительных), что мотивирует появление исследований, аргументирующих отказ от неврологических критериев смерти.

4. Проблемы этико-правовой регуляции действий врача после констатации смерти на основании диагноза «смерть мозга»

Данная группа проблем, в первую очередь, связана с прояснением оснований личного морального выбора врача: продолжение применения реанимационных мероприятий или отключение аппарата ИВЛ и оповещение близких пациента о его смерти. С другой

стороны, она затрагивает проблему справедливого распределения ресурсов здравоохранения с учетом проблем констатации смерти. Так, сокращение периода наблюдения во время диагностики смерти мозга может быть вызвано экономической и этической целесообразностью (более эффективное использование коечного фонда), но значительно увеличивает риски врачебной ошибки, намеренного искажения картины болезни. По аналогии, наблюдаемой во многих странах мира, отказ от применения дополнительных методов диагностики смерти мозга требует тщательного анализа этико-экономической компоненты данной проблемы.

5. Проблема смерти мозга в связи с развитием клинической трансплантологии

Теневая стороны диагноза смерти мозга обусловлена наличием иногда жестко фиксируемой (например, в Австрии действуют «Рекомендации по проведению диагностики смерти мозга при запланированном изъятии органов»), иногда неотчетливо артикулируемой связи между донорством органов и трансплантацией. Развитие клинической трансплантологии, имеющей, безусловно, огромный потенциал, связано с решением множества этических проблем, одной из которых является доверие населения к медицинскому сообществу, пациента к доктору. Доверия и искренности в отношениях «врач — пациент» сегодня наблюдается гораздо меньше, чем хотелось бы, в любой стране мира. Во многом это обусловлено доступностью медицинской информации для населения. Как следствие, для медиков возникает необходимость работать со СМИ с целью устранения негативных стереотипов относительно трансплантологии. Совершенно ясно, что такая практика необходима и в нашей стране, однако негативной стороной этой практики способно стать полное или частичное искажение принципа информированного согласия, когда особенно сильно освещаются положительные черты трансплантации и замалчиваются возможные проблемы со здоровьем как у доноров, так и у реципиентов. С другой стороны, основным условием социального доверия к трансплантологии выступает наличие уверенности в том, что ни один пересаженный орган не был взят у человека, чья смерть была доказана неопровержимо. «Черные истории» о ложной констатации смерти мозга, распространяемые в информационном пространстве, способны порождать негативный эмоциональный фон относительно донорства органов и срывать перспективы развития трансплантологии.

6. Особо этизированные вопросы: диагностика смерти мозга у детей

В западной учебной и научной литературе особые этико-правовые акценты расставляются в связи с анализом проблем диагностики смерти мозга у детей и детского донорства. Ребенок-пациент находится в состоянии особой уязвимости и зависимости, обладает физиологией, отличной от физиологии взрослого. Как правило, по отношению к детям применяются более жесткие стандарты диагностики смерти мозга (увеличивается продолжительность наблюдения, применяются дополнительные методы и т. д.).

Предложения перенести рекомендации по констатации смерти мозга взрослых на детей не встречаются ни в одной рекомендации по констатации смерти мозга. Отмечаются физиологические особенности мозга новорожденных и мозга детей в раннем детском возрасте. По результатам специальных исследований, способность к регенерации мозга в раннем детском возрасте существенно выше по сравнению с мозгом взрослых. Это обосновывается более низкой потребностью в кислороде и более низким энергетическим обменом, младенцы способны лучше компенсировать остановку дыхания, детский мозг обладает большей пластичностью. У новорожденных наблюдается такой уровень толерантности по отношению к гипергликемии и ацидозу, который у взрослых был бы несовместим с жизнью, вторичное повреждение мозга у детей бывает чаще, чем у взрослых, у детей имеются особенности реакции зрачка на свет и проявления окулоцефального рефлекса. Потерю сознания сложнее диагностировать у детей, чем у взрослых. Эти факты позволяют сделать вывод об особенностях диагностики смерти мозга у детей. Ряд исследователей указывает на особую сложность такой диагностики: отмечается, что прекращение кровообращения у детей-пациентов со смертью мозга ни скинтографически (S. Ashwal, S. Schneider²⁷³), ни с помощью доплерсонографии (M. Jalili, M. Crade²⁷⁴) или ангиографии (K. Okamoto, T. Sugimoto²⁷⁵) не доказуемо; подобные выводы следуют и в отношении других методов, например, ЭЭГ (G. Pamiglione, A. Harden)²⁷⁶.

²⁷³ Ashwal S., Schneider S.//Ann. Neurol. 1979. № 6. P. 512–517.

²⁷⁴ Jalili M., Crade M.//Clin Pediatr. (Phila). 1994. V. 33. P. 669–674.

²⁷⁵ Okamoto K., Sugimoto T.//Pediatrics. 1995. V. 96. P.518–520.

²⁷⁶ Pamiglione G., Harden A.//Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. 1968. V. 25. P.91.

**ГЛАВА 4.
ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ
ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
ДИАГНОСТИКИ
СМЕРТИ МОЗГА:
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ**

Правовое регулирование констатации смерти мозга весьма неоднородно. Можно выделить несколько групп стран, объединенных схожим отношением к проблеме. К первой группе относятся государства, где предпочтение отдается специальному закону, непосредственно связанному с данной проблемой (Исландия, Италия, Швеция и Словения, Голландия, Люксембург, Венгрия, 6 кантонов Швейцарии). Вторая представлена странами, где проблема смерти мозга рассматривается в рамках законов о трансплантации органов (Германия, Австрия). В третью группу входят государства, в которых смерть мозга обсуждается в принятых медицинским сообществом руководствах (руководящих принципах) и рекомендациях (США, Швейцария и Канада, Великобритания, Польша).

В то время как Исландия, Италия, Швеция и Словения регулируют констатацию смерти в специальном законе на основании критериев полной смерти мозга, в Великобритании и Польше доказывается прекращение функции ствола мозга.

Преимущества той или иной схемы регулирования проявляются при выявлении расставленных акцентов в конфликте прав врача и пациента. Так, отказ от законодательного регулирования (путем использования руководящих принципов или общих рекомендаций) ставит во главу угла профессионализм врача и его право действовать сообразно с собственным видением проблемы, что может быть чревато искаженными представлениями картины болезни и врачебными ошибками. На современном этапе накопления знаний о проблеме смерти мозга в странах, где нет законодательного регулирования, признается необходимость унификации диагностических критериев, перехода к жесткому документационному контролю (использованию протоколов). Особенно это важно в педиатрической практике. В США констатация смерти мозга у детей обычно подтверждается в течение двух дней с момента первичной постановки диагноза. После подтверждения диагноза смерти мозга, рассматривается дальнейшая линия поведения:

большинство детей отключают от систем жизнеобеспечения, лишь небольшая часть становятся донорами.

Законодательное регулирование констатации смерти мозга, прежде всего, защищает пациента от врачебного произвола и, как правило, более четко регулирует отношения между родственниками пациентов, врачебным персоналом и трансплантологами.

Во многих странах приняты законы, регламентирующие регистрацию смерти мозга (Канада, США и др.), существуют руководства, определяющие данный вопрос. Согласно этим законам, смерть мозга приравнивается к смерти организма. В ряде стран принятые правовые стандарты диагностики смерти мозга включены в законодательные акты, регулирующие трансплантацию органов. Однако наложение практики трансплантации органов на диагностику смерти мозга рождает недоверие, как к возможности «чистой трансплантации», так и к врачебному сообществу. Между тем, даже на прагматическом основании разведение данных практик оправдано: огромное количество пациентов с диагнозом «смерть мозга» бесполезны в качестве доноров.

Ниже мы попытаемся в обзорном порядке рассмотреть некоторые модели констатации проблемы смерти мозга и отношения к проблеме донорства в различных странах. В свете постоянных изменений в сфере международного законодательства часть сведений уже, возможно, устарела или требует существенных корректировок. Нет специфически азиатской, европейской или американской модели отношения к смерти мозга. Однако в выбранных нами для анализа странах (прежде всего России, Японии, Германии США и Канады) в настоящее время имеется существенное напряжение и известная доля осторожности, связанные с пониманием неоднозначности, «непрозрачности» как самого понятия «смерть мозга», так и его практического применения.

4.1. ЛИБЕРАЛЬНО–КОНСЕРВАТИВНЫЙ ВАРИАНТ: ЯПОНСКАЯ МОДЕЛЬ ДОНОРСТВА ОРГАНОВ

В Японии особая Комиссия Министерства здравоохранения и благополучия (Japanese Ministry of Health and Welfare) в 1984 г. предприняла исследование проблем смерти мозга. За это время было выявлено 718 случаев больных с погибшим мозгом. Были разработаны критерии смерти мозга, включая детей старше шести лет. Прежде всего, у больного обязательно должно быть необратимое органическое поражение мозга, подтвержденное компьютерной томографией. Клинические критерии совпадают с критериями, признанными во многих других странах. Апноэ подтверждается разъемным тестом, минимальный срок наблюдения с момента выявления полной клинической картины смерти мозга, включая ЭММ составляет 6 часов²⁷⁷.

Японский закон о трансплантации (1997 г.) заменил прежний «Закон о трансплантации роговицы и трансплантации почек» (1979 г.) и впервые открыл путь трансплантации сердца. Принятие нового закона было итогом длительных дискуссий относительно концепции смерти человека, донорства органов и трансплантологии.

Современное отношение японского общества к проблеме смерти мозга представляет необычный сплав либерализма и традиционализма.

²⁷⁷ Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича, М.: Медицина, 1988. С. 262.

В соответствии с новым японским законом о трансплантации (1997 г.) пациент, которому поставлен диагноз смерти мозга, является мертвым в юридическом смысле только в том случае, если он при жизни одобрил предшествующую трансплантации констатацию смерти мозга (Параграф 6, абзац 3).

Японская модель донорства органов сформирована тремя компонентами:

- плюрализмом смерти,
- приоритетным правом (заявлением) донора,
- согласием семьи на трансплантацию и широким публичным обсуждением права ребенка выражать свое мнение относительно проблемы смерти мозга. Эти составляющие проблемы являются итогом длительных дискуссий о праве распоряжения человеком собственным телом. Одновременно с этим они являются показателями «здорового», оправданного компромисса конфликтующих интересов между семьей, здравоохранением, индивидом и властью, касающихся власти над телом.

Японское общество проявляет консервативную осторожность относительно распоряжения индивидом собственным телом как собственностью, отдавая приоритет консенсусу между традициями семьи и правами индивида. Так, принцип приоритетного права (заявления) донора означает учет пожеланий донора — его право выражать собственное мнение относительно жизни и смерти, право выражать свою волю относительно донорства органов после констатации смерти мозга. Это можно интерпретировать как часть принципа самоопределения, который предполагает защиту воли пациента от постороннего вмешательства. Признание семейного согласия опирается на идею, что человеческая смерть затрагивает не только умирающего, но и членов его семей. Семья разделяет событие смерти и процесс умирания. В японской биоэтике очень популярен анализ концепции смерти мозга, ориентированный на взаимосвязь данной проблемы с отношениями между людьми (*human relationship-oriented analysis of brain death*)²⁷⁸. Ведущие биоэтики Японии подчеркивают: суть смерти в ее резонирующем характере. Поэтому семья обладает правом высказать свое мнение относительно диагностики смерти мозга и изъятия органов.

²⁷⁸ Masahiro Morioka. *Brain Dead Person: Human-relationship-oriented Analysis of Brain-death* (1989). — (<http://www.lifestudies.org/braindeadperson00.html>)

Все вышеперечисленные пункты не применимы по отношению к детям, не достигшим возраста 15 лет. Они не могут быть донорами и в Японии существуют проблемы с развитием детской трансплантологии. В то же время опыт Японии показателен в качестве попытки урегулировать нормы Конвенции о правах ребенка с общественным видением данной проблемы. Речь идет о праве детей выражать свое мнение и обязанности взрослых прислушиваться к этому мнению. В связи с этой нормой наиболее обсуждаемым является вопрос о том, с какого возраста можно предоставить детям право самим выбирать собственную концепцию смерти. Одним из наиболее серьезных, выдвигаемых в форме поправки к закону, выглядит предложение о том, чтобы предоставить детям в возрасте от 6 до 15 лет возможность выражать свое мнение, в том числе и относительно смерти мозга и донорства. Следствием этого является возможность иметь донорские карты и выступать в качестве доноров. Колоссальный сдвиг, который произошел в японском обществе: от полного неприятия трансплантации до поиска сформированной всем обществом модели донорства является результатом активного воздействия информационных технологий, ангажированности данной проблемой ведущих СМИ, выпуска соответствующей литературы (свыше 170 книг посвящено проблеме смерти мозга), непрекращающихся опросов общественного мнения.

Тем не менее «мягкий» японский подход к проблеме смерти мозга вызывает достаточно резкую критику. Япония в своей модели «плюрализма смерти» достигла значительных успехов в отстаивании прав донора, неприкосновенности тела и свободы личности. Однако не решила проблем трансплантации. Испытывая резкий недостаток органов, Япония осуществляет трансплантацию в США или в более дешевом варианте — в Китае, поток органов в котором идет из мест лишения свободы.

4.2. ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПТИМИЗМ И КРИТИКА ПРОБЛЕМЫ

Италия

Итальянский Закон о смерти мозга был принят в 1993 г., Национальный Закон о донорстве органов был принят в 1999 г. В законе 1993 г. четко оговаривались все критерии смерти мозга, процедура ее констатации²⁷⁹. В законе, принятом в 1999 г., гражданам было предоставлено право при жизни выразить свое согласие или несогласие стать донором органов после смерти. «Это можно сделать официально в структурах здравоохранения, сведения заносятся в специальную базу данных, человеку выдается официальное свидетельство. Но юридическую силу имеет также и документ, написанный от руки и подписанный самим гражданином. Также в этом законе была принята «презумция неиспрошенного согласия», когда пациент рассматривается потенциальным донором, если на момент смерти отсутствуют его родственники и он не выразил свою волю при жизни»²⁸⁰.

В этих законах отмечается, что смерть мозга должна устанавливаться комиссией, состоящей из трех врачей: судебным медиком,

²⁷⁹ Norme per l'accertamento e la certificazione di morte//Legge. 1993. № 578. 29 dicembre.

²⁸⁰ См.: Батенева Т. Русская девочка получила итальянское сердце. (<http://www.izvestia.ru/obshestvo/article3110263>)

анестезиологом-реаниматологом, невропатологом или нейрохирургом, судебным медиком или представителем администрации клиники. Продолжительность периода наблюдения составляет от 6 до 24 часов и зависит от возраста пациента: 6 часов для взрослых и детей старше 5 лет, 12 — для ребенка в возрасте от 1 года до 5 лет, 24 часа для ребенка младше 1 года. Обязательным является выполнение ангиографии у маленьких детей для доказательства отсутствия мозгового кровотока. Для детского донорства необходимо письменное согласие обоих родителей или опекуна при отсутствии родителей. Поэтому во время периода наблюдения анестезиолог-реаниматолог проводит беседу с родителями о роли донорства, однако активную роль в создании положительного восприятия донорства играет государство и общество. Национальный биоэтический комитет выносит на публичное обсуждение этические проблемы, связанные с трансплантацией. Программа детского донорства была одобрена и обоснована им в 1994 г., в июне 1996 г. одобрено использование в качестве доноров детей-анэнцефалов (для пациентов в возрасте до года).

В Италии ежегодно выполняется около 3200–3300 пересадок, треть из них — детям. Накопленный итальянскими медиками опыт как в отношении констатации смерти мозга, так и трансплантации органов не вызывает ни моральных, ни технических сбоев в системе органного донорства. Как отмечает российский кардиохирург К. Дейнека, врач клиники Бергамо, донорство в Италии является своего рода «национальной идеей» (в 2006 г. около 70% взрослых итальянцев выражали готовность стать донорами)²⁸¹.

Германия

Необходимо отметить, что итальянский опыт не типичен для всей Европы. В Дании, Люксембурге, Германии и др. существует определенная доля напряженности в отношении констатации смерти мозга и трансплантации. В Германии существует развернутая критика смерти мозга как со стороны философов и этиков, так и со стороны медиков. В частности, оспаривается валидность диагностических тестов. Противники концепции смерти мозга утверждают, что не все функции головного мозга известны и измеримы, вследствие чего доказать необратимый характер повре-

²⁸¹ Батенева Т. Русская девочка получила итальянское сердце. (<http://www.izvestia.ru/obshchestvo/article3110263>)

ждения мозга невозможно. Указывается, что только часть функций головного мозга отражается в ЭЭГ (например, функционирование базальных ганглий нельзя обнаружить с помощью электроэнцефалограммы, возможно наличие артефактов при проведении исследования)²⁸².

Германский историк медицины Claudia Wiesemann отмечает, что германская история смерти мозга представляет собой сплетение конкурирующих историй (нарративов).

Первый нарратив — нарратив достоверности и научного прогресса — защищается сторонниками дефиниции смерти мозга. В соответствии с ним история смерти мозга излагается так, как если бы это была история утерянного рая. Под утерянным раем подразумевается утеря прежнего четкого кардио-пульмонологического критерия смерти. Смерть диагностировалась, когда умирающий человек переставал дышать, и когда его сердце останавливалось.

Однако была ли «эра сердца и легких» действительно золотой? Ошибочная диагностика смерти и страх преждевременного умирания вызывали процесс рефлексии над теориями жизни и смерти.

2. Второй нарратив (имеющий свои аналоги по всему миру) связывается с контекстом обмана и заблуждений. Предполагается, что концепт «смерти мозга» был изобретен равным образом как медицинскими, так и не имеющими отношения к медицине работниками для нужд трансплантологии. Смерть мозга, таким образом, становится данностью, обладающей не столько научной объективностью, сколько представляющей профессиональные интересы, повлекшие за собой определенные прагматические действия.

3. Третий нарратив связан с историей смерти мозга и особенно популярен в США. Его суть в том, что Гарвардская дефиниция смерти мозга была первым медико-этическим документом, созданным в рамках междисциплинарного консенсуса, и это нанесло удар автономии медицины.

Mita Giacomi, проанализировав черновые рукописи и другие источники Комитета, пришел к следующему заключению:

«Для членов комитета, трансплантация была центральной по отношению к цели, но второстепенной по отношению к рито-

²⁸² Klein M. (1996): Erwiderung zu der Stellungnahme von Herrn Prof. J. Link, Benjamin Franklin Universitätsklinikum Berlin, für den Ausschuß für Gesundheit des Deutschen Bundestages vom 9. 9. 96.

рике переопределения смерти». В финальном докладе Комитет охарактеризовал свой ход рассуждений, как будто он начался с размышлений о признаках смерти, и завершился лишь по случайности, удовлетворив интересы трансплантологии. Конструируя свою дефиницию, Комитет начал с характеристики доноров с идеальными органами (идеального донора).

В Германии, в начале 1960-х гг. анестезиологи и представители судебной медицины обсуждали проблему введения новой дефиниции смерти. В это время наличие пациентов, находящихся на искусственной поддержке на больничных койках с необратимым состоянием и повреждениями мозга, порождало дискуссии об их онтологическом статусе. В то же время в центрах по трансплантации начали осуществлять трансплантацию почек от недавно умерших. Эти органы забирались у пациентов с остановкой сердца или дыхания, у кого на несколько минут проводили реанимацию, чтобы предотвратить жизненно важные органы от фатальной деструкции. В 1967 г. Президент Германского Сообщества хирургов создал комитет по реанимации и трансплантации органов, целью которого стала разработка критериев детерминации необратимой смерти. В 1968 г. Комитет Германии издал заявление о детерминации смерти, которое было опубликовано в апреле 1968 г., то есть тремя месяцами ранее Гарвардской дефиниции смерти (!). В нем перечислялись критерии для констатации смерти мозга, например, отсутствие рефлексов или плоская ЭЭГ, а также устанавливалось, что смерть мозга может предполагаться в случае остановки сердца. «Смерть мозга была наименованием для состояний, когда необратимое и полное повреждение мозга предполагалось, но не проверялось. Таким образом, германских хирургов поощряли осуществлять эксплантацию почек и печени от людей с небыющим сердцем»²⁸³.

Claudia Wiesemann задается вопросом о возможной фальсификации истории смерти мозга. Была ли эта история историей прогресса в науке или историей научного обмана?

В 1960–е гг. утилитарные интересы трансплантологии доминировали в дискуссиях о смерти мозга. Хирурги Германии не были заинтересованы в определении исчерпывающих и полных критериев смерти мозга, в связи с этим неопределенным было то, какие тесты следует выполнять при констатации смерти мозга. Реакция

²⁸³ Claudia Wiesemann. The contribution of medical history to medical ethics/ Bioethics in Cultural Contexts. Reflections on Methods and Finitude. Springer. S.190.

правоведов и теологов была однозначно позитивной, они отвели решение этих вопросов в область компетенции медицины. Как отмечает Claudia Wiesemann, даже после неожиданной смерти первого пациента Барнарда через 18 дней после операции, ведущие германские газеты заявили, что первая трансплантация сердца была «необходимым экспериментом». Когда хирург и лауреат Нобелевской премии Вернер Форсманн публично осудил трансплантацию сердца, заявив, что она заставляет врачей быть убийцами своих пациентов, он был подвергнут резкой критике со стороны журнала «Spiegel» за старомодность и иррациональность. «Этические рассуждения, которые противоречили инструментальной рациональности, интерпретировались как атавизм»²⁸⁴.

Как отмечал журнал «Spiegel», Барнард, катающийся на водных лыжах, активный участник дискотек и являющийся другом многих знаменитостей, в своем лице представлял новое поколение молодых врачей²⁸⁵.

Современная Германия является одной из немногих «благополучных» европейских стран, где достаточно хорошо отлажен процесс констатации смерти мозга, как у взрослых, так и у детей.

В ФРГ свод правил установления диагноза смерти мозга разработал в 1982 г. Западногерманский Медицинский Совет. Смерть мозга означает необратимую утрату функций и полушарий, и ствола мозга. Клинические критерии смерти мозга совпадают с критериями, признанными во многих других странах, все симптомы должны быть зарегистрированы двумя врачами. Диагноз может быть поставлен на основании только клинических данных, срок наблюдения должен составлять не менее 12 часов. Подтверждением диагноза считается ЭММ, регистрируемое в течение 30 минут. Тест применяется с целью ранней диагностики смерти мозга и последующего изъятия донорских органов. У детей до двух лет длительность наблюдения при первичном поражении мозга должна составлять 24 часа, при этом для подтверждения диагноза дважды регистрируется электроэнцефалография.

В соответствии с Руководящими принципами по констатации смерти мозга 1997 г. в Германии понятие смерти мозга не применялось по отношению к недоношенным детям, период наблюдения у доношенных новорожденных составляет 72 часа, у детей перво-

²⁸⁴ Там же.

²⁸⁵ Там же.

го года жизни и маленьких детей (366–730 дней) — 24 часа, у детей старше трех лет — 12 часов. Смерть мозга диагностируют два квалифицированных специалиста с многолетним опытом работы в интенсивной терапии. Приоритетным дополнительным методом является ЭЭГ, однако использование дополнительных методов не является обязательным (за исключением диагностики смерти мозга у детей до двух лет).

Латвия

Среди европейских стран положение дел в отношении констатации смерти мозга и трансплантологии, не вызывающее ни внутренней, ни внешней критики, характеризует прежде всего Латвию. Согласно общим нормативам Кабинета министров Латвийской республики для констатации смерти мозга у взрослых и детей с использованием строгих критериев необходимо наличие необратимой комы в течение 24 часов с отсутствием краниальных рефлексов. Она определяется в присутствии двух докторов (невролога и доктора интенсивной терапии), проводящих наблюдения каждые два часа. Срок ожидания может быть сокращен до 12 часов при применении ЭЭГ или до 6 часов с использованием краниальной ангиографии или доплерографии.

В законе «О защите мертвого человеческого тела и медицинском использовании человеческих тканей и органов» от 1992 г. (Раздел 11) указывается, что «ткани или органы умершего могут быть изъяты для трансплантации в случае смерти мозга у донора, если в Государственном регистре жителей Латвийской республики нет данных о запрещении умершим посмертного использования его тела, тканей или органов и при условии, что ближайшие родственники умершего не информировали письменно медицинское учреждение перед началом удаления тканей и органов о запрете на посмертное использование тканей и органов, выраженном умершим в то время, когда он был жив». При этом для изъятия тканей и органов умершего ребенка требуется письменное разрешение родителя или опекуна ребенка.

Греция

Согласно международным руководствам, которым следует Греция, клинические и лабораторные критерии для установления смерти мозга у детей в общем подобны тем, которые применяют

ся для детей более старшего возраста и для взрослых. Критерии и процедуры диагностики смерти мозга были описаны в документе Центрального совета по здравоохранению в 1985 г.

Отличия касаются периода наблюдения необратимого характера комы. Конкретно:

- для новорожденных рекомендуется, чтобы прошел период в 7 дней, прежде чем будет проводиться диагностика смерти мозга с использованием клинических или лабораторных тестов;
- для детей в возрасте от 7 дней до 2 месяцев рекомендуется период наблюдения в 48 часов, а также проведение лабораторных тестов;
- для детей в возрасте от 2 месяцев до года необходим период в 24 часа между двумя последовательными клиническими проверками;
- для детей старше года применяются те же критерии, что и для взрослых.

Что касается анэнцефалических новорожденных, поскольку вопрос до сих пор остается крайне противоречивым на международном уровне, эти дети не рассматриваются в качестве возможных доноров органов.

Австрия

В Австрии критерии смерти мозга прописаны в Рекомендациях по проведению диагностики смерти мозга в случае запланированного изъятия органов, последние дополнения были приняты в 2005 г.

При первичных повреждениях мозга период наблюдения составляет два часа, при вторичных — 72 часа. Этот срок может быть сокращен при использовании дополнительной аппаратной диагностики. Прекращение электрической активности мозга диагностируется с помощью ЭЭГ. Использование ЭЭГ является обязательным дополнительным методом. Выбор этого метода, как отмечается в принципах, обусловлен неинвазивностью и наилучшей способностью отражения кортикальной активности. В случае, если проведение ЭЭГ представляется невозможным, прекращение кровообращения определяется с помощью транскраниальной доплерографии и др. альтернативных методов (FDS, CTA). В случае, если ни один из этих методов невозможно использовать для диагностики пациента, перед вторым клиническим тестом должен

выдерживаться период ожидания. Период наблюдения между первым и вторым клиническим исследованием у детей старше двух лет и взрослых составляет 12 часов, у младенцев — от двух месяцев до двух лет) –24 часа, у новорожденных (от семи дней до двух месяцев) — 72 часа.

Доказательство необратимости. Поскольку первое клиническое неврологическое исследование и дополнительный метод диагностики подтверждают диагноз синдрома смерти мозга (*die Diagnose Hirntodsyndrom*), доказательство необратимости состояния должно осуществляться посредством второго клинического исследования.

Констатация смерти осуществляется бригадой врачей, в распоряжении имеется две мобильных бригады. Врачи, осуществляющие констатацию смерти мозга, не должны быть членами трансплантационной бригады, не должны находиться с ними ни в каких отношениях, а также не иметь их ни с донором, ни с реципиентом.

Великобритания

В Великобритании констатация смерти человека на основании диагноза смерти мозга была обоснована в 1976 и 1983 гг. Конференцией Медицинского факультета Королевского колледжа (*Conference of Royal Colleges and Faculties*). В критериях смерти мозга в Великобритании следует подчеркнуть несколько особенностей. Во-первых, смерть мозга здесь отождествляется с утратой функций ствола мозга (это положение легло в основу рекомендаций, которые включали уточненный апноэтический тест). Во-вторых, понятие «смерть мозга» означает не поддающиеся лечению структурные поражения мозга. В-третьих, предусматривается проведение повторных исследований, в частности — с целью профилактики врачебных ошибок (врачи, полномочные устанавливать диагноз смерти мозга, должны иметь достаточный опыт в оценке таких состояний). В-четвертых, применение методов электроэнцефалографии и ангиографии считается необязательным ²⁸⁶.

Определение смерти в Великобритании дается не в рамках законодательных актов. Правовая дефиниция понятия смерти была дана благодаря судебным процессам.

²⁸⁶ Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича, М.: Медицина, 1988. С. 256–258.

Прецеденты решений по нескольким судебным делам оказались решающими: если врач после применения всеми признанных методов приходит к выводу, что пациент умер и его жизненно важные функции исключительно поддерживаются искусственным способом, тогда становится допустимым прекратить лечение. В Великобритании констатация смерти осуществляется в соответствии с Code of Practice британского Министерства здравоохранения. Врачи, которые будут осуществлять констатацию смерти мозга, должны иметь пятилетний опыт работы. В стране легитимна концепция неполной смерти мозга (смерть мозга, как смерть ствола головного мозга), диагностика смерти мозга осуществляется клиническими методами, аппаратная дополнительная диагностика не является обязательной.

В глоссарии, приведенном в Human Tissue Authority, проводится различие между донорами с бьющимся сердцем (heart beating donors) и донорами с небьющимся сердцем (non-heart beating donors). Для первых применяются критерии смерти ствола головного мозга, для вторых — критерии остановки сердцебиения и кровообращения.

В 1994 г. в Маастрихте были выделены четыре категории пациентов, в которые включены доноры с небьющимся сердцем (non-heart beating donors). В 2004 г. эти категории были дополнены пятой²⁸⁷.

Категория 1. Пациенты, которые при прибытии в госпиталь уже мертвы: жертвы аварий или самоубийцы, которые были найдены, и реанимация которых бесполезна.

Категория 2. Пациенты, которые не могут больше возвратиться к жизни: пациенты, у которых неожиданно остановилось сердцебиение и которые подвергались реанимационным мерам по пути в лечебное заведение, но безрезультатно.

Категория 3. Пациенты, у которых ожидается остановка сердца. У некоторых пациентов, за которыми осуществляется уход на станциях интенсивной терапии, хотя и не диагностирована смерть мозга, все же на основании плохого прогноза ожидается наступление смерти. Эти пациенты из-за высокой степени вероятности наступления смерти могут быть названы контролируруемыми донорами с небьющимся сердцем (controlled non-heart beating donors). Здесь

²⁸⁷ British Transplant Society, Guidelines relating to solid organ transplants from non-heart beating donors, London 2004, 6; Gardiner/Riley, Non-heart-beating organ donation, Anaesthesia 2007/62, 31 (431).

речь идет также о пациентах, у которых при согласии родственники отключена жизнеподдерживающая аппаратура.

Категория 4. Пациенты со смертью мозга, у которых прекратилось сердцебиение. Если была диагностирована смерть ствола мозга, то прекращение сердцебиения могло бы наступить неожиданно. Поскольку такие пациенты подвергаются интенсивной терапии, эту категорию также можно отнести к контролируемым донорам с неьющимся сердцем (controlled non-heart beating donors).

Категория 5. Неожиданная остановка сердцебиения у тяжелобольных пациентов. Такие пациенты хотя и находятся в критическом состоянии, но прекращение сердцебиения у них все же не ожидается. Вместе с тем остановка сердца может возникнуть.

Поскольку смерть мозга наступает через несколько минут после остановки сердцебиения и прекращения кровообращения, должен пройти определенный промежуток времени, прежде чем будет осуществлен забор органов. Однако он не может быть настолько долгим, чтобы из-за этого пострадало качество органов.

В соответствии с американскими стандартами рекомендовано выдерживать по меньшей мере пять минут. Родственникам дается пять минут для прощания.

В Маастрихте 10 минут рассматривается в качестве достаточного промежутка времени. Регистр согласия на донорство не проводит различия между различными категориями пациентов, от которых проходит забор органов, не имеет значения — это пациенты со смертью мозга или от доноров с неьющимся сердцем. Таким образом, безразлично, установлена смерть пациента на основании смерти ствола мозга или же пациент попадает в одну из перечисленных маастрихтских категорий, где действует критерий смерти как остановки сердцебиения и прекращения кровообращения. Однако риск, что орган рано или поздно перестанет функционировать, выше у пациентов, которые не имели искусственной поддержки дыхания и кровообращения. Некоторые органы могут оказаться непригодными для трансплантации.

Швеция

В Швеции в 1982 г. правительством был создан Комитет по определению смерти (Committee on Defining Death). Итоговый доклад был опубликован в 1984 г., где, в частности, говорится: «Человек считается умершим, если наблюдается полное и необратимое исчезновение всех способностей к интеграции и координации

психических и физических функций организма». Комитет рекомендовал следующее юридическое определение смерти: «Наступление смерти можно установить на основании отсутствия дыхания и кровообращения в течение такого-то периода времени, после которого полная и необратимая утрата функций мозга не вызывает сомнений. Если это невозможно вследствие проведения лечебных мероприятий, поддерживающих дыхание и кровообращение, наступление смерти можно также установить путем использования критериев, прямо указывающих на полную и необратимую утрату всех функций головного мозга».

Польша

В статье «Право на жизнь» М. Вихровски²⁸⁸ дает достаточно полную характеристику польского подхода к констатации смерти мозга. Его отличительной чертой выступает концепция смерти мозга как смерти ствола мозга. Ствол мозга рассматривается как часть мозга, интегрирующая его деятельность и соответственно деятельность человека. Автор отмечает следующее.

«Выражая взгляды сторонников дефиниции смерти мозгового ствола в категориях теории систем, можно сказать, что головной мозг является системой, ответственной за интеграцию всех других систем организма, а его разрушение является достаточным условием для установления, что человек как целое перестал существовать. В некоторых случаях система головного мозга не умирает полностью, но поочередно отмирают ее функции либо части, важнейшей из которых является мозговой ствол. Его отмирание означает срыв связей, соединяющих другие системы в организме, но это не значит, что последние перестали существовать. Человек не живет как целое, когда умер его головной мозг, а мозг, в свою очередь, мертв как целое, когда перестал функционировать ствол. Теперь необходимо присмотреться к показаниям, исключениям, критериям и тестам критериев смерти мозгового ствола. Чтобы диагностировать и подтвердить смерть ствола, необходимо, во-первых, выдвинуть подозрение и проверить его в двух этапах: (1) констатаций и (2) исключений. Констатации, необходимые для положительной проверки разрушения ствола, охватывают: (а) состояние спячки больного; (б) искусственное вентилирование; (в) точное диагностирование причины спячки; (г) получение дока-

²⁸⁸ Вихровски М. Право на жизнь. Варшава, 2005.

зательства структурного повреждения головного мозга, которое (д) необратимо, так как исчерпались все возможности лечения. Одновременно из квалификационного процесса исключаются следующие больные: (а) интоксцированные и остающиеся под влиянием фармакологических средств, таких, как наркотики, снотворные, седативные, расслабляющие средства; (б) находящиеся в состоянии гипотермии, то есть пониженной температуры тела, вызванной внешними факторами; (в) с судорогами и напряжениями, (г) детей в возрасте до 5 лет. Если условия перечней (1) и (2) исполнены, выдвигается подозрение в смерти мозгового ствола. Тогда, в соответствии с цитируемой Позицией, заведующий отделом анестезиологии и интенсивной терапии исполняет дважды в трехчасовых промежутках ряд исследований, подтверждающих отсутствие стволовых рефлексов и отсутствие дыхания».

4.3. АМЕРИКАНСКИЙ И КАНАДСКИЙ ОПЫТ: ФАЛЬСИФИКАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ

В 1981 г. в США был принят Единый (Унифицированный) Закон по определению смерти — Uniform Determination of Death Act (UDDA), — который выступает в качестве модели для отдельных государственных законов, регулирующих определение смерти.

В связи с имеющимися значительными разногласиями в диагностике смерти мозга, для настоящего времени характерен процесс поиска компромисса в отношении накопленного медицинского опыта.

В законодательстве США не проводится различие между констатацией смерти детей и взрослых. Критерии для диагностики смерти мозга прописываются в руководствах ведущих больниц и исследовательских центров. В научных журналах последних лет отмечается, что научный базис для объяснения рекомендаций ведущих неврологических больниц по констатации смерти мозга является недостаточным. Большинство клинических руководств США требуют проведения двух клинических тестов, интервал между которыми зависит от этиологии повреждения мозга. По сравнению с самыми первыми Гарвардскими руководящими принципами для современных руководств характерно сокращение периода ожидания между клиническими тестами. При этом нет очевидных научных доказательств в поддержку какой-либо из этих позиций

в медицинской литературе. D. Greer²⁸⁹ указывает, что проведение многочисленных исследований было предписано в 71% руководств по констатации смерти мозга. В тех медицинских учреждениях, где требовалось проведение нескольких исследований, период ожидания значительно колебался — от одного до 24 часов. Наиболее общепринятый период ожидания (80%) был 6 часов, но этот интервал мог быть сокращен, если проводились дополнительные тесты (14%) и увеличивался в отношении детей, пациентов с не выявленными причинами смерти мозга.

В соответствии с общими руководящими принципами Американской академии неврологии с целью констатации смерти мозга у новорожденных должно проводиться два клинических исследования, с интервалом в 48 часов и два подтверждающих дополнительных теста (EEG). У младенцев в возрасте от двух месяцев до года должны проводиться два клинических теста, период ожидания между ними должен составлять 24 часа и два подтверждающих дополнительных теста или один тест и ЭЭГ (изолиния) вместе с радионуклидной ангиограммой (демонстрирующей отсутствие церебрального кровотока). У детей младше 18 лет должны проводиться два теста с интервалом в 12 часов. ЭЭГ или другие дополнительные тесты являются необязательными.

В различных штатах США существует разница в специализации врачей, которые должны проводить экзамен: в 42% руководящих принципов указано на необходимость присутствия невролога или нейрохирурга, в некоторых штатах есть специальное требование, чтобы врач был специалистом в неврологии, в то время как в других (Аляска, Вирджиния) полномочиями наделяется аттестованная врачом медсестра.

В статье «Variability in Pediatric Brain Death Determination and Documentation in Southern California Pediatrics»²⁹⁰ указывается, что имеющаяся в США клиническая практика сильно отличается от принятых руководящих принципов по установлению смерти мозга. Авторы статьи выявляют грубые нарушения процедуры констатации смерти мозга у детей в Южной Калифорнии: рекомендованный период наблюдения выдерживался лишь в 18% случаев,

²⁸⁹ Greer DM, Varelas PN, Haque S, Wijdicks EFM. Variability of brain death determination guidelines in leading US neurologic institutions. *Neurology* 2008;70: 284–289.

²⁹⁰ Mathur M., Petersen L., Stadtler M. et al.//*Pediatrics*. 2008. V. 121. P. 988–993.

только 5,5 из 14 требуемых элементов клинического теста были выполнены неврологами или педиатрами интенсивной терапии, нарушения в проведении апноэ-тестирования было зарегистрировано в 60% случаев, документация клинических критериев была неполной. В указанной статье отмечено, что большинство врачей штата Калифорнии при регистрации смерти мозга больше доверяют изучению церебрального кровотока (74%), нежели данным ЭЭГ (26%). При оценке протоколов регистрации смерти мозга у детей-доноров в Северной Калифорнии авторы статьи столкнулись с рядом проблем: только один из 142 протоколов содержал данные о проведении всех 14 проб, необходимых для регистрации смерти мозга с положенным временным промежутком, 3% протоколов вообще не содержали таких данных; у 32% детей «смерть мозга» была зарегистрирована не в педиатрических учреждениях; временной интервал между исследованиями был выдержан в 18% случаев.

Авторы статьи настаивают на пересмотре руководящих принципов по констатации смерти мозга, совершенствовании методов и введении четких развернутых протоколов, позволяющих придать процедуре констатации смерти стандартизированный вид, устойчивость и надежность имеющимся критериям. В отношении последнего предложения исследователи опираются на результаты, полученные в двух педиатрических центрах Великобритании: использование протокола улучшило показатели лояльности к руководящим принципам с 50% до 90%.

Таким образом, в последние годы в США ученые обеспокоены существующими различиями и противоречиями в неврологическом определении смерти, склоняясь к необходимости в обобщении данных и создании единых критериев констатации смерти мозга. Аналогичная тенденция характерна и для Канады.

В Канаде национальный процесс пересмотра неврологической детерминации смерти вовлек педиатров, специализирующихся на интенсивной терапии, неврологов, нейрохирургов, этиков, юристов и привел к национальному консенсусу, выраженному в форме педиатрического протокола для констатации смерти мозга у детей. Однако канадское медицинское сообщество шло к этому около 10 лет.

В 1989 г. канадские социологи провели исследование степени осведомленности врачей 15 детских центров интенсивной терапии по всей стране о проблеме смерти мозга. Согласно получен-

ным тогда данным²⁹¹, треть всех врачей и среднего медицинского персонала, привлеченного для работы с больными, у которых была диагностирована смерть мозга, считали их погибшими из-за смерти коры (в настоящее время используется термин «вегетативное состояние»), еще треть ссылалась на однозначно неблагоприятный прогноз этих пациентов.

В Канаде было проведено анкетирование (по электронной почте) 265 врачей различных педиатрических специальностей с целью выяснения, что врачи понимают под термином «смерть мозга» (Приложение 2) и насколько они отождествляют это состояние со смертью организма²⁹². Такой опрос представляет интерес потому, что в настоящее время принято считать, что основная функция мозга интегративная, именно она обеспечивает слаженную работу систем организма. Вместе с тем, согласно клиническим данным, это не всегда так: более чем у половины пациентов при смерти мозга не регистрируются нарушений секреции гормонов гипофиза, не развивается несахарный диабет, кровоток сохраняется более чем в 5% случаев. Соответственно, встает вопрос об определении смерти как таковой.

Поскольку полученные результаты этого социологического исследования представляют практический интерес для российских педиатров, мы сочли необходимым дать подробный обзор этих результатов.

При анализе ответов врачей на вопрос об их отношении к диагностике смерти пациента по признаку смерти мозга, канадские исследователи выяснили, что 67% опрошенных считают смерть мозга эквивалентом смерти человека. В качестве обоснования своей точки зрения только 35% опрошенных врачей назвали утрату интегративной функции мозга, 30% сослались на неблагоприятный прогноз, 9% ранее не задумывались над этим вопросом, некоторые ответили, что такое восприятие смерти организма воспитали в них учителя.

Отвечая на вопрос о душевном состоянии врача при констатации смерти организма на основании диагноза смерти мозга, большинство опрошенных подчеркнуло, что не испытывает никаких

²⁹¹ Youngner S., Landefeld C., Coulton C. et al.//J. A. M. A. 1989. V. 261. P. 2205–2210.

²⁹² Ari R. Joffe, MD, FRCPC; Natalie Anton, MD, FRCPC. Brain Death. Understanding of the Conceptual Basis by Pediatric Intensivists in Canada/Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160:747–752.

затруднений, потому что критерии прописаны в клинических рекомендациях, утверждены законодательством страны. Только 1% врачей испытывает чувство неуверенности и душевные терзания.

При решении вопроса об отключении пациента от аппаратов жизнеобеспечения, лишь 46% опрошенных готовы сделать это сразу после постановки диагноза. При наличии родственников, настаивающих на продолжении жизнеобеспечения «трупа», 37% врачей продолжают вентиляцию и терапию (7% будут делать это, ожидая кардиологической смерти спустя несколько часов, 30% для того, чтобы успокоить родственников).

Изучено также отношение врачей к смерти мозга при беременности. Известно, что при обеспечении адекватных условий искусственной вентиляции легких в случае смерти мозга на поздних сроках беременности пациентка может «доносить» жизнеспособный плод, который будет извлечен путем кесарева сечения. В связи с этим, 28% респондентов поставят диагноз «смерть организма» только на основании данных ЭЭГ (изоэлектрическая линия), 6% опрошенных не признают регистрацию «смерти организма» при диагностике «смерти мозга» для беременных на поздних сроках (более 28 недель).

Важным вопросом при регистрации «смерти мозга» является определение значимости используемых тестов и временных критериев. Согласно клиническим рекомендациям по регистрации смерти мозга у детей (1987 г.), для постановки диагноза необходимо наличие 14 критериев, время между повторными исследованиями должно составлять минимум 12 часов (возможны варианты для разных возрастных групп).

Большинство опрошенных врачей считает невозможным не признание абсолютным критерием смерти мозга данных ЭЭГ (56% респондентов) из-за большого количества артефактов, измерение церебрального кровотока (61%), отсутствие стволовых рефлексов (57%). При этом 28% врачей назвали ЭЭГ критическим критерием постановки диагноза «смерть организма» (изолиния при повторном исследовании через 12 часов после регистрации других критериев).

Результаты опроса 54 практикующих врачей 15 канадских центров интенсивной терапии о концептуальных причинах эквивалентности смерти и смерти мозга, показали, что для объяснения эквивалентности этих понятий 48% врачей выбирают концепт смерти высшего мозга, 31% констатирует смерть мозга на основе

прогностического концепта и только 35% выбирают общепринятый концепт потери интеграции организмом.

Из 54 респондентов лишь 30 рассматривают в качестве концептуальной причины эквивалентности биологической смерти со смертью мозга необратимую потерю функций всего мозга, включая ствол мозга. Другие возможные причины приведены в табл. 3.

Таблица 3

Ответы на вопросы о концептуальных причинах эквивалентности смерти со смертью мозга (54 респондента)	
Причина	Количество респондентов, (%)
Концепт смерти высшего мозга	26 (48)
Необратимая потеря сознания	17 (31)
Необратимая потеря души или сущности человека	12 (22)
Необратимая потеря личности	14 (26)
Необратимая потеря мозгом интегративной функции тела	19 (35)
Прогностический концепт	17 (31)
Остановка сердца через часы–дни	11 (20)
Последующая помощь бесполезна	12 (22)
Утверждение потери мозговой функции	44 (81)
Необратимая потеря функций всего мозга, включая ствол мозга	30 (56)
Необратимая потеря критических функций всего мозга, включая ствол мозга	34 (63)
Необратимая потеря сознания и дыхания	24 (24)
Необратимая деструкция мозга, включая ствол мозга	16 (30)

Авторы данной статьи подчеркивают, что «исследование подтверждает ограниченность знаний среди клиницистов о концептуальном основании смерти мозга и наличие эмпирических проблем с тестами, подтверждающими смерть мозга. Критерии смерти мозга не соответствуют официальной теории для определения концепта смерти, а используемые тесты не подтверждают критерий смерти мозга... пришло время медицинскому сообществу решить, действительно ли смерть мозга эквивалентна смерти пациента»²⁹³.

²⁹³ Ari R. Joffe, MD, FRCPC; Natalie Anton, MD, FRCPC. Brain Death. Understanding of the Conceptual Basis by Pediatric Intensivists in Canada/Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160:747–752.

Руководящие принципы Канады не требуют исследования окулоцефалического рефлекса, в то время как в США это является обязательной составляющей клинического теста.

Итак, современное состояние диагностики смерти мозга в США и Канаде переживает новый этап своего развития, характерной особенностью которого является стремление к унификации полученных данных. Его результатом вряд ли станет необратимая фальсификация концепции смерти мозга. Однако раздающиеся в рамках медицинского сообщества голоса свидетельствуют о необходимости подхода к новому этапу ответственности в науке.

4.4. ДРУГИЕ СТРАНЫ

Австралия и Новая Зеландия

В соответствии с «Рекомендациями относительно Смерти Мозга и Донорства Органов»²⁹⁴, опубликованными в 1993 г. и пересмотренными в 1998 г. Рабочей группой Австралийского и Ново-зеландского общества ИТ (23), критерии для диагноза смерти мозга у взрослых применимы и к детям от двух месяцев и старше. Для младенцев менее двух месяцев рекомендуется более длительный период наблюдения, чем для старших детей и взрослых, но продолжительность его не определена.

Корея

«Закон о Трансплантации Органов» был официально анонсирован в 1999 г. и утвержден в 2000 г. В соответствии с этим законом для констатации смерти мозга у детей до шести лет должны быть соблюдены критерии смерти мозга для детей шести лет и старше. Кроме того, подтверждающие тесты, включая ЭЭГ должны быть выполнены через 48 часов у младенцев в возрасте от двух месяцев

²⁹⁴ Australian and New Zealand Intensive Care Society: Recommendation Concerning Brain Death and Organ Donation, 2 nd ed., ANZJCS Working Party on Brain Death and Organ Donation Report, March 1998.

до одного года и через 24 часа у детей от года до шести лет. У детей шести лет и старше, подтверждающие тесты должны быть выполнены через 6 часов ²⁹⁵.

²⁹⁵ Korea Times, Human Organ Transplants Enter New Era, 2000: 02/08 (Tue).

**ГЛАВА 5.
ПРОБЛЕМА СМЕРТИ МОЗГА
СКВОЗЬ ПРИЗМУ КАТЕГОРИЙ
ПОТЕНЦИАЛЬНОСТИ
И НЕОБРАТИМОСТИ.
СМЕРТЬ МОЗГА
И ИДЕНТИЧНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА**

Концептуальные проблемы сближения понятий «смерть мозга» и «биологическая смерть» не являются уделом стран с низким уровнем развития медицины. Рутинная практика констатации смерти мозга во многих высокотехнологичных центрах может соседствовать с недостаточностью ее концептуальных оснований.

Классическое представление о смерти мозга подразумевает, что это острое и необратимое состояние, однако имеются и возражения.

Американский невролог D. Shewmon в статье, опубликованной в журнале Американской Академии Неврологии «Neurology»²⁹⁶, приводит данные, подвергающие сомнению общемедицинский консенсус понимания смерти мозга, и свидетельствующие о необходимости расширения представлений о констатации смерти на основе диагноза смерти мозга. Автор вводит понятие «хроническая смерть мозга» для описания случаев смерти мозга с пролонгированным выживанием, то есть с продолжительной сердечной деятельностью (при искусственной поддержке) после констатации смерти мозга.

В медицинской научной литературе общепринятым является то, что пациенты со смертью мозга способны прожить в течение несколько суток, в крайних случаях — неделю до наступления необратимой остановки сердца. Этот срок может быть больше у новорожденных и в другие периоды детства (10 дней — 2 недели). Из 56 случаев, исследованных D. A. Shewmon, половина (28 человек) прожила более 1 месяца, почти треть (17) более 2 месяцев, 7 человек (13%) больше 6 месяцев, 4 (7%) — больше 1 года, наиболее продолжительный период составлял 14,5 лет. По мнению D. A. Shewmon, возрастной фактор влияет на способность пролонгированного выживания. Нейропластичность у детей дает большие шансы на увеличение срока до остановки сердца.

²⁹⁶ Shewmon D.A. (1998). Chronic «brain death»: Meta-analysis and conceptual consequences//Neurology. 51; 1538–1545.

Подчеркивая достоверность источников информации, D. A. Shewmon указывает, что диагностика пациентов проводилась квалифицированными специалистами (два случая констатированы автором), в число которых входили по меньшей мере одни невролог или нейрохирург, велось строгое протоколирование полученных данных, определенно ясным было то, что данные случаи не являются следствием ошибочной диагностики (подменой вегетативного состояния или комы диагнозом «смерть мозга»). Несмотря на сравнительно не высокий процент случаев с пролонгированным выживанием, это не уменьшает их концептуального значения.

Статья D. A. Shewmon вызвала диаметрально противоположные отклики у представителей медицинской общественности: от позитивного цитирования его работы до полного неприятия. Например, ведущий невролог США, разработчик практических параметров констатации смерти мозга E. F. Wijdicks²⁹⁷ признал случаи, анализируемые в статье, «анекдотичными», однако впоследствии сам приступил к активному исследованию проблемы релятивизма в диагностике смерти мозга в различных странах (правда, не отказываясь от научной обоснованности самого диагноза).

На сегодняшний день D. A. Shewmon является одним из самых активных оппонентов всех неврологических критериев смерти мозга, особенно значимым в связи с его статусом профессора педиатрической неврологии. Его позиция интересна и как пример введения в медицинскую аргументацию классических философских посылок (в частности, использования «языка» Аристотеля). Это свидетельствует о существующей в медицине потребности в широких теоретических обобщениях и расширении традиционных представлений о таких базисных категориях, как норма–патология, здоровье–болезнь и т. д.

Рассмотрим, какие узловые пункты концепции смерти мозга вызывают наиболее пристальное внимание научного сообщества и подвергаются тщательному осмыслению в современных дискуссиях о смерти мозга. Такие дискуссии актуальны, например, между врачами и юристами: врач рассматривает смерть как процесс, для юриста важно, жив человек в данный момент либо мертв.

Идея необратимости может быть рассмотрена многоаспектно и, соответственно, с различными практическими последствиями.

²⁹⁷ Wijdicks EF. (2002) Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*. 58: 20–5.

1. Обыденный язык связывает с необратимостью отсутствие возможности, отсутствие способности возврата. Как пишет E. Bartlett²⁹⁸, необратимый — означает неспособность быть возвращенным или возвратиться. Такое понимание «обратимости — необратимости» носит чисто формальный универсальный характер. Однако говоря о содержательном компоненте понятия необратимости, или, как его называет E. Bartlett, материальном, партикулярном, мы должны ввести понятие необратимости в контекст его использования (в нашем случае — медицинский). Тогда необратимость, интересующая нас в своем отождествлении со смертью (необратимость как неотвратимость смерти), предполагает, например, потерю интегративной функции организма как целого.

Утверждение необратимости определенного состояния, в частности, необратимости прекращения функционирования мозга, в методологическом отношении означает, что мы должны найти реальные препятствия для того, чтобы состояние пациента было обратимым.

2. Другая позиция по отношению к проблеме необратимости связана с поиском абсолютных критериев необратимости и утверждением невозможности их найти применительно к пациентам, которым поставлена смерть мозга. Так, точка зрения D. Cole²⁹⁹, изложенная в статье «Обратимость смерти», закрепляет за понятием необратимости следующий смысл: «то, что никогда не может быть отменено». Это строгое определение необратимости, и, руководствуясь им, считает D. Cole, нельзя ни одного человека признать абсолютно мертвым, поскольку мы не можем исключить вероятность того, что прогресс в медицине не даст шанс выжить такому человеку, «вернуть тело в очень плохом состоянии к жизни». D. Cole проясняет также слабый смысл необратимости, он означает «не быть обратимым сейчас». Однако, как считает D. Cole, «необратимость сейчас» не предполагает, что кто-то будет находиться в таком же состоянии в следующий момент времени, неважно, как долго придется ждать этого момента.

И слабый, и сильный смысл необратимости в контексте рассуждений, заданных D. Cole, имеют одинаковые практические последствия: мы не можем осуществлять забор органов у пациента,

²⁹⁸ Bartlett E. T. (1995). Differences between death and dying. *Journal of Medical Ethics*, 21 (5), 270–276.

²⁹⁹ Cole D. J. (1992). The reversibility of death. *Journal of Medical Ethics*, 18 (1), 26–30.

поскольку мы не знаем, в какой момент будет осуществлен прорыв в медицине, который сделает возможным продлить жизнь пациента.

Аргументации, идентичной аргументации D. Cole, придерживается D. Shewmon. В статье 1985 г. «Метафизика смерти мозга, устойчивое вегетативное состояние и деменция»³⁰⁰ он высказывает идею, что потеря способности регенерировать мозг — это не столько потеря человеческого существования, сколько преграда для актуализации особых человеческих возможностей, которая может быть преодолена технологическим путем. Необратимость прекращения всех функций головного мозга оказывалась не абсолютной, а зависящей от уровня развития науки, способной или неспособной вернуть человеку эти функции. Современный уровень развития медицины не позволяет излечиться больному со смертью мозга, однако это не означает, что подобная возможность будет отсутствовать и завтра в свете развития новых медицинских технологий.

Классический пример, на который опирается D. Shewmon, — прогресс в деле лечения катаракты. Еще век тому назад уровень развития офтальмологии не позволял излечиться больному с катарактой, однако потенция видеть не отсутствовала реально, но сохранялась в сетчатке, оптических нервах и мозге и ее реактуализация произошла, когда лечение катаракты средствами хирургии стало рутинной. В свете интенсивного развития нейротехнологий может произойти реактуализация мозговой деятельности на новом уровне развития технологий лечения.

Однако для D. Shewmon остается спорным вопрос, произойдет ли реактуализация сознательной деятельности человека. Теоретически, если мозг сможет быть реконструирован (благодаря имплантированным трансформированным нейрообластам), пациент со смертью мозга может вернуть сознание и другие человеческие функции, хотя и возможно с чистым сознанием памяти и новыми чертами личности, зависящими от появления новых синаптических сетей. Для исследователя локализация потенции человеческого мышления в органе — слишком неплодотворное основание дальнейших манипуляций над человеческим естеством. Рассматривая его как результат деятельности организма, он подчеркивает, что мышление невозможно без мозга, но так же оно невозможно и без тела, в котором пребывает мозг.

³⁰⁰ Shewmon, D. A. (1985). The metaphysics of brain death, persistent vegetative state, and dementia. *Thomist*, 49 (1), 24–80.

Вопрос о легитимности концепции смерти мозга, таким образом, затрагивает, прежде всего, вопрос о том, какой смысл мы вкладываем в понятие личность, в понятие человек. Он ставит проблему прояснения того, что представляет собой человеческое сознание и человеческое тело, и каким образом дефиниции этих понятий соотносятся с такой особой частью человеческого тела, как мозг. В призме этих проблем появляются более частные вопросы, например, не подразумевает ли присутствие остаточной клеточной активности мозга (характерной для пациентов со смертью мозга) наличие определенных впечатлений, и тем самым редуцированной сознательной деятельности? Как на основании наших недостаточных знаний о деятельности мозга и сознании человека делать выводы о его прекращении? Какими методами можно доказать потерю всех функций мозга, принимая во внимание факт, что не все они известны и измеримы, а используемые методы диагностики носят вероятностный характер?

Вопрос о том, считать то или иное существо личностью, осложняется бесчисленным множеством определений личности. Они всегда специфицированы контекстом исследования: богословским, философским, медицинским, психологическим и многими другими. Личностью может считаться и душевно-телесная целостность, обладающая сознанием, и субъект как носитель души (духа), который должен постоянно превосходить свой физический статус в мире, чтобы обрести себя в качестве личности. С другой стороны, основанием личности могут стать такие онтологические характеристики, которые отсылают к чисто физическому срезу существования. Те характеристики, которые могут считаться доличностными или неличностными в одних контекстах рассуждения, оказываются значимыми для конституирования личности для других.

D. Shewmon понимает личность в качестве субстрата изменяемых персональных характеристик, памяти, силы рассуждения и т.д. Это субстанциальный взгляд на личность. Основой личности становится не столько моральная, сколько онтологическая реальность — то сущее (телесное), с которого начинается человек. Физическая идентичность является основной для определения человека. Из биологической перспективы соматического интегративного единства, собственно тела, живой телесности утверждается жизнь личности, даже если ментальные функции личности парализованы мозговым лизисом, поскольку потенция для этих функций остается в организме, а не в органе. Таким образом, смерть мозга не вызы-

ваает ни потери соматического интегративного единства, ни потери существенных человеческих черт, то есть потери потенции специфических человеческих функций, потенции на самом глубоком онтологическом уровне, на котором детерминировано появление (или отсутствие такового) субстанциального изменения.

Итак, быть живым членом человеческого биологического вида — своего рода претензия на бытие личностью, надежное его основание (*sufficient for being a person*), в то время как существа, включая пациентов со смертью мозга, имеют потенцию для специфически человеческих функций — интеллекта и воли.

Эта точка зрения, по мнению J. Lizza³⁰¹, отрицает аристотелевский взгляд на потенциальность, которого придерживался D. Shewmon в своих ранних работах. В соответствии с данным взглядом в каждой вещи существуют потенции, своего рода «*requisite antecedents*», которые могут быть актуализированы при определенных условиях. Внешние условия и внутреннее состояние субстанции становятся необходимыми детерминантами реализации потенций.

Представляется, что обозначенная выше позиция D. Shewmon, выглядит более осторожной: он отказывается от неврологического критерия смерти, поскольку полагает, что его использование не позволит выдержать условие необратимости в дефиниции смерти. Диагноз смерти мозга не позволяет сделать заключение о том, что данное состояние никогда не может быть вылечено. Логичным выглядит и отказ D. Cole от кардиореспираторного критерия, который также опирается на идею необратимости. Он приходит к выводу, что необратимость не может быть частью обычной дефиниции смерти. Ни один критерий не может удовлетворить такому определению смерти, составной частью которого является понятие необратимости³⁰².

J. Lizza, подвергая критике идеалистическую позицию D. Shewmon, утверждает, что не стоит недооценивать влияние внешних условий для актуализации определенной потенции. Экстраполируя этот тезис в контекст исследования проблемы смерти мозга, J. Lizza утверждает, что поскольку у нас отсутствуют знания и технологии, чтобы лечить определенные состояния, то у па-

³⁰¹ Lizza John P. (2005) Potentiality, Irreversibility, and Death. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30:1,45–64.

³⁰² Cole D.J. (1992). The reversibility of death. *Journal of Medical Ethics*, 18 (1), 26–30.

циентов в этом состоянии нет возможности быть вылеченными. Проводя достаточно грубую аналогию с желудем, который обладает потенцией превратиться в дуб при наличии соответствующих условий и не может актуализировать эту потенцию при условиях, препятствующих этому (например, будучи съеден свиньей), J. Lizza искусно вводит эту аналогию в трансплантологический контекст: желудь, будучи съеденным свиньей, все еще имеет потенциал развиться в дуб, если мы сможем вытащить желудь и *трансплантировать его в более подходящие условия*. Эта аналогия носит подчеркнуто редуccionистский характер.

В рамках данного подхода человеческое тело сознательно отождествляется с любым телом природы. Оно не больше чем место для реализации природных процессов и не обладает никакими гарантиями от внешней эксплуатации. Задаче определения смерти на основании диагноза смерти мозга оказывается релевантно строго определенное понятие тела, как абстракции на уровне биологически оформленного организма.

Итак, основная аргументация J. Lizza направлена против беспорядочного смысла потенциальности, на его конкретизацию рамками тех условий, в которых оно может раскрыться. Если мы признаем способность возвращения сознания у пациента со смертью мозга, чье тело фактически обезглавлено, то почему не можем признать способности атрибутировать этот потенциал всем другим живым существам? Почему «возможность изменить гены животного, сделать его обладающим сознанием и рациональностью кажется более далекой, чем возможность восстановления сознания искусственно поддерживаемого, обезглавленного человеческого тела»?³⁰³.

Аргументация на базисе видовой принадлежности затрагивает очень сложные в технологическую эпоху вопросы: «когда человек прекращает быть членом своего вида?», «собственно каковы рамки человеческого?», «являются ли искусственно поддерживаемое человеческое тело со смертью мозга или гипотетически поддерживаемое обезглавленное человеческое тело живыми членами человеческого вида или они лишь вещи, обладающие признаками жизни?» J. Lizza достаточно категоричен в своей оценке: такие люди не могут считаться людьми в полном смысле этого слова. Он признает важность неокортикальной дефиниции смерти, ко-

³⁰³ Lizza, John P. (2005). Potentiality, Irreversibility, and Death, *Journal of Medicine and Philosophy*,30:1,45–64.

торой придерживался D. Shewmon в своих ранних работах и, воспользовавшись идеей Аристотеля о том, что материя должна быть расположена определенным образом, чтобы быть одушевленной (то есть необходимы определенные физические условия для актуализации потенциальности), утверждает: потенциал для сознания необходим для личности и частный биологический субстрат необходим для этого потенциала. Тело перестает быть очеловеченным, будучи помещенным в новые технологические условия.

Представленные выше позиции и D. Cole и D. Shewmon интересны и в другом ракурсе рассуждений, в связи с постановкой проблемы эвтанази. Противники эвтанази зачастую руководствуются именно такого рода темпоральными аргументами, указывая на возможность технологического прорыва в медицине, который сможет помочь безнадежным больным в любой момент времени пребывания их в безнадежном состоянии. В таких ситуациях наблюдается зеркальная ситуация: прекращение нормального функционирования тела при сохранной сознательной деятельности. Сближение проблем эвтанази и смерти мозга происходит в отношении практики отношения к детям — анэнцефалам. Так, в случае нарушения мозговой деятельности или при отсутствии таковой (у детей с врожденной анэнцефалией) аргументация в пользу эвтанази приобретает более выраженный характер и технологический оптимизм уступает место технологическому прагматизму, легитимирующему или забор органов от таких пациентов (донорство от детей-анэнцефалов является легитимным в Италии), или ратующему за легитимацию нового критерия смерти (как смерти высшего мозга).

Итак, границы разумности для определения человеческой идентичности предстают не оформленными — выбор в пользу разума как маркера специфически человеческого существования (выбор в пользу легитимности концепции смерти мозга) может быть скорректирован в границах самого разума в пользу высших его проявлений — наличия постоянной сознательной деятельности.

Однако этические баталии за определение сущности человеческого, как уже было продемонстрировано на основе взглядов D. Shewmon, не ограничиваются сугубо рационалистическими трактовками. Вопрос о выборе приоритетов между персональной идентичностью и идентичностью физической в пользу последней в конце 1960-х гг. получил серьезную поддержку со стороны ведущего немецкого этика Г. Йонаса

Ганс Йонас впервые выразил свою критическую позицию по отношению к концепции смерти мозга в сентябре 1968 г. на Конференции «Этические аспекты исследований на человеке» в качестве ответа на публикацию Гарвардской комиссии относительно исследования дефиниции смерти мозга. Он отметил следующие пункты, требующие пристального внимания всего медицинского сообщества:

Человеческое незнание границ между жизнью и смертью делает невозможным определение границ между ощущением и потерей ощущения и исключением человеческого страдания;

Пациент должен быть абсолютно уверен, что его врач не является палачом и ни одна дефиниция не должна позволить стать им. Человек имеет право на свое собственное тело со всеми своими органами.

Г. Йонас оценивал дефиницию смерти мозга в качестве странной натуралистической реинкарнации старого дуализма души и тела в смысле репрезентации истинной человеческой личности в мозге, и в отношении к нему оценку тела в качестве исправного инструмента. В противовес этой позиции он утверждает, что тело, являясь телом мозга, так индивидуально, и с таким же своеобразием относится к идентичности, как собственно контролирующий мозг.

Концептуальная неясность диагноза смерти мозга артикулирует проблему нового статуса знания как категории не только гносеологической, но прежде всего этической. Знание, как отмечает Г. Йонас в своем знаменитом труде «Принцип ответственности», делается нашей настоятельной обязанностью, причем оно должно быть соразмерно каузальным масштабам нашей деятельности. «Признание неведения становится тогда оборотной стороной обязанности знать и через это — частью этики, которая призвана подвигнуть нас на делающий все более настоятельным самоконтроль за собственной непомерной мощью»³⁰⁴. Применительно к проблеме смерти мозга следует принять во внимание следующее методологическое кредо: логическим следствием нашего незнания, полагал Г. Йонас, — должно стать принятие максимальной дефиниции (лучше сказать: определения признаков) смерти,

³⁰⁴ Йонас Г. Принцип ответственности.-

http://makhankov.ucoz.ru/load/tekst_russkogo_perevoda_knigi_gansa_jonasa_quotprincip_otvetstvennostiquot/1-1-0-15

то есть смерть человека — это «смерть мозга плюс кардиологическая смерть плюс те признаки, которые являются значимыми»³⁰⁵.

Разнообразие критериев и порядков значимости, в соответствии с которыми оценивается существование человека, характеризует его собственный уникальный способ участия в бытии — в признании³⁰⁶. Выдвижение на первый план в конституировании идеи человека сознательной деятельности или способности быть инициатором собственных действий, а потому вменяемым существом, или возможности помнить себя и отражать синтез воспоминаний в личностной биографии — это все критерии значимости, которые формируют картину человеческого бытия. Вместе с тем есть еще один порядок признания человеческого (порядком значимости), который будет уместно упомянуть именно в связи с проблемами констатации смерти мозга и донорства органов. Это — дар.

Дар отсылает к субъективности, которая его осуществила. В даре даже непризнанный обществом субъект обретает свою субъективность. Тот, кто способен дарить, не сводится к своему телу, даже если считается исключительно им (как в случае анэнцефалических новорожденных или просто пациентов, у которых констатирована смерть мозга). Общество, забирая и распределяя донорские органы и концептуально поддерживая идею дара (донорства), изымая этот дар живой материи, необходимый для жизнеобеспечения теряющей себя субъективности (реципиента), осуществляет процесс конституирования утраченной или не обретенной субъективности (пациента со смертью мозга или больного анэнцефалией), поскольку тот, кто способен приносить свое собственное существование в жертву (дар) является лицом, а не вещью, обладает тем порядком значимости, который делает его субъектом.

Итак, казалось бы, узко медицинская проблема смерти мозга теряет свой частный характер и предстает в качестве проблемы соразмерной духу технологической эпохи. Понятие «человек» терпит фиаско в свете появившихся новых медицинских технологий или испытывается на прочность запас человечности современно-го человека.

³⁰⁵ Jonas H (1987): Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes. in: ders., Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

³⁰⁶ См.: Рикёр П. Путь признания: три очерка. М.: РОСПЭН, 2010.

Наше вмешательство в естественный процесс событий может требовать формирования нового понимания того, что такое человек, расширять, а возможно, наоборот, сужать его границы. Новые пределы человеческой идентичности оформляются в связи с вынужденными фактами технологического конструирования человеческих существ, онтологический статус которых оформляется на границе «между» человеческим и нечеловеческим. Так, J. Lizza говорит о том, что «искусственной поддержкой человеческих тел со смертью мозга или гипотетически обезглавленных человеческих тел, мы вмешиваемся в историю жизни организма таким радикальным образом, что мы создаем новые виды существ и что мы должны признать, что человеческое существо умерло. Таким образом, хотя потенциал для интеллекта и воли связаны с видовым членством, сомнительно, что такое искусственно поддерживаемое тело может считаться членами этого вида». Однако тело нормального, среднестатистического человеческого существа, как правило, не редуцируется к телу вида. Человеческая телесность направлена на преодоление самой себя как исключительно продукта природы, она, как отмечает Г. Плеснер³⁰⁷, эксцентрична, переступает природные границы. В этой связи имеет смысл рассуждать о возможности трансформации видового самопонимания, об особенностях его формирования в технологическую эпоху.

Если потенциальность имеет ступенчатую градацию, имеет свои онтологические уровни актуализации, тогда возникает серьезная проблема: какой смысл потенциальности является актуальным для неврологической дефиниции смерти. В связи с такой постановкой вопроса рефлексия относительно онтологического статуса этих живых существ является чрезвычайно важной. От принятой конвенции относительно онтологического статуса тела зависит социальная прагматика действий. Можно выработать четкую, однако очень осторожную и фактически бездейственную позицию: поскольку «определение смерти» — часть этической задачи, мы не должны искать большего уточнения, чем может позволить предмет, и признать, что мы в области возможностей, а не определенностей³⁰⁸. Невозможность уточнения предмета (оп-

³⁰⁷ Плеснер Х. Ступени органического и человек. Введение в философскую антропологию. — <http://www.musa.narod.ru/ples1.htm>

³⁰⁸ Lizza, John P. (2005). Potentiality, Irreversibility, and Death, *Journal of Medicine and Philosophy*,30:1,45–64.

ределения смерти) — это капитуляция классической этики перед совокупностью нерешенных проблем технологического общества. Тот факт, что событие смерти в технологическую эпоху теряет свой естественный характер, лишь означает, что в рамках поставленной этической задачи ее невозможно решить классическим образом. В связи с этим приходится расширять границы этического в свете новых данных науки. Артефактность смерти требует инновационного подхода в акте ее этической оценки.

Очевидно, что в классической этике сам феномен этической задачи имел масштаб, несоразмерный с духом эпохи технологий, подрывающей саму возможность устойчивой, «застывшей» этики. Решение этической задачи в контексте развития новых медицинских технологий всегда оказывается половинчатым, нуждающимся в перманентной рефлексии.

Осмысление проблемы смерти мозга упомянутыми выше исследователями, прежде всего, обращено к проблеме сохранения прав человека, точнее, его права на жизнь в ситуациях, когда, казалось бы, выгода от осуществленного действия (спасение жизни другого человека) перевешивает возможные риски (например, риск ошибочной диагностики смерти мозга).

В современном мире различные подходы к диагнозу смерти мозга отражают две несовместимые онтологические ситуации, когда диагноз смерти мозга может рассматриваться то как состояние, эквивалентное смерти человека, то как состояние, тождественное жизни. Отсутствие единого концептуального базиса концепции смерти мозга, разнообразие претензий к данному диагнозу в практическом отношении (даже под прикрытием благих целей развития трансплантологии) приводит к парадоксально-глупой ситуации: абстрактный пациент, виртуально присутствующий на койках больниц разных стран мира, в одно и то же время может считаться где-то живым, где-то умирающим, а где-то уже частью тела другого пациента.

Критерий смерти мозга в Российской Федерации принят лишь формально, современный философский и научный контекст об эквивалентности смерти мозга смерти человека в свете накопленного опыта диагностики, а также в свете существующих аномалий стандартной парадигмы смерти мозга совершенно иной. Кроме того, нельзя просто так отбросить в сторону аксиологическую и этическую составляющую данного диагноза. Как отмечал А. М. Гурвич: «... даже оставляя пока в стороне вопросы, связанные с трансплантологией, следует, тем не менее признать, что важней-

шей этической проблемой на долгие годы, если не на десятилетия, останется отношение всего общества к новому понятию смерти... с этической точки зрения тот факт, что для многих людей смерть знаменуется остановкой сердца, ни в коем случае не может быть отброшен, поскольку это представление в настоящее время бытует в огромной части человеческого общества и пренебрежение мнением этих людей аморально»³⁰⁹.

³⁰⁹ Гурвич А.М. Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга//Биомедицинская этика. Под ред. академика РАМН В.И Покровского. М.: Медицина. 1997. С. 189–197.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ³¹⁰

В контексте логики развития медицинской науки вопрос о правомочности безоговорочного отождествления понятий «смерть мозга» и «биологическая смерть» требует дальнейшего специального рассмотрения, ибо смерть мозга можно определить как особую клиническую реальность, достойную философского, этического и правового осмысления.

Утверждение о том, что «смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга» есть некоторая объективно необходимая временная договоренность. Причем, договоренность не только между специалистами, но в обществе в целом. Эта договоренность носит именно временный характер и отражает на сегодняшний день пока еще невысокий, применительно к данной проблеме, уровень развития медицины и смежных с ней биологических наук.

К сожалению, эволюция концепции смерти мозга в нашей стране складывалась таким образом, что как проблема детской реаниматологии она лишь обозначалась, но ее решение отодвигалось в неопределенное будущее. Очевидно также и то, что такой подход является тормозом развития педиатрической трансплантологии. В результате в настоящее время в России отсутствует нор-

³¹⁰ В подготовке данных выводов и предложений координирующая роль принадлежит руководителю Лаборатории правовых проблем охраны здоровья детей НЦЗД РАМН д.мед.н. Лапину Ю.Е., за что выражаем ему огромную благодарность.

мативный правовой акт, регламентирующий констатацию смерти мозга у ребенка.

Очевидно, что отсутствие в нашей стране необходимого правового решения проблемы смерти мозга у детей является огромным препятствием развития трансплантологии в педиатрии. Если говорить о трансплантации жизненно важных органов, то потребность, например, в пересадке почки у детей в 100 раз превышает число проводимых трансплантаций этого органа (ежегодно немногим более 30 по всей стране). Однако даже с учетом этого факта (ежегодной гибели тысяч больных детей, которым современная медицина в принципе может спасти жизнь) решение проблемы смерти мозга у детей может быть только поэтапным: сначала — в плоскости клинической нейрореаниматологии, биоэтики и права, а затем — решения задач органного донорства. Лишь создание гарантий защиты прав пациентов как потенциальных доноров (исключающих ошибки диагностики и тем более злоупотребления) позволит решать следующую по очередности проблему — обеспечения прав уже других пациентов как реципиентов.

На формирование современных (часто — противоположных) концепций смерти мозга основное влияние оказывают не только уровень развития медицинской науки и медицинских технологий, но и степень междисциплинарного научного освоения функционирования системы «смерть мозга — биологическая смерть», уровень развития общественных отношений, а также социокультурные предпосылки (уровень информированности общества о целях и возможностях лечения болезней методами трансплантологии, гуманистическая зрелость конкретного сообщества и др. факторы).

Комплексный междисциплинарный характер проблем диагностики смерти мозга человека обуславливает значительные трудности в разработке общих методологических подходов к познанию и управлению процессами сохранения жизни пациентов. В связи с этим необходимо создание постоянно действующих проблемно-ориентированных научных коллективов, включающих представителей различных научных дисциплин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти/Пер. с франц. В. К. Ронина. М.: Прогресс-Академия, 1992.
2. Батенева Т. Русская девочка получила итальянское сердце. (<http://www.izvestia.ru/obshestvo/article3110263>)
3. Бугаев В. М. Організаційні питання розвитку трансплантології в Україні//Трансплантологія. 2000. Т. 1. № 3.
4. А. В. Ватазин «Правовые, организационные и клинические аспекты диагностики смерти мозга». М.: МОНИКИ, 2008.
5. Вихровски М. Право на жизнь/Пер. с польск.: И. Закшевски. Варшава, 2005.
6. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов/Ассоциация врачей России/Под ред. В. Н. Уранова. М.: ПАИМС, 1995.
7. Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук//Собр. соч. в 2 т. Т. 1. М.: Мысль, 1971.
8. Временная инструкция о порядке изъятия органов и тканей у доноров-трупов/Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 236 от 17.02.1987 г.
9. Гайденко П. П. Смерть//Новая философская энциклопедия. В 4 т. Т. 3. М.: Мысль, 2001.
10. Гиппократ. Избранные книги. М.: СВАРОГ, 1994.
11. Глязер Г. О мышлении в медицине. М.: Медицина, 1969.
12. Гурвич А. М. Терминальные состояния//БМЭ. Т. 25. М.: Советская энциклопедия, 1986.

13. Гурвич А. М. Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга// Биомедицинская этика/Под ред. акад. РАМН В.И. Покровско-го. М.: Медицина, 1997.
14. Гринчак С. В. Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини: підстави кримінальної відповідальності: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08/Національна юридична академія України ім. Ярослава Мудрого. Х., 2007. 20 с.
15. Гутин В. Н. Одна из драматических страниц в истории науки// Научное открытие и его восприятие. М., 1971.
16. Диагностика смерти мозга: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей/[Стулин И. Д. и др.]; под ред. И. Д. Стулина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
17. Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека». Вестник Верховного Совета РФ. 1993. № 2. Ст. 63.
18. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского ун-та, 1998.
19. Зильбер А. П. Трактат об эйтаназии. Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского ун-та, 1998.
20. Иванюшкин А. Я. Эволюция концепции смерти мозга в нашей стране//Медицинское право и этика. 2003. № 1.
21. Иванюшкин А. Я. Проблема смерти мозга как зеркало российской биоэтики. Биоэтика. 2008. № 2.
22. Иванюшкин А. Я. Современные реанимационные технологии и новая дефиниция смерти (смерть мозга)//Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 11: Гуманитарное обеспечение инновационного развития биомедицинских технологий: Сб. науч. ст./Под ред. П. Д. Тищенко. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2010.
23. Иванюшкин А. Я. Биомедицинская этика. М.: Авторская академия, 2010.
24. Инструкция об условиях, допускающих прекращение реанимационных мероприятий и изъятие пригодных для трансплантации органов у лиц, признанных умершими (проект)/ Подготовлена Руководителем Научно-исследовательской лаборатории общей реаниматологии АМН СССР, академиком АМН СССР В. А. Неговским и старшим научным сотрудником лаборатории, доктором медицинских наук А. М. Гурвичем (15.09.1982 г.).

25. Инструкция по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга/Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 236 от 17.02.1987 г.
26. Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга/Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ № 189 от 10.08.1993 г.
27. Инструкция по определению момента смерти человека, отказу от применения или прекращению реанимационных мероприятий (Утв. МЗ РФ от 10.04.1997 г.).
28. Инструкция по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий (Утв. приказом Минздрава России от 04.03.2003).
29. Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга/Приложение к приказу Министерства здравоохранения РФ № 460 от 20.12.2001 г.
30. Инструкция по констатации смерти мозга у ребенка (проект № 1–2002 г.).
31. Инструкция по констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга (проект № 2–2007 г.).
32. Инструкции по констатации смерти детей на основании диагноза смерти мозга (проект № 5–2010 г.).
33. Инструкция по определению момента смерти человека, отказу от применения или прекращению реанимационных мероприятий, рекомендованная письмом Минздрава РФ от 30 апреля 1997 г. № 10–19/148.
34. Интернет–форум: Variability of brain death determination guidelines in leading US neurologic institutions. (<http://www.neurology.org/cgi/eletters/70/4/284>)
35. Івачевська Г.В. Проблеми встановлення критеріїв смерті фізичної особи та їх значення для цивільного права//Університетські наукові записки. 2007. № 4. С. 192–200.
36. Йоргенсен Марианне В. Филипс Луиза Дж. Дискурс-анализ. Теория и метод/Пер. с англ. М.: Гуманитарный центр, 2008.
37. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании/Пер. с англ. Киев: Сфера, 2001.
38. Коновалова Л.В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Вып. 1: Биоэтика и экология. М.: ИФ РАН, 1998.
39. Кун Т. Структура научных революций (<http://www.philosophy.ru/library/kuhn/01/02.html>)

40. Людковская И. Г., Попова Л. М. Морфология и патогенез смерти головного мозга при инсульте//Арх. пат. 1978. № 9.
41. Мирский М. Б. История отечественной трансплантологии. М.: Медицина, 1985.
42. Международные акты о правах человека. М.: Издательская группа НОРМА-ИНФРА. М, 1998.
43. Международные акты о правах человека. М.: Издательская группа НОРМА-ИНФРА. М, 1998.
44. Морган-мл. Дж. Э. и соавт. Клиническая анестезиология: кн. 3-я/Пер. с англ. М.: БИНОМ-пресс, 2004.
45. Мур Ф. История пересадки органов/Пер. с англ./Под ред. проф. Р. В. Петрова. М.: Мир, 1973.
46. На грани жизни и смерти (Краткий очерк современной биоэтики в США)/Пер. с англ. М.: Знание, 1989.
47. Неговский В. А. Восстановление жизненных функций организма, находящихся в состоянии агонии или клинической смерти. М., 1943.
48. Неговский В. А. От смерти к жизни. М.: Знание, 1975.
49. Неговский В. А., Гурвич А. М. Прогноз восстановления функций организма и диагноз «смерти мозга»//Основы реаниматологии. Ташкент, 1977.
50. Ортега-и-Гассет Х. Дегуманизация искусства//Восстание масс. М.: АСТ, 2007.
51. Пищита А. Н. Согласие на медицинское вмешательство. Медико-правовой анализ. Юрид. Стандарты. Практика реализации. М: Центр. клиническая б-ца РАН, 2006.
52. Плеснер Х. Ступени органического и человек. Введение в философскую антропологию (<http://www.musa.narod.ru/ples1.htm>).
53. Пермяков Н. К., Хучуа А. В., Туманский В. А. Постреанимационная энцефалопатия. М.: Медицина, 1986.
54. Плам Ф., Познер Дж. Диагностика ступора и комы/Пер. с англ. М.: Медицина, 1986.
55. Попова О. В. Проблема смерти мозга: этико-философский контекст исследования//Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 5/Рос. акад. наук, Ин-т философии, М.: ИФ РАН, 2011.
56. Попова О. В. Этико-правовые проблемы констатации смерти мозга: российский и международный опыт. Медичне право України: законодавче забезпечення царини охорони здоров'я (генезис, міжнародні стандарти, тенденції розвитку й удосконалення ЛОБФ «Медицина і право», 2011. С.263–269.

57. Попова О. В. Философско-методологическое основание проблемы смерти мозга в контексте поиска антропологических границ//Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 14: Трансдисциплинарность, нанотехнологии и инноватика. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2012. С. 39–48.
58. Попова О. В. Проблема методологически-корректной дефиниции смерти: образовательный аспект (на примере проблемы смерти мозга)//Высшее образование для XXI века: IX Международная научная конференция. Москва. Москва, 15–17 ноября 2012.: Доклады и материалы. Симпозиум «Высшее образование и развитие человека». М.: Изд-во Мос. гуманит. Ун-та, 2012. С. 98–103.
59. Попова Л. М. Запредельная кома при инсульте//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1976. № 8.
60. Попова Л. М., Мусатова И. В., Левченко Н. И. и др.//Анестезиология и реаниматология. 1980. № 5.
61. Попова Л. М. Нейрореаниматология. М.: Медицина, 1983.
62. Попова Л. М. Смерть мозга/БМЭ. Т. 23. М.: Советская энциклопедия, 1985.
63. Попова Л. М. Этические проблемы, возникающие при диагностике смерти мозга//Анестез. и реанимат. 1992. № 4.
64. Попова Л. М. Амиотрофический боковой склероз в условиях продленной жизни. М.: Медицина, 1998.
65. Положение о проведении процедуры констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга (проект № 3–2007 г.).
66. Положение о проведении процедуры констатации смерти ребенка в возрасте 1 года и старше на основании диагноза смерти мозга (проект № 4–2010 г.).
67. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах врачебных организаций. Всемирная медицинская ассоциация. Всемирная психиатрическая ассоциация. ООН. Совет Европы. Киев: Ассоциация психиатров Украины, 1996.
68. Приказ Минздрава РФ от 20 Декабря 2001 № 460 «Об утверждении инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга».
69. Приказ Минздрава РФ от 4 марта 2003 г. № 73 «Об утверждении Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий».

70. Приказ Минздрава СССР от 17 февраля 1987 г. № 236 «О дальнейшем развитии клинической трансплантологии в стране», Приложение № 1.
71. Приказ Минздрава СССР от 17 февраля 1987 г. № 236 «О дальнейшем развитии клинической трансплантологии в стране», Приложение № 2.
72. Приказ Минздрава РФ от 10 августа 1993 г. № 189 «О дальнейшем развитии и совершенствовании трансплантологической помощи населению Российской Федерации», Приложение № 2.
73. Проблеми державотворення і захисту прав людини в Україні. Матеріали VII регіональної науково-практичної конференції. 13–14 лютого 2001 р.м. Львів. — Львів: Юридичний факультет Львівського національного університету імені Івана Франка, 2001.
74. Сальников В. П., Стеценко С. Г. Трансплантация органов и тканей человека: проблемы правового регулирования/МВД России; Санкт-Петербургский ун-т; Академия права, экономики и безопасности жизнедеятельности/Под ред. В. П. Сальникова. СПб.: Фонд «Университет», 2000.
75. Сиднейская декларация (Положение о смерти)//Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций (Всемирная Медицинская Ассоциация; Всемирная Психиатрическая Ассоциация; Организация Объединенных Наций; Совет Европы). Киев, 1998.
76. Силуянова И. В. Биоэтика в России. М., 1997; Введение в биоэтику/Под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.
77. Смерть мозга. Православный взгляд на проблему: [Сборник/Общ-во правосл. врачей Санкт-Петербурга]; Под общ. ред. С. Филимонова. СПб.: Общ-во свт. Василия Великого, 2003.
78. Тищенко П. Д. Жизненные апории как начала биоэтики//Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 9: Проблемы биоэтики и гуманитарной экспертизы: биотехнология, психология и виртуалистика: Сб. науч. статей/Под ред. П. Д. Тищенко. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2009.
79. Тищенко П. Д. Геномика: новый тип науки в новой культурной ситуации (<http://biomediale.ncca-kaliningrad.ru/?blang=ru&author=tischenko>).
80. Тищенко П. Д. На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Изд. Дом «Мирь», 2011.

81. Тищенко П. Д. Этические комитеты//Этика: Энциклопедический словарь/Под ред. Р. Г. Апресяна и А. А. Гусейнова. М.: Гардарики, 2001. С. 598–600.
82. Сточик А. М., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в XVIII веке. М.: Медицина, 1996.
83. Тоффлер Э. Метаморфозы власти: Знание, богатство и сила на пороге 21-го века». М.: АСТ, 2009.
84. Уолкер А. Э. Смерть мозга/Пер. с англ./Под ред. проф. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988.
85. Уиклер Д. Определение смерти: задача для философов?/Пер. с англ. Л. В. Коноваловой//Коновалова Л. В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Вып. 1: Биоэтика и экология. Приложение 2. М.: ИФ РАН, 1998.
86. Шаварский Зб. Этические аспекты трансплантации мозговой субстанции/Пер. с польск. проф. Л. В. Коноваловой//Приложение 3 в кн.: Коновалова Л. В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). — Вып. 1: Биоэтика и экоэтика. М.: ИФ РАН, 1998.
87. Шор Г. В. О смерти человека (введение в танатологию). М.: Л.: Кубуч, 1925.
88. Хайдеггер М. Закон тождества (http://www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/Heidegg/Zak_To)
89. Царегородцев Г. И., Кармазина Е. В. Проблема эвтаназии в зарубежной медицинской этике//Вопр. философии. 1984. № 12.
90. Чеботарева Г. В. Уголовно-правовые проблемы трансплантации органов и тканей человека и донорства крови в Украине/Киевский национальный экономический ун-т им. Вадима Гетьмана. К: КНЭУ, 2006.
91. Чеботарева Г. В. Уголовно-правовые проблемы трансплантации органов или тканей человека и донорства крови: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08/НАН Украины; Институт государства и права им. В. М. Корецкого. К., 2003.
92. Юдин Б. Г. Предисловие (От издательства)//Голдстейн М., Голдстейн И. Ф. Как мы познаем. Исследование процесса научного познания/Сокр. пер. с англ. А. Е. Петрова. М.: Знание, 1984.
93. Юдин Б. Г. Социальная институционализация биоэтики//Биоэтика: проблемы и перспективы. М.: ИФ РАН, 1992.
94. Юдин Б. Г. Природа этического знания//Введение в биоэтику: Учебное пособие/Под общ. ред. Б. Г. Юдина и П. Д. Тищенко. М.: Прогресс-Традиция, 1998.

95. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, A Definition of Irreversible Coma// Journal of American Medical Association. V. 205. № 6, 5 August 1968. P. 85–88.
96. American Academy of Pediatrics Task Force on Brain Death in Children. Guidelines for the determination of brain death in children. Pediatrics, 1987; 80: 298–300.
97. Andreas B. Der Hirntod des Menschen — medizinische und ethische Aspekte//Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vorgelegt von Andreas Bertels, 2002.
98. Ari R. Joffe, MD, FRCPC; Natalie Anton, MD, FRCPC. Brain Death. Understanding of the Conceptual Basis by Pediatric Intensivists in Canada/Arch Pediatr Adolesc Med. 2006; 160:747–752.
99. Ashwal S., Schneider S.//Ann. Neurol. — 1979. — № 6. — P. 512–517.
100. Bartlett E. T.//J. Med. Ethics. 1995. V. 21. № 5. P. 270–276.
101. Bernat JL. A defense of the whole-brain concept of death. Hastings Cent Rep 1998; 28:14–23.
102. British Transplant Society, Guidelines relating to solid organ transplants from non-heart beating donors, London 2004, 6; Gardiner/Riley, Non-heart-beating organ donation, Anaesthesia 2007/62, 31 (431).
103. Capron A., Kass L.//University of Pennsylvania Law Review. 1972. V.121. № 1. P. 87–118.
104. Capron A. M. The bifurcated legal standard for determining death: Does it work? — In: S., Youngner R. M., Arnold R., Schapiro (Eds.). The Definition of Death: Contemporary Controversies (pp. 117–136). Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1999.
105. Cole D. J.//J. Med. Ethics. 1992. V.18. № 1. P. 26–30.
106. Controversies in the Determination of Death. The President's Council on Bioethics. Washington, D. C. 2009.
107. Shewmon, D. A. Chronic «brain death»: Meta-analysis and conceptual consequences//Neurology, 1998; 51; 1538–1545.
108. Dagi T. F., Kaufman R.//J. Med. and Philos. 2001. V. 26. № 5. P. 503–525.
109. Edicion Ordinaria del 21 de Septiembre del 2001. 9–21–2001. La Habana, Ministerio de Justicia. Gaceta Oficial de la Republica de Cuba. Resolucion № 90 de Salud Publica.
110. Empfehlungen zur Durchfuhrung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme von 17 Dezember, 2005. Osterreichisches Bundesinstitut fur Geundheitswesen.

111. Greer D., Varelas P., Haque S., Wijdicks E.//Neurology. 2008. V. 70. № 4. P. 284–289.
112. Guidelines for the Determination of Death//JAMA, 1981, V. 246. № 19. P. 137–167.
113. <http://caute.net.ru/ilyenkov/texts/corpus.html>
114. Jalili M., Crade M.//Clin Pediatr. (Phila). 1994. V. 33. P. 669–674.
115. Journal of American Medical Association. V. 205. № 5. 1968. P. 85–88.
116. Klein M. (1996): Erwiderung zu der Stellungnahme von Herrn Prof. J. Link, Benjamin Franklin Universitätsklinikum Berlin, für den Ausschuß für Gesundheit des Deutschen Bundestages vom 9. 9. 96.
117. Klein M. Hirntod: Vollständiger und irreversibler Verlust aller Hirnfunktionen? Ethik Med. 7: 6–15 (1995).
118. Korein J.//An. N. Y. Acad. Sci. 1978. V. 315. P.19–38.
119. Lizza, John P (2005) Potentiality, Irreversibility, and Death, Journal of Medicine and Philosophy, 30:1, 45– 64.
120. Machado C. Is the concept of brain death secure? In Zeman A, Emanuel L. eds. Ethical Dilemmas in Neurology, V. 36. London, W B Saunders Company, 2000:193–212.
121. Masahiro Morioka. Brain Dead Person: Human–relationship–oriented Analysis of Brain–death (1989). (<http://www.lifestudies.org/braindeadperson00.html>)
122. Mathur M., Petersen L., Stadtler M. et al.//Pediatrics. 2008. V. 121. P. 988–993.
123. Mollaret P., Goulon M.//Rev. Neurol. 1959. T.101. P. 3–15.
124. Norme per l'accertamento e la certificazione di morte//Legge. 1993. № 578. 29 dicembre.
125. Okamoto K., Sugimoto T.//Pediatrics. 1995. V. 96. P. 518–520.
126. Potts M.//J. Med. and Philos. 2001. V.26. № 5. P. 479–491.
127. Powner D. Hernandez M, Rives TE. Variability among hospital policies for determining brain death in adults. Crit Care Med 2004; 32: 1284–8.
128. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1981). Defining Death: A Report on the Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
129. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining Death: A report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the

- Determination of Death, 66 p. Government Printing Office, Washington, D.C., 1981.
130. Declaration of Ottawa on The right of the child to health care (World Medical Association)//Bull. Med. Eth. 1999. February. Pp. 9–1.
131. Shewmon, D.A. (1985). The metaphysics of brain death, persistent vegetative state, and dementia. *The Thomist*, 49, 24–80.
132. Shewmon, D.A. The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating 'Brain Death' With Death," *J. Med. Philos.* 26. №. 5 (2001): 457–78.
133. Varela F. Principles of Biological Autonomy. N.Y.: North Holland, 1979.
134. Variability in Pediatric Brain Death Determination and Documentation in Southern California Pediatrics", 2008, 121; P. 988–993.
135. Veatch R. M.//*J. Thanatology*. 1975. 3. P. 13–30.
136. Wijdicks EF. Brain Death. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000: 29–43.
137. Wijdicks EFM. Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology* 2002; 58:20–25.
138. Youngner S., Landefeld C., Coulton C. et al.//*J. A. M. A.* 1989. V. 261. P. 2205–2210.
139. Youngner S. J., Bartlett E. T.//*An. Int. Med.* 1983. V. 99. P. 252–258.
140. Youngner SJ, Landefeld CS, Coulton CJ, Juknialis BW, Leary M. «Brain death» and organ retrieval: a cross-sectional survey of knowledge and concepts among health professionals. *JAMA*. 1989; 261:2205–2210.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

ОПРОСНИК ПО КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ МОЗГА ³¹¹

Клиническая легенда: 14-летний пациент с черепно-мозговой травмой, полученной в результате дорожно-транспортного происшествия. Пациент удовлетворяет всем критериям смерти мозга, исследования проведены с соблюдением кратности и необходимого временного интервала (в данном случае 12 часов).

При ответе на каждый вопрос Вы можете выбрать один или несколько/все вариантов ответов.

Вопрос 1. Что из ниже перечисленного, на Ваш взгляд, позволяет уравнивать понятия «смерть мозга» и «смерть человека»? (Вы можете выбрать один или несколько/все вариантов ответов, однако каждый выбранный Вами ответ должен быть самодостаточен):

1. Необратимая потеря сознания.
2. Необратимая потеря души или «сущности».
3. Необратимая потеря личности.
4. Необратимая потеря интегративных функций мозга.
5. Неизбежная остановка сердца в течение часов или дней.
6. Развитие необратимых дегенеративных изменений вещества мозга, нарушение кровотока.
7. Необратимая утрата функций мозга, нарушение ствола мозга.

³¹¹ Ari R. Joffe, MD, FRCPC; Natalie Anton, MD, FRCPC. Brain Death. Understanding of the Conceptual Basis by Pediatric Intensivists in Canada/Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160:747–752.

8. Необратимая утрата важнейших функций головного мозга, в особенности стволовых структур.
9. Необратимая утрата сознания в сочетании со стойким нарушением дыхания.
10. Плохой прогноз для лечения.
11. Ничего из перечисленного.

Вопрос 2. Что из ниже перечисленного, на Ваш взгляд, несовместимо с диагнозом «смерть мозга» (при наличии каких факторов Вы не будете рассматривать пациента в качестве возможного донора органов):

1. Активность ЭЭГ (при исключении артефакта).
2. Признаки зрительной, соматосенсорной, слуховой активности (при исключении артефакта).
3. Регистрация остаточного мозгового кровотока при помощи соответствующих техник.
4. Нормальный уровень гормонов гипоталамуса, включая вазопрессин, тиреотропный гормон и другие.
5. Отсутствие гистологических изменений при макроскопическом и микроскопическом исследовании вещества ствола головного мозга (предполагая возможность проведения биопсии головного мозга).
6. Ничего из перечисленного.

Вопрос 3. После констатации смерти мозга по просьбе родственников для возможности прощания до забора органов, тело поддерживалось на аппаратах жизнеобеспечения в течение 48 часов. За этот период клинические показатели не изменились. После процедуры забора органов была произведена аутопсия. Какие из гистологических находок, на Ваш взгляд, несовместимы с диагнозом «смерть мозга» (при наличии каких факторов Вы бы не стали рассматривать пациента в качестве возможного донора органов):

1. Отсутствие изменений в структуре ствола мозга при макроскопическом исследовании, минимальные изменения вещества мозга при микроскопии.
2. Сохранение макроскопической структуры коры головного мозга при наличии минимальных микроскопических изменений.
3. Наличие нетипичных для длительного нахождения пациента на аппарате ИВЛ повреждений вещества ствола и коры больших полушарий.
4. Обширное повреждение и некроз (размягчение) больших полушарий и ствола мозга.

5. Ничего из перечисленного.

Вопрос 4. При проведении повторного планового исследования, выявлена незначительная ЭЭГ активность (артефакт исключен). Спустя 12 часов диагноз смерти мозга подтверждается клиническими показателями и изолинией на ЭЭГ. В какой момент можно говорить о смерти мозга данного пациента (а не о процессе умирания):

1. После первого факта диагностики смерти мозга.
2. После подтверждения диагноза смерти мозга (через 12 часов после первого исследования).
3. В момент регистрации изолинии на ЭЭГ.
4. Ничего из перечисленного.

II

Клиническая легенда: у пациентки, на 22-й неделе беременности констатирована смерть мозга. Принято решение продолжать инотропную терапию и ИВЛ для поддержания жизнеобеспечения плода. Спустя две недели пациентка гемодинамически стабильна, находится на аппарате ИВЛ. На 33-й неделе беременности путем кесарева сечения родился доношенный плод. Пациентка удовлетворяет критериям смерти мозга и выступила в роли донора органов.

Вопрос 1. С какого момента пациентка была мертва:

1. После первого факта диагностики смерти мозга.
2. После подтверждения диагноза смерти мозга (через 12 часов после первого исследования).
3. После извлечения плода.
4. После забора органов и отключения от аппарата ИВЛ.
5. Ничего из перечисленного.

Вопрос 2. После постановки диагноза смерть мозга семья настаивает на продолжении проведения ИВЛ и инотропной терапии. После подтверждения диагноза (через 12 часов после первого исследования) позиция семьи остается неизменной. Каковы Ваши действия?

1. Отключить аппараты жизнеобеспечения, сославшись на протокол и инструкцию констатации смерти мозга.
2. Продолжить проведение поддерживающей терапии, учитывая, что скоро наступит остановка сердца.
3. Продолжить проведение поддерживающей терапии настолько это возможно, уважая желание родственников.

4. Другое: пожалуйста, опишите.

Вопрос 3. Как Вы считаете, почему пациент, удовлетворяющий критериям смерти мозга (учитывая временные интервалы), является мертвым (что Вы думаете о роли интегративной функции мозга, функционировании ствола мозга в тонатогенезе)?

Вопрос 4. Задумывались ли вы о причинах эквивалентности смерти человека смерти мозга до участия в этом опросе?

1. Да.
2. Нет.

Вопрос 5. Что из нижеперечисленного наиболее близко отражает Вашу точку зрения на эквивалентность смерти мозга и смерти пациента (выберите один вариант ответа):

1. Концепция смерти мозга полностью объясняет ее эквивалентность смерти человека.
2. Диагностика смерти мозга является принятым медицинским стандартом.
3. Процедура диагностики смерти мозга является легализованным стандартом.
4. Данную точку зрения я перенял от клинической школы.
5. Я не задумывался о причинах эквивалентность смерти мозга и смерти пациента.
6. Я чувствую дискомфорт во время диагностики смерти в соответствии с критериями смерти мозга.

Спасибо за участие в опросе!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РФ

- **Конституция РФ** (извлечение)

Ст. 21. ч. 2... Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам.

- **Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** (извлечения)

Статья 47. *Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)*

...

6. Совершеннолетний дееспособный гражданин может в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально, выразить свое волеизъявление о согласии или о несогласии на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации (пересадки) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

7. В случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего право заявить о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии — один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, бабушка, бабушка).

8. В случае смерти несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) *допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей* (курс. наш — авт.)

9. Информация о наличии волеизъявления гражданина, указанного в части 6 настоящей статьи, иных лиц в случаях, предусмотренных частями 7 и 8 настоящей статьи, выраженного в устной или письменной форме, заверенной в порядке, предусмотренном частью 6 настоящей статьи, вносится в медицинскую документацию гражданина.

10. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у трупа не допускается, если медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством Российской Федерации порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица в случаях, указанных в частях 7 и 8 настоящей статьи, заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации (пересадки).

11. Органы и ткани для трансплантации (пересадки) могут быть изъяты у трупа после констатации смерти в соответствии со статьей 66 настоящего Федерального закона.

12. В случае необходимости проведения судебно-медицинской экспертизы разрешение на изъятие органов и тканей у трупа для трансплантации (пересадки) должно быть дано судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

13. Не допускается принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации (пересадки).

14. В Российской Федерации осуществляется учет донорских органов и тканей, а также лиц, нуждающихся в лечении методом трансплантации (пересадки) органов и тканей...

Статья 66. Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий

1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реани-

матолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.

5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

6. Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными, а именно:

1) при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;

2) при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;

3) при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

7. Реанимационные мероприятия не проводятся:

1) при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;

2) при наличии признаков биологической смерти человека.

8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации.

- **Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека»** (извлечения)

...

Ст. 7. Действие международных договоров

Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем те, которые ука-

заны в настоящем Законе, то действуют правила международного договора.

Ст. 8. Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей

Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

Ст. 9. Определение момента смерти

Органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей–специалистов.

Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга), установленной в соответствии с процедурой, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно–правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития.

В диагностике смерти в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею.

Ст. 10. Разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа

Изъятие органов и (или) тканей у трупа производится с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего Закона.

В том случае, когда требуется проведение судебно–медицинской экспертизы, разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа должно быть дано также судебно–медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

- **Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга (утв. приказом Минздрава РФ от 20 декабря 2001 г. № 460)**

I. Общие сведения

Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемом при работающем

сердце и искусственной вентиляции легких. Смерть мозга эквивалентна смерти человека.

Решающим для констатации смерти мозга является сочетание факта прекращения функций всего головного мозга с доказательством необратимости этого прекращения.

Право на установление диагноза смерти мозга дает наличие точной информации о причинах и механизмах развития этого состояния. Смерть мозга может развиваться в результате его первичного или вторичного повреждения.

Смерть мозга в результате его первичного повреждения развивается вследствие резкого повышения внутричерепного давления и обусловленного им прекращения мозгового кровообращения (тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, спонтанные и иные внутричерепные кровоизлияния, инфаркт мозга, опухоли мозга, закрытая острая гидроцефалия и др.), а также вследствие открытой черепно-мозговой травмы, внутричерепных оперативных вмешательств на мозге и др.

Вторичное повреждение мозга возникает в результате гипоксии различного генеза, в т. ч. при остановке сердца и прекращении или резком ухудшении системного кровообращения, вследствие длительно продолжающегося шока и др.

II. Условия для установления диагноза смерти мозга

Диагноз смерти мозга не рассматривается до тех пор, пока не исключены следующие воздействия: интоксикации, включая лекарственные, первичная гипотермия, гиповолемический шок, метаболические эндокринные комы, а также применение наркотизирующих средств и миорелаксантов.

Поэтому первое и неперемное условие установления диагноза смерти мозга заключается в доказательстве отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС и нервно-мышечную передачу, интоксикаций, метаболических нарушений (в том числе тяжелых электролитных, кислотно-основных, а также эндокринных) и инфекционных поражений мозга. Во время клинического обследования больного ректальная температура должна быть стабильно выше 32 °С, систолическое артериальное давление не ниже 90 мм.рт.ст. (при более низком АД оно должно быть поднято внутривенным введением вазопрессорных препаратов). При наличии интоксикации, установленной в результате токсикологи-

ческого исследования, диагноз смерти мозга до исчезновения ее признаков не рассматривается.

III. Комплекс клинических критериев, наличие которых обязательно для установления диагноза смерти мозга

3.1. Полное и устойчивое отсутствие сознания (кома).

3.2. Атония всех мышц.

3.3. Отсутствие реакции на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга.

3.4. Отсутствие реакции зрачков на прямой яркий свет. При этом должно быть известно, что никаких препаратов, расширяющих зрачки, не применялось. Глазные яблоки неподвижны.

3.5. Отсутствие корнеальных рефлексов.

3.6. Отсутствие окулоцефалических рефлексов. Для вызывания окулоцефалических рефлексов врач занимает положение у изголовья кровати так, чтобы голова больного удерживалась между кистями врача, а большие пальцы приподнимали веки. Голова поворачивается на 90 градусов в одну сторону и удерживается в этом положении 3–4 сек., затем — в противоположную сторону на то же время. Если при поворотах головы движений глаз не происходит и они стойко сохраняют срединное положение, то это свидетельствует об отсутствии окулоцефалических рефлексов. Окулоцефалические рефлексы не исследуются при наличии или при подозрении на травматическое повреждение шейного отдела позвоночника.

3.7. Отсутствие окуловестибулярных рефлексов. Для исследования окуловестибулярных рефлексов проводится двусторонняя калорическая проба. До ее проведения необходимо убедиться в отсутствии перфорации барабанных перепонок. Голову больного поднимают на 30 градусов выше горизонтального уровня. В наружный слуховой проход вводится катетер малых размеров, производится медленное орошение наружного слухового прохода холодной водой (температура +20 °С, 100 мл) в течение 10 сек. При сохранной функции ствола головного мозга через 20–25 сек. появляется нистагм или отклонение глаз в сторону медленного компонента нистагма. Отсутствие нистагма или отклонения глазных яблок при калорической пробе, выполненной с двух сторон, свидетельствует об отсутствии окуловестибулярных рефлексов.

3.8. Отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов, которые определяются путем движения эндотрахеальной трубки в трахее и верхних дыхательных путях, а также при продвижении катетера в бронхах для аспирации секрета.

3.9. Отсутствие самостоятельного дыхания. Регистрация отсутствия дыхания не допускается простым отключением от аппарата ИВЛ, так как развивающаяся при этом гипоксия оказывает вредное влияние на организм и, прежде всего, на мозг и сердце. Отключение больного от аппарата ИВЛ должно производиться с помощью специально разработанного разъединительного теста (тест апноэтической оксигенации).

Разъединительный тест проводится после того, как получены результаты по пп. 3.1–3.8. Тест состоит из трех элементов:

а) для мониторинга газового состава крови (PaO_2 и $PaCO_2$) должна быть канюлирована одна из артерий конечности;

б) перед отсоединением вентилятора необходимо в течение 10–15 минут проводить ИВЛ в режиме, обеспечивающем нормокапнию ($PaCO_2$ –35–45 мм. рт. ст.) и гипероксию (PaO_2 не менее 200 мм. рт. ст.) — $FiO_2 = 1,0$ (т. е. 100% кислород), подобранная V_E (минутная вентиляция легких), оптимальный РЕЕР (ПКЭД — положительное конечное экспираторное давление);

в) после выполнения пп.а) и б) аппарат ИВЛ отключают и в эндотрахеальную или трахеотомическую трубку подают увлажненный 100% кислород со скоростью 6 л в минуту. В это время происходит накопление эндогенной углекислоты, контролируемое путем забора проб артериальной крови. Этапы контроля газов крови следующие: 1) до начала теста в условиях ИВЛ; 2) через 10–15 минут после начала ИВЛ 100% кислородом; 3) сразу после отключения от ИВЛ, далее через каждые 10 минут пока $PaCO_2$ не достигнет 60 мм.рт.ст. Если при этих или более высоких значениях $PaCO_2$ спонтанные дыхательные движения не восстанавливаются, разъединительный тест свидетельствует об отсутствии функций дыхательного центра ствола головного мозга. При появлении минимальных дыхательных движений ИВЛ немедленно возобновляется.

IV. Дополнительные (подтверждающие) тесты к комплексу клинических критериев при установлении диагноза смерти мозга

Диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических тестов (см. пп. 3.1–3.9). Дополнительные тесты выполняются после выявления признаков, описанных в пп. 3.1–3.9. ЭЭГ — исследование (см. п. 4.1) обязательно проводится для подтверждения клинического диагноза смерти мозга во всех ситуациях, где имеются сложности в выполнении пп. 3.6–3.7 (травма или подозрение на травму шейного отдела позвоночника, перфорация барабанных перепонок). Панангиография магистральных артерий головы (см. п. 4.2) проводится для укорочения необходимой продолжительности наблюдения (см. п. 5).

4.1. Установление отсутствия электрической активности мозга выполняется в соответствии с международными положениями электроэнцефалографического исследования в условиях смерти мозга. За электрическое молчание мозга принимается запись ЭЭГ, в которой амплитуда активности от пика до пика не превышает 2 мкВ, при записи от скальповых электродов с расстоянием между ними не меньше 10 см и при сопротивлении до 10 кОм, но не меньше 100 Ом. Используются игольчатые электроды, не менее 8, расположенные по системе «10–20%», и 2 ушных электрода. Межэлектродное сопротивление должно быть не менее 100 Ом и не более 10 кОм, межэлектродное расстояние — не менее 10 см. Необходимо определение сохранности коммутаций и отсутствия непредумышленного или умышленного создания электродных артефактов. Запись проводится на каналах энцефалографа с постоянной времени не менее 0,3 сек. при чувствительности не больше 2 мкВ/мм (верхняя граница полосы пропускания частот не ниже 30 Гц). Используются аппараты, имеющие не менее 8 каналов. ЭЭГ регистрируется при би- и монополярных отведениях. Электрическое молчание коры мозга в этих условиях должно сохраняться не менее 30 минут непрерывной регистрации. При наличии сомнений в электрическом молчании мозга необходима повторная регистрация ЭЭГ. Оценка реактивности ЭЭГ на свет, громкий звук и боль: общее время стимуляции световыми вспышками, звуковыми стимулами и болевыми раздражениями не менее 10 минут. Источник вспышек, подаваемых с частотой от 1 до 30 Гц, должен находиться на расстоянии 20 см от глаз. Интенсивность звуковых раздражителей (щелчков) — 100 дБ. Динамик находится около уха больного. Стимулы максимальной интенсивности генерируются стандартными фото- и фоностимуляторами. Для болевых раздражений применяются сильные уколы кожи иглой.

ЭЭГ, зарегистрированная по телефону, не может быть использована для определения электрического молчания мозга.

4.2. При определении отсутствия мозгового кровообращения производится контрастная двукратная панангиография четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом не менее 30 минут. Среднее артериальное давление во время ангиографии должно быть не менее 80 мм. рт. ст.

Если при ангиографии выявляется, что ни одна из внутримозговых артерий не заполняется контрастным веществом, то это свидетельствует о прекращении мозгового кровообращения.

V. Продолжительность наблюдения

5.1. При первичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 6 часов с момента первого установления признаков, описанных в пп. 3.1–3.9. По окончании этого времени проводится повторная регистрация результатов неврологического осмотра, выявляющая выпадение функций мозга согласно пп. 3.1–3.8. Разъединительный тест (см. п. 3.9) повторно не выполняется. Данный период наблюдения может быть сокращен, если сразу же после установления выпадения функций мозга в соответствии с пп. 3.1–3.9 проводится двукратная панангиография магистральных артерий головы, выявляющая прекращение мозгового кровообращения (см. п. 4.2). В данной ситуации смерть мозга констатируется без дальнейшего наблюдения.

5.2. При вторичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 24 часов с момента первого установления признаков, описанных в пп. 3.1–3.9, а при подозрении на интоксикацию длительность наблюдения увеличивается до 72 часов. В течение этих сроков каждые 2 часа производится регистрация результатов неврологических осмотров, выявляющих выпадение функций мозга в соответствии с пп. 3.1–3.8. Данный период наблюдения также может быть сокращен, если сразу же после установления выпадения функций мозга в соответствии с пп. 3.1–3.9 проводится двукратная панангиография магистральных артерий головы, выявляющая прекращение мозгового кровообращения (см. п. 4.2).

При проведении регистрации неврологических осмотров необходимо учитывать, что спинальные рефлексy и автоматизмы могут наблюдаться в условиях продолжающейся ИВЛ.

VI. Установление диагноза смерти мозга и документация

6.1. Диагноз смерти мозга устанавливается комиссией врачей лечебно-профилактического учреждения, где находится больной, в составе реаниматолога-анестезиолога с опытом работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет и невролога с таким же стажем работы по специальности. Для проведения специальных исследований в состав комиссии включаются специалисты по дополнительным методам исследований с опытом работы по специальности не менее 5 лет, в том числе и приглашаемые из других учреждений на консультативной основе. Назначение состава комиссии и утверждение Протокола установления смерти мозга производится заведующим реанимационным отделением, где находится больной, а во время его отсутствия — ответственным дежурным врачом учреждения.

6.2. В комиссию не могут включаться специалисты, принимающие участие в заборе и трансплантации органов.

6.3. Основным документом является Протокол установления смерти мозга, который имеет значение для прекращения реанимационных мероприятий и для изъятия органов. В Протоколе установления смерти мозга должны быть указаны данные всех исследований, фамилии, имена и отчества врачей — членов комиссии, их подписи, дата, час регистрации смерти мозга и, следовательно, смерти человека (приложение).

6.4. Ответственными за постановку диагноза смерти человека являются врачи, установившие смерть мозга, того лечебно-профилактического учреждения, где больной умер.

6.5. Настоящая Инструкция не распространяется на установление смерти мозга у детей.

- **Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. N 950 г. Москва**

Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека

Правила определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека

1. Настоящие Правила устанавливают порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедуру установления смерти человека.

2. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

3. Диагноз смерти мозга человека устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

4. Диагноз смерти мозга человека устанавливается в порядке, утверждаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации, и оформляется протоколом по форме, утверждаемой указанным Министерством.

5. Биологическая смерть устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.

6. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером) и оформляется в виде протокола установления смерти человека по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950.

Правила прекращения реанимационных мероприятий

1. Настоящие Правила определяют порядок прекращения реанимационных мероприятий.

2. Реанимационные мероприятия направлены на восстановление жизненно важных функций, в том числе искусственное поддержание функций дыхания и кровообращения человека, и выполняются медицинским работником (врачом или фельдшером), а в случае их отсутствия — лицами, прошедшими обучение по проведению сердечно-легочной реанимации.

3. Реанимационные мероприятия прекращаются при признаках их абсолютно бесперспективными, а именно:

при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;

при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;

при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

4. Реанимационные мероприятия не проводятся:

при наличии признаков биологической смерти;

при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирующей достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

5. Информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека.

• **Порядок по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга человека (Проект 2012 г.)**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила констатации смерти мозга человека медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы.

2. Смерть мозга человека наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Смерть мозга эквивалентна смерти человека.

Решающим для констатации смерти мозга является сочетание факта прекращения функций всего головного мозга с доказательством необратимости этого прекращения.

Право на установление диагноза смерти мозга дает наличие точной информации о причинах и механизмах развития этого состояния. Смерть мозга может возникнуть в результате его первичного или вторичного повреждения:

смерть мозга в результате его первичного повреждения развивается вследствие резкого повышения внутричерепного давления и обусловленного им прекращения мозгового кровообращения (тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, спонтанные и иные внутричерепные кровоизлияния, инфаркт мозга, опухоли мозга, закрытая острая гидроцефалия и др.), а также вследствие открытой черепно-мозговой травмы, внутричерепных оперативных вмешательств на мозге и др.;

вторичное повреждение мозга возникает в результате гипоксии различного генеза, в том числе при остановке сердца и прекращении или резком ухудшении системного кровообращения, вследствие длительно продолжающегося шока и др.

Настоящий Порядок предусматривает процедуру установления диагноза смерти мозга человека с возраста от 1 года.

3. Диагноз смерти мозга человека устанавливается комиссией врачей медицинской организации, где находится пациент. Комиссию возглавляет заведующий отделением анестезиологии–реанимации, а во время его отсутствия лицо, замещающее его, или ответственный дежурный врач медицинской организации.

В состав комиссии включаются: врач-анестезиолог-реаниматолог с опытом работы в отделении анестезиологии–реанимации не менее 5 лет, врач-невролог со стажем работы по специальности не менее 5 лет. Для проведения специальных исследований в состав комиссии включаются врачи-специалисты по функциональным и рентгенэндоваскулярным исследованиям, в том числе и приглашенные из других медицинских организаций. Для установления смерти мозга у детей в состав комиссии включается врач-педиатр со стажем работы по специальности не менее 5 лет и врач-невролог, оказывающий медицинскую помощь детям со стажем работы не менее 5 лет.

Ответственным за установление диагноза смерти человека являются врачи, установившие смерть мозга, медицинской организации, где пациент умер.

В комиссию не могут включаться специалисты, принимающие участие в заборе и трансплантации органов.

4. Смерть мозга человека констатируется при условиях:

когда полностью исключены следующие воздействия: интоксикации, включая лекарственные; первичная гипотермия; гиповолемический шок; метаболические эндокринные комы; применение наркотизирующих средств и миорелаксантов; воздействия лекарственных препаратов, угнетающих центральную нервную систему и нервно-мышечную передачу; метаболических нарушений (в том числе тяжелых электролитных, кислотно-основных, а также эндокринных) и инфекционных поражений мозга.

Настоящий Порядок предусматривает процедуру установления диагноза смерти мозга человека с возраста от 1 года.

5. При наличии интоксикации, установленной в результате токсикологического исследования, диагноз смерти мозга до исчезновения ее признаков не рассматривается.

6. Во время клинического обследования больного ректальная температура должна быть стабильно выше 34 °С, систолическое артериальное давление не ниже 90 мм рт. ст. для взрослых, а для детей, соответственно возрасту:

1–3 года — не менее 75 мм рт. ст.

от 4 до 10 лет — не менее 85 мм рт. ст.

от 11 до 18 лет — не менее 90 мм рт. ст.

В случае снижения систолического артериального давления ниже этих минимальных значений, оно должно быть повышено методами интенсивной терапии, включая нормализацию объема циркулирующей крови и внутривенным введением лекарственных препаратов, повышающих артериальное давление.

7. Для установления диагноза смерти мозга человека является наличие комплекса обязательных клинических критериев:

полное и устойчивое отсутствие сознания (кома, то есть отсутствие каких-либо реакций на любые внешние раздражители);

атония всех мышц (при проведении регистрации неврологических осмотров необходимо учитывать, что в условиях продолжающейся искусственной вентиляции легких (далее — ИВЛ) у пациента при полном и устойчивом отсутствии сознания (кома) могут наблюдаться спинальные рефлексы и автоматизмы);

отсутствие реакции на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга;

отсутствие реакции максимально расширенных зрачков (для взрослых диаметр зрачков более 5 мм, для детей — более 4 мм). При этом должно быть подтверждено, что никаких препаратов, расширяющих зрачки, не применялось, глазные яблоки неподвижны;

отсутствие корнеальных рефлексов;

отсутствие окулоцефалических рефлексов (техника исследования: для вызывания окулоцефалических рефлексов врач занимает положение у изголовья больного так, чтобы голова больного удерживалась между двумя кистями рук врача, а большие пальцы рук приподнимали веки. Голова поворачивается на 90 градусов в одну сторону и удерживается в этом положении 3–4 секунды, затем — в противоположную сторону на то же время. Если при поворотах головы движений глаз не происходит и они стойко сохраняют срединное положение, то это свидетельствует об отсутствии окулоцефалических рефлексов. Окулоцефалические рефлексы не

исследуются при наличии или при подозрении на травматическое повреждение шейного отдела позвоночника);

отсутствие окуловестибулярных рефлексов (техника исследования: для исследования окуловестибулярных рефлексов проводится двусторонняя калорическая проба. До ее проведения необходимо убедиться в отсутствии перфорации барабанных перепонок. Голову больного поднимают на 30 градусов выше горизонтального уровня. В наружный слуховой проход вводится катетер возрастного диаметра и производится медленное орошение наружного слухового прохода водой температурой +20 °С, в объеме 2–3 мл/кг веса (у взрослых до 100 мл) в течение 10 секунд. При сохранной функции ствола головного мозга через 20–25 секунд появляется нистагм или отклонение глазных яблок в сторону. Отсутствие нистагма или отклонения глазных яблок свидетельствует об отсутствии окуловестибулярных рефлексов. При наличии или подозрении на перфорацию барабанных перепонок околовестибулярные рефлексы не исследуются);

отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов при движении эндотрахеальной трубки в трахее и верхних дыхательных путях, а также при продвижении катетера при санации трахеи и бронхов;

отсутствие спонтанного дыхания (регистрация отсутствия дыхания не допускается простым отключением от аппарата ИВЛ, так как развивающаяся при этом гипоксия оказывает вредное влияние на организм и, прежде всего, на мозг и сердце. Отключение больного от аппарата ИВЛ должно производиться с помощью специально разработанного «разъединительного теста» — апноэтического теста).

8. Апноэтический тест (далее — тест) проводится после получения результатов, указанных в пункте 6.

Тест состоит из трех этапов.

Первый этап заключается в проведении мониторинга газового состава крови (PaO_2 и $PaCO_2$), в связи с этим катетеризируется одна из артерий конечности пациента.

Второй этап заключается в проведении ИВЛ, обеспечивающей гипероксию (перед отсоединением аппарата ИВЛ в течение 10–15 минут проводится ИВЛ в режиме, обеспечивающем нормокапнию ($PaCO_2$ –35–45 мм рт.ст.) и гипероксию (PaO_2 , не менее 200 мм рт. ст.), $FiO_2 = 1,0$ (т.е. 100% кислород), с подобранной минутной вентиляцией легких (V_e) в соответствии с массой тела, возрастом и оптимальным положительным давлением в конце выдоха (ПДКВ).

Третий этап заключается в подаче дыхательной смеси пациенту (после выполнения первого и второго этапов аппарат ИВЛ отключают и через эндотрахеальную или трахеостомическую трубку подают увлажненный 100% кислород с потоком около 6 л/мин для взрослых пациентов, а для детей минутный поток выбирают из расчета: 10–12 мл × (вес ребенка в кг) × число должствующих по возрасту дыханий в минуту).

Во время проведения теста происходит накопление эндогенной углекислоты, контролируемое путем забора проб артериальной крови.

Контроль газов крови проводится:

до начала теста в условиях ИВЛ;

через 10–15 минут после начала ИВЛ 100% кислородом;

сразу после отключения от ИВЛ и далее через каждые 10 минут у взрослых пациентов и через каждые 5 минут у детей, пока $PaCO_2$ не достигнет 60 мм рт. ст., после чего тест прекращают и возобновляют ИВЛ;

если у взрослых спустя 20 минут (двукратного контроля газов крови) $PaCO_2$ не достигает 60 мм рт. ст., тест прекращают и возобновляют ИВЛ;

если у детей спустя 20 минут (четырёхкратный контроль газов крови) $PaCO_2$ не достигает 60 мм рт. ст., тест прекращают и возобновляют ИВЛ;

если при достижении $PaCO_2$ 60 мм рт. ст. или при более высоких значениях $PaCO_2$ спонтанные дыхательные движения не восстанавливаются, тест считается положительным и свидетельствует об отсутствии функций дыхательного центра ствола головного мозга. При появлении минимальных дыхательных движений ИВЛ немедленно возобновляется.

9. При условии невыполнении одного из обязательных клинических критериев для установления диагноза смерти мозга применяются дополнительные (подтверждающие) тесты. Дополнительные тесты выполняются после выявления признаков, описанных в пунктах 6–7.

Для взрослых пациентов диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических тестов и апноэтического теста (пункты 6–7) после соответствующего периода наблюдения.

Для детей диагноз смерти мозга может быть достоверно установлен на основании клинических тестов и апноэтического теста, результатов цифровой субтракционной панангиографии четырех

магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) и соответствующего периода наблюдения.

Электроэнцефалографическое исследование (далее ЭЭГ- исследование) у взрослых пациентов и детей обязательно проводится для подтверждения клинического диагноза смерти мозга во всех ситуациях, где имеются сложности в выполнении пунктов 6 и 7 (травма или подозрение на травму шейного отдела позвоночника, перфорация барабанных перепонки, краниофациальная травма, травма глазных яблок). Цифровая субтракционная панангиография магистральных артерий головы проводится для уменьшения необходимой продолжительности наблюдения.

Цифровая субтракционная панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) обязательно проводится у детей. Панангиография проводится во всех случаях после выполнения клинических тестов и апноэтического теста (пункты 6 и 7); после выполнения ЭЭГ- исследования во всех ситуациях, где имеются сложности в выполнении пунктов 6 и 7 (травма или подозрение на травму шейного отдела позвоночника, перфорация барабанных перепонки, краниофациальная травма, травма глазных яблок); для уменьшения необходимой продолжительности наблюдения.

Для выполнения ЭЭГ-исследования используются энцефалографы, имеющие не менее 8 каналов регистрации. ЭЭГ регистрируется при биполярных и монополярных отведениях. Установление отсутствия биоэлектрической активности мозга выполняется в соответствии с международными положениями электроэнцефалографического исследования в условиях клинически установленного диагноза смерти мозга. За биоэлектрическое молчание мозга принимается запись ЭЭГ, в которой амплитуда активности от пика до пика не превышает 2 мкВ, при записи от скальповых электродов с расстоянием между ними не меньше 10 см и при сопротивлении до 10 кОм, но не меньше 100 Ом. Используются игольчатые электроды, не менее 8, расположенные по системе «10–20%», и 2 ушных электрода. Межэлектродное сопротивление должно быть не менее 100 Ом и не более 10 кОм, межэлектродное расстояние — не менее 10 см у взрослых пациентов и не менее 8 см у детей. Необходимо определение сохранности коммутаций и отсутствия непредумышленного или умышленного создания электродных артефактов. Запись проводится на каналах энцефалографа с постоянной времени не менее 0,3 сек. при чувствительности не больше 2 мкВ/мм (верхняя граница полосы пропускания частот не ниже

30 Гц). Электрическое молчание коры мозга в этих условиях должно сохраняться не менее 30 минут непрерывной регистрации. При наличии сомнений в электрическом молчании мозга необходима повторная регистрация ЭЭГ.

Оценка реактивности ЭЭГ на свет, громкий звук и боль: общее время стимуляции световыми вспышками, звуковыми стимулами и болевыми раздражениями должно быть не менее 10 минут. Источник вспышек, подаваемых с частотой от 1 до 30 Гц, должен находиться на расстоянии 20 см от глаз. Интенсивность звуковых раздражителей (щелчков) — 100 дб. Динамик находится около уха больного. Стимулы максимальной интенсивности генерируются стандартными фото- и фоностимуляторами. Для болевых раздражений применяют сильные уколы стерильной иглой кожи больного.

ЭЭГ, зарегистрированная по телефону, не может быть использована для определения электрического молчания мозга. Для установления биоэлектрического молчания мозга не могут использоваться методы автоматического, математического (спектрального, когерентного) анализа ЭЭГ.

Определение состояния мозгового кровообращения проводится при использовании контрастной цифровой субтракционной панангиографией четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии). Двукратная или повторная цифровая субтракционная панангиография четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) проводится с интервалом времени не менее 30 минут между двумя исследованиями. Величина среднего артериального давления во время ангиографии должна быть для взрослых пациентов не менее 80 мм рт. ст., а для детей не ниже физиологических возрастных значений:

- для детей 1 года — не менее 45 мм рт. ст.
- для детей от 2 до 5 лет — не менее 55 мм рт. ст.
- для детей от 6 до 10 лет — не менее 65 мм рт. ст.
- для детей от 11 до 18 лет — не менее 75 мм рт. ст.

Если при ангиографии выявляется, что ни одна из внутримозговых артерий не заполняется контрастным веществом, то это свидетельствует о прекращении мозгового кровообращения.

10. Результаты всех проведённых дополнительных исследований с указанием ФИО врачей-специалистов их проводивших, заверенных их подписями, должны быть приложены к медицинской карте пациента.

11. При проведении процедуры установления диагноза смерти мозга, в зависимости от первичного или вторичного поражения мозга, устанавливается соответствующий период наблюдения.

При первичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 6 часов для взрослых пациентов с момента первого установления признаков, описанных в пунктах 6 и 7, а для детей — 12 часов с момента первого установления признаков, описанных в пунктах 6 и 7 и проведения цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии). По окончании этого времени у взрослых и детей проводится повторная регистрация результатов неврологического осмотра, выявляющая выпадение функций мозга согласно пункта 6. Апноэтический тест повторно не выполняется.

Для взрослых пациентов данный период наблюдения может быть сокращен, если сразу же после установления выпадения функций мозга в соответствии с пунктами 6 и 7 проводится двукратная панангиография магистральных артерий головы, выявляющая прекращение мозгового кровообращения. В данной ситуации смерть мозга констатируется без дальнейшего наблюдения.

Для детей данный период наблюдения может быть сокращен, если сразу же после установления выпадения функций мозга в соответствии с пунктами 6 и 7 и цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии), выявляющей прекращение мозгового кровообращения, проводится не ранее, чем через 30 минут повторная цифровая субтракционная панангиография четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии), также выявляющая прекращение мозгового кровообращения. В данной ситуации смерть мозга констатируется без дальнейшего наблюдения.

При вторичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 24 часов для взрослых с момента первого установления признаков, описанных в пунктах 6 и 7, и не менее 24 часов для детей с момента первого установления признаков, описанных в пунктах 6 и 7 и проведения цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии). В течение этого срока каждые 2 часа производится регистрация результатов неврологических осмотров,

выявляющих выпадение функций мозга в соответствии с пунктом 6. Апноэтический тест повторно не выполняется.

Для взрослых пациентов и детей данный период наблюдения может быть сокращен, если сразу же после установления выпадения функций мозга в соответствии с пунктами 6 и 7 проводится двукратная панангиография магистральных артерий головы, выявляющая прекращение мозгового кровообращения. В данной ситуации смерть мозга констатируется без дальнейшего наблюдения.

При наличии признаков интоксикации процедура установления диагноза смерти мозга у детей и взрослых проводится не ранее чем через 72 часа после их устранения и длительность наблюдения у детей и взрослых таким образом увеличивается на этот период независимо от характера поражения головного мозга (первичное и/или вторичное): для взрослых — с момента первого установления признаков, описанных в пунктах 6 и 7, для детей — с момента первого установления признаков, описанных в пунктах 6 и 7 и проведения цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии). В течение этого срока каждые 2 часа производится регистрация результатов неврологических осмотров, выявляющих выпадение функций мозга в соответствии с пунктом 6. Апноэтический тест повторно не выполняется.

Для взрослых пациентов и детей данный период наблюдения может быть сокращен, если сразу же после установления выпадения функций мозга в соответствии с пунктами 6 и 7 и цифровой субтракционной панангиографии четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии), выявляющей прекращение мозгового кровообращения, проводится не ранее, чем через 30 минут повторная цифровая субтракционная панангиография четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии), также выявляющая прекращение мозгового кровообращения. В данной ситуации смерть мозга констатируется без дальнейшего наблюдения.

12. По окончании процедуры констатации смерти мозга чело­века оформляется Протокол установления диагноза смерти мозга в соответствии с формой, предусмотренной приложением № 2, утвержденного настоящим приказом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ

- **Сиднейская декларация относительно констатации факта смерти**

Принята 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август, 1968, дополнена 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь, 1983

Законодательство большинства стран справедливо возлагает ответственность за определение момента наступления смерти на врача. Как правило, врач констатирует смерть на основании общеизвестных критериев.

Однако, развитие таких современных направлений медицины, как:

а) искусственное поддержание кровообращения в необратимо поврежденном теле,

б) использование трупных органов для трансплантации переводят вопрос констатации момента наступления смерти в новую плоскость.

Смерть есть последовательный процесс гибели отдельных клеток и тканей, неодинаково устойчивых к кислородному голоданию. Задача лечащего врача — не забота об отдельных группах клеток, а борьба за сохранение целостности личности. С этой точки зрения, важен не момент гибели отдельных клеток, а момент, когда, несмотря на все возможные реанимационные мероприятия, организм необратимо теряет свою целостность.

В этом смысле момент наступления смерти соответствует моменту необратимого прекращения интегративных функций головного мозга,

в частности, стволовых функций. Определение этого момента основано на клинической оценке, дополняемой, при необходимости, диагностическими пробами. На современном уровне развития медицины не существует удовлетворительного универсального критерия определения этого момента и в настоящее время никакая техника не может заменить врачебного решения. Если предполагается пересадка органа, то факт смерти должны независимо констатировать минимум два врача, не заинтересованные напрямую в проведении трансплантации.

Медицинская этика позволяет прекратить все реанимационные мероприятия в момент наступления смерти, а также, изъять трупные органы, если получено необходимое согласие и законодательство страны не запрещает этого.

- **Заявление о торговле живыми органами**

Принято 37-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Брюссель, Бельгия, октябрь 1985

Рассмотрев факты, свидетельствующие о процветании в последнее время продажи живых донорских почек из слаборазвитых стран для пересадок в Европе и США,

ВСЕМИРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ осуждает куплю–продажу человеческих органов для трансплантации,

ВСЕМИРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ обращается к правительствам всех стран с призывом принять эффективные меры для предотвращения использования человеческих органов в коммерческих целях.

- **Декларация об эвтаназии**

Принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь, 1987

Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, не этична. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания.

- **Декларация о трансплантации человеческих органов**

Принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь, 1987

1. Всемирная Медицинская Ассоциация рекомендует всем врачам, занимающимся пересадкой человеческих органов, придерживаться следующих принципов:

2. Состояние здоровья пациента — главная забота врача в любой ситуации. Этот принцип должен соблюдаться и при проведении всех процедур, связанных с пересадкой органов от одного человека другому. Как донор, так и реципиент являются пациентами, и их права необходимо соблюдать. Ни один врач не может взять на себя ответственность за проведение операции по пересадке органа до тех пор, пока не будет обеспечено соблюдение прав и донора и реципиента.
3. Снижение стандартов в оказании медицинской помощи потенциальному донору не имеет никаких оправданий. Уровень оказываемой медицинской помощи не может зависеть от того, будет ли пациент донором или нет.
4. В случаях, когда для трансплантации берется орган умершего, смерть должна быть независимо констатирована минимум двумя врачами, не имеющими прямого отношения к процедуре пересадки. При констатации смерти, каждый из врачей должен использовать современные критерии, принятые национальной медицинской ассоциацией и другими медицинскими организациями его страны.
5. В случае проведения экспериментальной трансплантации человеку органов животных или искусственных органов, необходимо следовать Хельсинкской Декларации ВМА, содержащей рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях.
6. Совершенно необходимо полное всестороннее обсуждение предполагаемых процедур с донором и реципиентом, либо с их родственниками или законными представителями. При этом врач должен соблюсти объективность, сообщить об ожидаемом риске и о возможных альтернативных методах лечения. Подаваемые больному надежды, не должны противоречить реалиям. Желание врача послужить интересам науки должно быть вторичным, а интересы пациента — первичными. Необходимо получить информированное, добровольное и осознанное согласие донора и реципиента, а в случаях, когда это невозможно, то членов их семей или законных представителей.
7. Операции по пересадке органов могут проводиться только в специально оборудованных учреждениях компетентными, специально подготовленными специалистами,

обладающими необходимыми знаниями, опытом и навыками.

8. Трансплантация может быть осуществлена только после тщательной оценки возможности и эффективности других способов лечения.
9. Купля–продажа человеческих органов строго осуждается.

- **Лиссабонская декларация о правах пациента**

Принята 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь/октябрь, 1981 (извлечение)

Врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, с учетом юридических, этических и практических норм той страны, где он практикует. Настоящая «Декларация» утверждает основные права, которыми, с точки зрения медицинского сообщества, должен обладать каждый пациент.

Если в какой–либо стране положения законодательства или действия правительства препятствуют реализации нижеперечисленных прав, врачи должны стремиться всеми доступными способами восстановить их и обеспечить их соблюдение.

...

- b) Пациент имеет право получать помощь врача, независимо от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях.

...

- e) Пациент имеет право умереть достойно.
- f) Пациент имеет право воспользоваться духовной или моральной поддержкой, включая помощь служителя любой религиозной конфессии, или отклонить ее.

- **Пересмотренная Лиссабонская декларация о правах пациента**

Принята Всемирной Медицинской Ассамблеей, Бали (Индонезия), сентябрь, 1995 (извлечение)

...

10. Право на сохранение чувства собственного достоинства

...

с. Пациенту предоставляется право на гуманное обращение при умирании и доступное содействие в том, чтобы сделать процесс умирания достойным и безболезненным, насколько это возможно.

- **Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине** ³¹² (извлечения)

Преамбула

Государства, являющиеся членами Совета Европы, другие государства и Европейское сообщество, подписавшие настоящую Конвенцию, исходя из положений:

...

Отдавая себе отчет во все нарастающем прогрессе в области биологии и медицины;

...

Отдавая себе отчет в том, что неправильное использование достижений биологии и Медицины может повлечь за собой угрозу достоинству человека;

...

Признавая важность расширения широкого общественного обсуждения проблем, связанных с использованием достижений биологии и медицины, а также важность результатов такого обсуждения;

...

Будучи преисполнены решимости предпринять меры, необходимые для защиты достоинства, а также основных прав и свобод человека в области использования достижений биологии и медицины;

Согласились о следующем:

Часть I. Общие положения

...

Статья 2 (Приоритет человека).

Интересы и благо отдельного человека должны превалировать над интересами общества и науки,

...

Часть VII. Запрещение извлечения финансовой выгоды и торговли частями человеческого тела

Статья 21 (Запрещение извлечения финансовой выгоды).

Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовой выгоды

...

³¹² Документ не подписан Российской Федерацией.

Часть X. Публичное обсуждение

Статья 28 (Публичное обсуждение).

Стороны должны позаботиться о том, чтобы фундаментальные проблемы, связанные с прогрессом в области биологии и медицины (в особенности их социально-экономические, этические и юридические аспекты), были подвергнуты широкому общественному обсуждению и стали предметом надлежащих консультаций; то же самое касается и проблем, связанных с практическим использованием достижений биомедицины.

...

Часть XII. Протоколы

Статья 31 (Протоколы).

В соответствии со статьей 32 настоящей Конвенции, могут заключаться протоколы, направленные на применение и развитие изложенных в ней принципов в конкретных областях... Названные протоколы должны быть открыты для подписания сторонами. Должна быть предусмотрена процедура ратификации, принятия или одобрения этих протоколов. Ратификация, принятие или одобрение этих протоколов не могут быть осуществлены без предварительной или одновременной ратификации настоящей Конвенции.

Дополнительный протокол о трансплантации органов и тканей человеческого происхождения к конвенции о правах человека и биомедицине³¹³ (извлечения)

Данный текст Проекта Дополнительного Протокола о трансплантации органов и тканей человеческого происхождения к Конвенции о правах человека и биомедицине был одобрен на заседании группы экспертов, состоявшемся 31 октября 2001 года, и направлен на утверждение в Комитет Министров.

Преамбула

Государства — члены Совета Европы, другие государства и Европейское сообщество, подписавшие настоящий Дополнительный Протокол к Конвенции о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины (в дальнейшем именуемой «Конвенция о правах человека и биомедицине»),

...

³¹³ Документ не подписан Российской Федерацией.

отдавая себе отчет в наличии этических, психологических и социокультурных проблем, связанных с трансплантацией органов и тканей;

признавая, что злоупотребления в области трансплантации органов и тканей могут привести к тому, что будут подвергнуты опасности благополучие, достоинство и сама жизнь человека; считая, что трансплантация органов и тканей должна проводиться при условиях, когда защищены права и свободы доноров, потенциальных доноров и реципиентов, а также в учреждениях, способных обеспечить наличие этих условий;

...

согласились о нижеследующем:

...

Статья 4 — Профессиональные стандарты

Проведение любого медицинского вмешательства в сфере трансплантации органов или тканей должно осуществляться в соответствии с принятыми в этой сфере профессиональными требованиями и стандартами.

...

Статья 8 — Информирование профессиональных медиков и общественности

Стороны обязаны информировать как медиков–профессионалов, так и общество в целом о потребности в органах и тканях, а также об условиях и требованиях, относящихся к процессу изъятия и имплантации органов и тканей, включая вопросы, касающиеся согласия или разрешения на изъятие органов или тканей, в особенности у умерших.

...

ГЛАВА IV– Изъятие органов или тканей у умерших

Статья 16 — Констатация смерти

Органы и ткани могут быть изъяты у умершего только после констатации факта его смерти, осуществленной в соответствии с законом.

Доктора, констатирующие смерть, не должны непосредственно участвовать в изъятии органов или тканей у умерших лиц, процедурах их последующей трансплантации, а также отвечать за лечение их потенциальных реципиентов.

Статья 17 — Согласие и разрешение

Изъятие органов или тканей у умерших не должно проводиться без получения на то предусмотренного законом согласия или разрешения.

Такое изъятие не может быть произведено также в случаях, когда умерший при жизни возражал против этого.

...

Статья 18 — Уважение человеческого тела

Необходимо с уважением относиться к человеческому телу и предпринять все возможные меры для восстановления его внешнего вида после процедуры изъятия.

Статья 19 — Содействие развитию донорства

Стороны должны принимать все соответствующие меры, направленные на развитие донорства.

...

ГЛАВА VI — Запрещение извлечения финансовой выгоды

Статья 21 — Запрещение извлечения финансовой выгоды

1. Тело человека и его части как таковые не должны служить источником извлечения финансовой или иной сравнимой с ней выгоды.

...

- **Пояснительный доклад к дополнительному протоколу о трансплантации органов и тканей человеческого происхождения к Конвенции о защите прав и достоинства человеческих существ в связи с использованием достижений биологии и медицины**³¹⁴

Данный вариант текста Пояснительного доклада к Дополнительному Протоколу о трансплантации органов и тканей человеческого происхождения к Конвенции о правах человека и биомедицине был подготовлен в секретариате Генерального Секретаря Совета Европы на основе проекта, разработанного членом Рабочей группы Д-ром Питером ДОЙЛОМ — Peter DOYLE — (Великобритания). Данный вариант текста подготовлен с учетом его обсуждения, состоявшегося как в рамках Комитета по биоэтике (CDBI), так и в рамках Рабочей группы по его подготовке; при его подготовке были учтены также замечания и предложения, сделанные различными Делегациями стран.

Комитет Министров разрешил опубликовать данный вариант текста...

Настоящий проект Пояснительного Доклада не является официальным толкованием текста проекта Протокола. Тем не менее, в нем содержатся сведения об основных этапах подготовительной

³¹⁴ См.: <http://conventions.coe.int/Treaty/RUS/Reports/Html/186.htm>

работы по его разработке, а также информация, разъясняющая как цель и замысел Протокола в целом, так и содержащихся в нем положений.

...

Статья 4 — Профессиональные стандарты

41. Положения этой Статьи повторяют формулировки, содержащиеся в Статье 4 Конвенции, и распространяются на всех профессионалов, участвующих в принятии решения по поводу трансплантации или в ее проведении. В связи, с этим соответствующие пункты Пояснительного доклада к Конвенции могут быть использованы для понимания положений и настоящей Статьи, однако некоторые из них нуждаются в уточнении.

42. Используемый в Статье термин «медицинское вмешательство» (intervention) следует понимать в широком смысле. Под «вмешательством» здесь имеются в виду всякие действия, осуществляемые в связи с трансплантацией органов или тканей, направленной на лечение пациента. Вмешательство, осуществляемое в связи с проведением эксперимента в области трансплантации, должно проводиться также и в соответствии с правилами проведения научного исследования.

43. Под «соответствующими профессиональными стандартами и требованиями», которым должно отвечать проведение всякого медицинского вмешательства, связанного с трансплантацией, следует понимать общие или специальные законы, профессиональные кодексы или правила профессионального поведения, действующие в той или иной стране. Подобные кодексы или правила поведения могут быть закреплены в различном виде: это может быть сделано в законодательстве о здравоохранении, профессиональных кодексах или этических принципах. Говоря более конкретно, следует отметить, что операции трансплантации должны проводиться только в строгом соответствии с утвержденными критериями распределения [органов и тканей]. Подобные критерии и правила могут быть различными в разных странах, однако, фундаментальные принципы профессионального поведения медиков должны соблюдаться во всех странах.

44. Вопрос о том, может ли тот или иной врач или другой специалист участвовать в процедурах трансплантации, должен решаться на основании наличия у данного врача или специалиста соответствующей квалификации, т.е. научных знаний и практического опыта в этой области. Известно, однако, что медицинские

знания в данный момент времени никогда не являются абсолютными, а потому возможно существование

альтернативных методов лечения того или иного заболевания. Другими словами, выбор той или иной методики проведения операции трансплантации может повлиять на риск инфицирования реципиента той или иной болезнью; отсюда — требование учитывать и это обстоятельство, т. е. выбирать наиболее безопасную методику проведения операции трансплантации.

45. Профессиональные стандарты требуют, чтобы имплантация органа или ткани реципиенту осуществлялась исключительно по очевидным медицинским показаниям, а не по каким-то другим соображениям, включая предполагаемую пользу для общества. Другими словами, реципиент должен страдать от конкретной болезни, которая могла бы быть вылечена путем успешного проведения операции трансплантации. Потенциальная польза от проведения такой операции должна превышать любой связанный с ней риск. Во всех случаях решение о проведении операции трансплантации должно приниматься, исходя исключительно из интересов пациента.

46. Профессиональные стандарты, связанные с проведением трансплантации от живого донора, требуют, чтобы даже в тех случаях, когда операция трансплантации проводится только одной бригадой, клиницисты, не входящие в ее состав, также должны нести ответственность за лечение донора и реципиента с тем, чтобы обеспечить наиболее полное и независимое удовлетворение медицинских нужд каждой из сторон. Кроме того, желательно, чтобы донорам была предоставлена возможность систематического медицинского наблюдения за ними в течение достаточно продолжительного срока после операции трансплантации.

...

Статья 8 — Информирование профессиональных медиков и общественности

57. Стороны настоящего Протокола обязаны обеспечить как профессиональных медиков, так и широкую общественность информацией о процедурах трансплантации органов и тканей. Эта информация должна касаться всех медицинских, юридических, социальных, этических и других вопросов, связанных с трансплантацией; в особенности это касается такого важного вопроса, как констатация смерти. Имея в виду дефицит донорских органов, представляется необходимым информировать всех медиков-профессионалов о достижениях в области трансплантологии

с тем, чтобы они, в свою очередь, могли донести эту информацию до широкой общественности. Помимо этого, Стороны настоящего Протокола должны использовать любую возможность обращения непосредственно к общественности с целью ее информирования об успехах и достижениях в области трансплантологии. Такое информирование важно как для стимулирования донорства органов и тканей, так и для того, чтобы у людей была возможность составить свои представления на основе знания фактов. Подобная информация должна касаться вопросов донорства как от живых, так и от умерших лиц. Она должна касаться также последствий и риска, связанных с имплантацией органа или ткани другому лицу. Следует также разъяснять то, с какой целью необходимо отслеживать движение донорского материала. Особенно важно, чтобы вся подобная информация была доступна для тех, кто решил стать донором органов.

58. Особую меру ответственности, лежащей на Сторонах настоящего Протокола, составляет их обязанность обеспечить положение, при котором правила получения информированного согласия и/или разрешения на трансплантацию органов или тканей были бы широко известны и приемлемы для общества. Важно также установить отношения доверия между потенциальными донорами и существующей системой трансплантации. Следует подчеркнуть, что в области трансплантологии постоянно возникают все новые вопросы, а потому требование информирования — это не разовое мероприятие, а постоянная ответственность Сторон.

...

Глава IV — Изъятие органов или тканей у умерших

Статья 16 — Констатация смерти

94. В первом параграфе данной Статьи говорится о том, что до момента изъятия у умершего лица органа или ткани факт его смерти должен быть установлен «в соответствии с законом». Каждое Государство отвечает за то, чтобы в его национальном законодательстве содержалось специальное определение процедуры констатации факта смерти в условиях, когда основные функции организма поддерживаются искусственно. В этой связи следует отметить, что в (большинстве стран) законом установлено, что смерть человека наступает со смертью его мозга.

95. Смерть констатируется врачами, действующими в соответствии с установленной процедурой, и только после этого могут быть начаты процедуры трансплантации. В некоторых Государств-

вах процедуры констатации смерти и выписки формального свидетельства о смерти разделены.

96. Второй параграф Статьи 16 содержит важное требование, направленное на защиту умерших лиц и обеспечивающее беспристрастность процедуры констатации смерти; члены бригады, констатирующей смерть, не должны участвовать в процедуре трансплантации ни на каком из ее этапов.

97. Правила констатации смерти и защита, предусмотренные настоящим Протоколом, распространяются также на новорожденных, включая анэнцефалов.

Статья 17 — Согласие и разрешение

98. Статья 17 запрещает изъятие любых органов или тканей без получения на то предусмотренного согласия или разрешения. Это предполагает создание в государстве законным образом действующей системы, в рамках которой можно получить такое разрешение. Более того, в соответствии со Статьей 8 настоящего Протокола, Стороны должны предпринимать меры, направленные на информирование общественности, в том числе и по вопросам, связанным с получением согласия или разрешения на изъятие органов или тканей у умерших (см. пункт 58 выше).

99. Должны уважаться пожелания, высказанные умершим при жизни по поводу возможности посмертного изъятия у него/нее органов или тканей. Если существует возможность официально зарегистрировать такие пожелания и человек зафиксировал свое согласие на посмертное донорство, то такое согласие имеет преимущество и дает право начать, если это возможно, процедуру изъятия. С другой стороны, процедура не может быть начата, если известно, что умерший возражал против этого. Очевидно, однако, что проверка пожеланий, зафиксированных в официальном реестре, касается только тех, кто находится в этом реестре.

100. Изъятие органов или тканей у умершего лица, не имевшего возможность (или не пожелавшего) при жизни высказать на этот счет своих пожеланий, может быть осуществлено только после того, как на это было получено законное разрешение.

101. Не давая рекомендаций по поводу конкретной формы системы учета прижизненной воли, данная Статья говорит о том, что в случае сомнений по поводу того, возражал или нет умерший против посмертного изъятия у него/нее органов или тканей, то в решении этого вопроса правильным будет руководствоваться положениями законодательства конкретной страны. Так, в некоторых странах закон разрешает такое изъятие в случаях, когда от-

сутствуют явно или неявно выраженные возражения против этого. В других странах закон предписывает наводить справки по этому вопросу среди родственников и друзей умершего.

102. Какова бы ни была система, если не удастся точно установить волю умершего в этом вопросе, бригада, отвечающая за изъятие органов, заранее должна позаботиться о получении свидетельств родственников умершего по этому поводу. Если закон данной страны не говорит об обратном, то разрешение на проведение процедуры изъятия не должно зависеть от предпочтений по этому вопросу, высказанных самими родственниками умершего. Последних следует спрашивать только о выраженном или предполагаемом мнении по этому вопросу самого умершего. Стороны должны позаботиться о том, чтобы, их законодательство содержало ясные положения относительно возможности изъятия органов или тканей у умерших лиц, чье мнение по этому вопросу неизвестно и не может быть установлено с помощью родственников и друзей.

103. Если человек умер в стране, не являющейся местом его постоянного пребывания, то бригада, отвечающая за заготовку донорского материала, должна сделать все возможное для установления волеизъявления этого человека по этому вопросу. В случае возникновения сомнений, члены этой бригады должны руководствоваться законодательством по этому вопросу той страны, где постоянно проживал умерший, а в случае отсутствия такого, законодательством той страны, национальный состав которой совпадает с национальностью умершего.

Статья 18 — Уважение человеческого тела

104. Хотя умерший человек по закону и не является личностью, к его телу следует относиться с уважением. Соответственно, в данной Статье говорится о том, что необходимо с уважением относиться к телу умершего и после операции изъятия предпринять все возможное для восстановления его внешнего вида.

Статья 19 — Содействие развитию донорства

105. Имея в виду дефицит донорского материала, данная Статья содержит призыв к Сторонам предпринимать все соответствующие меры, направленные на развитие донорства органов и тканей.

106. Хотя в Статье отсутствует расшифровка того, что следует понимать под «соответствующими мерами», они должны включать в себя меры по информированию специалистов и широкой общественности (Статья 8), созданию системы трансплантации (Статья

3), а также меры, направленные на разработку признанных методов получения информированного согласия и разрешения (Статья 17).

107. Полезно при этом помнить, что в целях сведения к минимуму процедур изъятия органов и тканей у живых доноров (как об этом говорится в Статье 9), приоритет в этой области должен оставаться за изъятием донорского материала у умерших. Вместе с тем, изъятие органов и тканей у умерших должно сопровождаться мерами защиты, о которых речь идет в Главе IV.

...

Глава VI — Запрещение извлечения финансовой выгоды

Статья 21 — Запрещение извлечения финансовой выгоды

112. В данной Статье применяется принцип уважения человеческого достоинства, установленный в Статье 1 настоящего Протокола.

113. В частности, в ней говорится, что тело человека и его части как таковые не должны служить источником для извлечения финансовой или иной сравнимой с ней выгоды. Это означает, что органы или ткани не должны покупаться, продаваться или служить источником получения прямой финансовой выгоды для лиц, у которых они были изъяты в пользу третьей стороны. Третья сторона, участвующая в процедурах трансплантации (например, медики-профессионалы или банки тканей,

также не должны извлекать выгоду из органов, тканей или полученных из них продуктов (см., однако, пункт 115 ниже).

114. Вместе с тем, в Статье 21 говорится о том, что донор может получать определенные выплаты, которые не следует рассматривать как источник финансовой выгоды. В первом параграфе Статьи перечислены примеры таких выплат. В качестве первого примера называется выплата живым донорам компенсации потери заработка или других расходов, понесенных в связи с процедурами трансплантации.

115. В качестве следующего примера называется оплата взноса за оказание медицинских или технических услуг, предоставляемых пациенту в ходе процедур трансплантации. Это может быть плата за транспортировку, подготовку и хранение органов или тканей.

116. Наконец, еще одним примером является выплата живым донорам компенсации неоправданного ущерба, нанесенного их здоровью в результате операции изъятия. Под «неоправданным ущербом» здесь понимается любой ущерб, не являющийся есте-

ственным следствием проведения процедур трансплантации. Это положение непосредственно связано с тем, о чем говорится в Статье 25 настоящего Протокола.

117. Во втором параграфе данной Статьи говорится о запрете всякой рекламы, направленной на извлечение финансовой или сравнимой с ней выгоды, связанной с трансплантацией органов или тканей.

118. Положения данной Статьи относятся только к органам и тканям, о которых говорится в настоящем Протоколе. Другими словами, они не распространяются на такие продукты, как, например, волосы или ногти.

...

- **Всемирная организация здравоохранения. ШЕСТЬДЕСЯТ ТРЕТЬЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ А63/24. Пункт 11.21 предварительной повестки дня 25 марта 2010 г.**

Трансплантация органов и тканей человека

Доклад Секретариата
(извлечения)

1. В 1991 г. на Сорок четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA44.25 были одобрены Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации органов человека. Руководящие принципы явились результатом процесса, начало которому было положено в 1987 г., когда Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA40.13 впервые выразила обеспокоенность относительно коммерческой торговли человеческими органами...

4. На совещании, проведенном в 2008 г. в Стамбуле, Турция, которое было организовано Трансплантационным обществом и Международным обществом нефрологии, более 150 представителей научных и медицинских органов из всех стран мира, должностные лица правительств, социологи и специалисты по вопросам этики дали определение растущему явлению «трансплантационного туризма» и «незаконной торговли органами» и заявили, что эти виды практики «нарушают принципы равноправия, справедливости и уважения человеческого достоинства и должны быть запрещены» ...

В настоящее время для получения легкого доступа к органам некоторые люди разыскивают трансплантаты за границей, оплачиваемые в их стране частным или государственным медицинским

страхованием даже в тех случаях, когда торговля органами в этой стране официально запрещена.

Обновленные руководящие принципы по трансплантации

5. Учитывая все эти обстоятельства, Секретариат, руководствуясь четко сформулированным предложением, содержащимся в резолюции WHA57.18, пересмотрел Руководящие принципы 1, изменив их формулировки и комментарии к ним, с тем чтобы

охватить различные виды практики, которые были выявлены за период с 1991 года...

Участники процесса консультаций, проведенных при подготовке пересмотра Руководящих принципов, подтвердили мнение о том, что поиск финансовой выгоды в вопросах, касающихся тела человека или его частей, скорее сводит на нет преимущества трансплантологии, чем их усиливает...

6... В ходе пересмотра Руководящих принципов особое внимание уделялось защите несовершеннолетних...

7. В результате консультаций были добавлены два новых Руководящих принципа. Первый принцип усилит приверженность безопасности, качеству и эффективности процедур как донорства, так и трансплантации, а также используемого человеческого материала, второй принцип требует обеспечить транспарентность в организации и осуществлении донорства и трансплантации с целью облегчить надлежащий технический контроль и укрепить общественное доверие. Эти новые Принципы побуждают проявлять надлежащее уважительное отношение к частям человеческого тела и к донорам, а также к пациентам, получающим органы...

13. В целях достижения национальной или субрегиональной самообеспеченности в области трансплантации органов необходимо расширить донорство от умерших.

В настоящее время основным источником предоставления таких органов являются доноры, смерть которых диагностирована на основе неврологических критериев. Однако, согласно расчетам, благодаря другому источнику — так называемым «донорам с отсутствием сердцебиения» (тем, кто объявлен умершим на основании того, что установлено окончательное прекращение циркуляции крови и дыхания) — потенциально можно получить почти в три раза больше органов. Участники консультативного процесса сообщали, что результаты трансплантации органов от таких доноров постоянно улучшаются. Когда на основании решения врачей и членов семьи отключается система жизнеобеспечения, останав-

ливаются важнейшие жизненные функции пациента и наступает смерть, органы могут изыматься для пересадки, если это разрешено законом, если с этим согласны ближайшие родственники или если таково ранее выраженное пожелание пациента. Когда смерть наступает неожиданно, в некоторых странах допускаются меры, продлевающие возможность получить пригодный для пересадки орган, пока испрашивается согласие у родственников; подобный прием применим в особенности в тех случаях, когда смерть наступает не в отделении реанимации. Для сохранения органов не требуется сложная технология, особенно в случаях, когда речь идет только о почках; поэтому страны с ограниченными ресурсами могут пойти по пути использования доноров с отсутствием сердцебиения...

- **Руководящие принципы воз по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов**

Руководящий принцип 1

Для проведения трансплантации клетки, ткани и органы могут быть изъяты из тел умерших в случае, если:

(а) получено согласие в форме, требуемой законом, и

(б) нет оснований полагать, что умершее лицо возражало против такого изъятия.

Комментарий к Руководящему принципу 1

С этической точки зрения согласие пациента является краеугольным камнем всех медицинских вмешательств. Национальные органы власти отвечают за определение процесса получения и регистрации согласия на предоставление клеток, тканей или органов от доноров в свете международных этических стандартов, существующих в их странах подходов к организации обеспечения органами, и той практической роли, которую играет согласие в сокращении злоупотреблений и повышении уровня безопасности.

В зависимости от социальных, медицинских и культурных традиций каждой страны, а также от того, каким образом семьи участвуют в процессе принятия решений относительно своего здоровья в целом, согласие на получение органов и тканей от умерших может быть «четко выраженным» или «предполагаемым». В обеих системах любое надежное свидетельство неприятия человеком посмертного изъятия его клеток, тканей или органов воспрепятствует такому изъятию.

В системе четко выраженного согласия, которую иногда называют системой «презумпции несогласия» («opting in»), клетки, ткани

и органы могут быть изъяты из тела умершего в случае, если умершим при жизни было недвусмысленно заявлено согласие на такое изъятие. В зависимости от существующего в стране закона изъятие согласия допускается в устной форме или может быть зафиксировано в карте донора, водительских правах или удостоверении личности, либо в медицинской карте или в реестре доноров. В случае, если умерший при жизни не оставил ни положительного, ни четко отрицательного отношения к изъятию органа, разрешение должно быть получено от уполномоченного в правовом порядке лица, каковым обычно является член семьи. Вторая система, которая является системой предполагаемого согласия, — иначе ее называют «презумпцией согласия» («opting (or contracting) out») — позволяет осуществить изъятие материала из тела умершего для трансплантации (и в ряде стран — для анатомического изучения либо в научных целях) в случае, если умерший при жизни не выразил своего возражения против изъятия органа, которое должно быть зафиксировано в официальном документе в установленном порядке, или в случае, если информированная сторона не поставит в известность о возражении, высказанном при жизни умершим против изъятия органа для трансплантации. Учитывая важность получения согласия с этической точки зрения, такая система должна обеспечить полную информированность людей относительно существующей политики и предоставление им беспрепятственной возможности пойти по пути несогласия.

И хотя по второй системе не требуется четко выраженного согласия для извлечения клеток, тканей или органов умершего человека, который при жизни не высказывал возражений, программы предоставления органов могут неохотно осуществлять эту процедуру в случае, если родственники лично возражают против извлечения органа для трансплантации; аналогичным образом, в рамках первой системы программы обычно пытаются заручиться разрешением от членов семьи даже в тех случаях, когда умерший при жизни выразил свое согласие. Программы могут в большей степени полагаться на четко выраженное или предполагаемое согласие умершего, не заручаясь дальнейшим разрешением от членов семьи в случае, если понимание и приятие процесса донорства клеток, тканей и органов глубоко и однозначно укоренилось в общественном сознании. Даже в тех случаях, когда к родственникам не обращаются за разрешением, донорским программам необходимо рассмотреть историю болезни умершего и его поведенческие характеристики с членами семьи, хорошо знавшими его или ее, по-

сколько точная информация о донорах способствует повышению безопасности трансплантации. Что касается донорства тканей, при котором требуются несколько менее жесткие временные ограничения, рекомендуется всегда обращаться к ближайшему родственнику за получением одобрения. Важным моментом, на который следует обратить внимание, является восстановление внешнего вид тела умершего после извлечения тканей.

Руководящий принцип 2

Врачи, удостоверяющие факт смерти потенциального донора, не должны участвовать непосредственно в изъятии у него клеток, тканей или органов или в последующих процедурах пересадки. Не должны они быть и лечащими врачами потенциальных реципиентов таких клеток, тканей или органов.

Комментарий к Руководящему принципу 2

Это положение направлено на предупреждение конфликта интересов, который может возникнуть в случае, если врач или врачи, удостоверяющие факт смерти потенциального донора, одновременно являлись бы и лечащими врачами других пациентов, благополучие которых зависит от клеток, тканей и органов, изъятых из тела донора...

Руководящий принцип 3

Для пересадки следует максимально возможным образом брать органы у умерших, однако осуществлять безвозмездную передачу органов при жизни могут и лица, достигшие совершеннолетия, в соответствии с существующими в стране нормативно-правовыми актами. По общему правилу, живые доноры должны находиться в генетической, правовой или эмоциональной связи со своими реципиентами...

Комментарий к Руководящему принципу 3

В данном положении подчеркивается важность как принятия правовых и организационных мер, необходимых для развития программ, связанных с умершими донорами, там, где они еще не существуют, так и обеспечения наибольшей возможной эффективности и результативности существующих программ...

Руководящий принцип 5

Предоставление клеток, тканей и органов живым донором осуществляется только на безвозмездной основе, без какой-то денежной выплаты или другого вознаграждения в денежном выражении. Необходимо запретить покупку или предложение о покупке клеток, тканей или органов для трансплантации, либо их продажу живым донором или ближайшим родственником умершего...

Комментарий к Руководящему принципу 5

...

Хотя наибольшие злоупотребления происходят в отношении доноров, предоставляющих свои органы при жизни, опасность возникает и в том случае, когда выплаты за клетки, ткани и органы производятся ближайшему родственнику умершего человека, поставщикам или посредникам, либо учреждениям (таким, как морги), осуществляющим хранение тел умерших. Финансовые компенсации таким лицам или учреждениям должны быть запрещены...

Руководящий принцип 6

Содействие развитию безвозмездного донорства человеческих клеток, тканей или органов с использованием рекламы или обращения к общественности может осуществляться в соответствии с внутрисударственными нормами и правилами. Следует запретить рекламирование необходимости в клетках, тканях или органах или их наличия с целью предложения оплаты или с целью поиска средств для оплаты лиц за их клетки, ткани или органы, либо ближайшего родственника в случае умершего донора. Следует также запретить посредничество с осуществлением выплат таким лицам или третьей стороне.

Комментарий к Руководящему принципу 6

Данный принцип не затрагивает рекламные объявления или обращения к общественности общего характера, направленные на поощрение бескорыстного донорства человеческих клеток, тканей и органов, в том случае, если они не идут вразрез с созданными в правовом порядке системами распределения органов. Этот принцип направлен на запрещение предложений сделок в целях наживы... Он направлен на коммерческих агентов и других посредников, равно как и непосредственно на покупателей...

Руководящий принцип 8

Всем медицинским учреждениям и специалистам, связанным с процедурами поставки и трансплантации клеток, тканей или органов, следует запретить получать какую-либо оплату, превышающую обоснованный размер вознаграждения за оказанные услуги.

Комментарий к Руководящему принципу 8

Данное положение усиливает Руководящие принципы 5 и 7, утверждая запрещение использования изъятия и имплантации клеток, тканей и органов в целях наживы. Органам здравоохранения надлежит контролировать размеры гонораров за услуги трансплантации для исключения ситуации, при которой эти гонорары

являются завуалированной формой взимания вознаграждения непосредственно за клетки, ткани и органы. Все участвующие лица и учреждения должны быть подотчетны за все выплаты, связанные с услугами по трансплантации...

...

Руководящий принцип 11

Организация и осуществление мероприятий, связанных с донорством и трансплантацией, равно как и клинические результаты, должны быть транспарентными и открытыми для внимательного изучения при обеспечении личной анонимности и конфиденциальности доноров и реципиентов.

Комментарий к Руководящему принципу 11

Транспарентность в кратком виде можно определить как доступ общественности к регулярно обновляемым всеобъемлющим данным о процессах, в частности о распределении донорских материалов, о мероприятиях, связанных с трансплантацией, и о конечных результатах как для реципиентов, так и живых доноров, равно как и об организации, ресурсах и финансировании. Такая транспарентность не противоречит необходимости сокрытия от общественного доступа информации, которая могла бы выявить отдельных доноров или реципиентов...

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
ВВЕДЕНИЕ	9
ГЛАВА 1.	
СМЕРТЬ МОЗГА: БИМЕДИЦИНСКИЙ КОНТЕКСТ	13
1.1. СМЕРТЬ ЧЕЛОВЕКА В ЗЕРКАЛЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ.....	14
1.2. СМЕРТЬ МОЗГА И ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА	22
1.3. ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ МОЗГА ЗА РУБЕЖОМ.....	29
1.4. ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ МОЗГА В НАШЕЙ СТРАНЕ... 40	
1.4.1. Первый период легитимизации новой дефиниции смерти (последняя четверть XX в.)	40
1.4.2. Долгая дорога к «Инструкции о констатации смерти ребенка на основании диагноза смерти мозга»	51
ГЛАВА 2. СМЕРТЬ МОЗГА: ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ	71
2.1. СМЕРТЬ КАК ПРОБЛЕМА ИСТОРИИ ФИЛОСОФИИ (РАКУРС СОВРЕМЕННОЙ БИОЭТИКИ).....	72
2.1.1. Смерть Сократа и смерть Иисуса: два урока медицинской этики.....	72

2.1.2. Тема смерти в классической новоевропейской философии (рассуждения великих философов об эвтаназии и не только о ней) ..	76
2.1.3. Парадоксы философии Ницше в свете современной биоэтики ...	88
2.1.4. От метафизической танатологии к биоэтике	95
2.2. СМЕРТЬ МОЗГА: НОВЫЙ ОБРАЗ И СМЫСЛ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА ...	101
2.3. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НОВОЙ ДЕФИНИЦИИ СМЕРТИ (СМЕРТИ МОЗГА).....	121
2.4. ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ ПРОБЛЕМЫ СМЕРТИ МОЗГА В СВЕТЕ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ РАЗЛИЧИЙ	137
2.5. ПРОБЛЕМА СМЕРТИ МОЗГА В СВЕТЕ ДИСКУРС-АНАЛИЗА	145

**ГЛАВА 3. СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ КОНТЕКСТ ЛЕГИТИМНОСТИ
НОВОЙ ДЕФИНИЦИИ СМЕРТИ («СМЕРТИ МОЗГА»)149**

3.1. СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ НАУЧНОГО ОБОСНОВАНИЯ НОВОЙ ДЕФИНИЦИИ СМЕРТИ	150
3.2. ПРОБЛЕМА КУЛЬТУРНОГО СОГЛАСОВАНИЯ НОВОЙ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ	156
3.3. ЭТИКО-ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ МОЗГА.....	167
3.4. ЭТИКО-ПРАВОВОЙ КОНТЕКСТ ДИАГНОСТИКИ СМЕРТИ МОЗГА	178

**ГЛАВА 4. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО
РЕГУЛИРОВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ
СМЕРТИ МОЗГА: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ 185**

4.1. ЛИБЕРАЛЬНО-КОНСЕРВАТИВНЫЙ ВАРИАНТ: ЯПОНСКАЯ МОДЕЛЬ ДОНОРСТВА ОРГАНОВ	188
4.2. ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПТИМИЗМ И КРИТИКА ПРОБЛЕМЫ	191
4.3. АМЕРИКАНСКИЙ И КАНАДСКИЙ ОПЫТ: ФАЛЬСИФИКАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ.....	203
4.4. ДРУГИЕ СТРАНЫ.....	210

ГЛАВА 5. ПРОБЛЕМА СМЕРТИ МОЗГА СКВОЗЬ ПРИЗМУ КАТЕГОРИЙ ПОТЕНЦИАЛЬНОСТИ И НЕОБРАТИМОСТИ. СМЕРТЬ МОЗГА И ИДЕНТИЧНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА	213
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	227
ЛИТЕРАТУРА	229
ПРИЛОЖЕНИЯ	239
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ОПРОСНИК ПО КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ МОЗГА	240
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РФ	244
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. МЕЖДУНАРОДНЫЕ ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ	264

ИНСТИТУТ ФИЛОСОФИИ РАН

**ИВАНЮШКИН А.Я.,
ПОПОВА О.В.**

**ПРОБЛЕМА СМЕРТИ МОЗГА
В ДИСКУРСЕ БИОЭТИКИ**

Монография

Верстка: *А. Романов*

Подписано в печать с готового оригинал-макета 15.08.2013 г.

Формат 60x90 1/16, печать офсетная.

Гарнитура *Myriad Pro*. Усл. печ. л. 18. Тираж 1000 экз.

ООО «НБ-Медиа».

Торговая марка издательства — **NOTA BENE**.

Заказ книги на сайте издательства

www.nbpublish.com

или по тел: (495) 424-26-02

Отпечатано с готовых диапозитивов

Первая оперативная типография

115114, г. Москва, 2-й Кожевнический пер., 12.