

# ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ

## Отношение к смерти и умиранию как этическая и медицинская проблема

---

### Биоэтические аспекты проблемы смерти

Жизнь-смерть – основная тема, вокруг которой вращается человеческая культура. «Танцу жизни» всегда противопоставит «танец смерти» (рис. 1).



Рис. 1.

справа – «Танец жизни под музыку Времени», Н. Пуссен, XVII в.  
слева – «Танец смерти» А. Акиндинов, XXI в.

Если религия и мораль – это своеобразная «метафизика» человеческой смерти, то «физикой» ее является медицина. Проблема смерти чрезвычайно древняя и сложная.

Является ли смерть только биологическим событием или социальной дефиницией? Кто является мертвым, или кого мы должны считать мертвым? В каком смысле следует признать существование смерти? Не является ли она лишь формой перехода живого в мертвое? Можно ли сказать, что смерть – это то, что считается таковой в данной культуре?

«Жизнь и смерть» – ключевая, взаимно определяемая оппозиция человеческой культуры, ее несущая конструкция. То как, каким образом понимается жизнь человека (как нечто данное ему родителями, Богом, или как то, что принадлежит обществу, или самому человеку), сопряжено и с пониманием его смерти. В современных социокультурных условиях понимание и того, и другого тесно связано с властью медицины в этих процессах.

# ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ

## Отношение к смерти и умиранию как этическая и медицинская проблема

---

### 1. Проблема критериев смерти

Для медицины долгое время проблема смерти не стояла. Со времен Гиппократов вплоть до XVII в. вполне этичным и законным считалось прекращение лечения после обнаружения знаков смерти – «гиппократова лика» («маски Гиппократов»). В XVII-XVIII вв. врачи стали интересоваться специальными критериями смерти.

**В XIX в.** были разработаны критерии и методы, которые в основном касались дыхания и кровообращения, *врачи получили право на констатацию смерти.*



**Рис. 2.**  
**«Причащение умирающей», А. Г. Венецианов, 1839 г.**

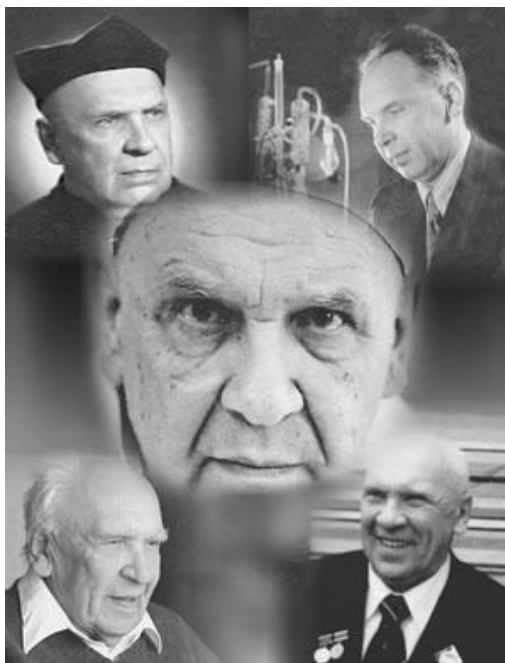
*Традиционно* (и в культуре, и в медицине) смерть человека рассматривалась как мгновенное необратимое прекращение жизнедеятельности основных витальных функций организма – *дыхания и кровообращения*. Это *кардио-пульмонологический критерий*. Вплоть до 60-х годов XX в., он был единственным критерием смерти человека. Здесь «организм» и «человек» – взаимозаменяемые термины. Именно этот облик смерти господствовал в традиционном сознании и был связан с христианским пониманием сердца и дыхания как основ жизни (рис. 2).

# ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ

## Отношение к смерти и умиранию как этическая и медицинская проблема

---

Различение *клинической смерти* (обратимого этапа умирания) и *биологической смерти* (необратимого этапа умирания) явилось определяющим для становления реаниматологии – науки, изучающей механизмы умирания и механизмы оживления умирающего организма.



**Рис. 3.**  
**«Отец реаниматологии» – В. А. Неговский**

Термин «реаниматология», как и термины «клиническая смерть» и «биологическая смерть» были впервые введены в научный оборот академиком *В. А. Неговским* в 1961 году (1907-2003), по праву считающимся «отцом реаниматологии» (рис. 3).

В середине 50-х годов XX века появились синхронизированная искусственная вентиляция легких (ИВЛ), препараты для поддержания артериального давления и сердечной деятельности, которые позволяют предотвратить смерть у ряда больных, но в то же время, для других больных это «поддержание» *оказывается лишь способом продления умирания.*

В 1959 г. французские неврологи П. Молляре и М. Гулон описали состояние 23-х пациентов реанимационного отделения парижского госпиталя, которое назвали *запредельной (необратимой) комой.*

Состояние «запредельная кома» означает не функциональность мозга (отсутствие сознания, собственного дыхания, рефлексов с уровня ствола мозга).

Врачи подчеркивали *ятрогенность* этого состояния, утверждая, что больной в такой глубочайшей и необратимой коме является жертвой современных технологий реанимации.

# ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ

## Отношение к смерти и умиранию как этическая и медицинская проблема

---

Были прямо поставлены и *этические вопросы*: имеет ли врач право прекратить бесполезную реанимацию, и в какой момент наступает смерть (рис.4)?



**Рис. 4.**

### **Высокотехнологическая помощь: «между жизнью и смертью»**

В границах новых достижений медицины бьющееся сердце и дыхание – не есть признаки жизни. Практика реаниматологии и *потребности трансплантологии* оказались связаны с преодолением традиционных критериев человеческой смерти – прекращения дыхания и сердцебиения и выходом на уровень принятия *новой концепции смерти – смерти мозга*.

### **1.1. Гарвардские критерии смерти мозга: этические аспекты**

В 1968 г. в Гарвардском университете на медицинском факультете была создана специальная комиссия для исследования медицинских, правовых и философских аспектов проблемы смерти мозга, которая сформулировала *новые критерии смерти*, названные *гарвардскими*.

Диагноз «смерть мозга» устанавливается на основании этих критериев (арекативная кома, апноэ, исчезновение рефлексов). В том же году Всемирная медицинская ассоциация закрепила гарвардские критерии в *Сиднейской декларации относительно констатации факта смерти* (ВМА, 1968, дополнена 1983)

После этого новая концепция смерти мозга стала распространяться во всем мире. В США далеко не сразу во всех штатах был принят новый гарвардский стандарт. Американский философ Д. Уиклер – авторитетный член президентской комиссии по биоэтике, рассматривавшей проблему смерти мозга в 1981 г. писал: «Мир клинической медицины и закона нуждается в какой-то дефиниции смерти, и, своим путем, будет развивать

# ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ

## Отношение к смерти и умиранию как этическая и медицинская проблема

---

ее. Что такое *смерть на самом деле* ... (по стандартам профессиональных философов) будет оставаться эзотерическим пониманием».

В настоящее время смерть мозга *в большинстве стран мира юридически* признана эквивалентной смерти человека. Это единственное состояние в медицине, при котором врачи имеют все юридические основания сразу же после установления диагноза выключить аппарат ИВЛ.

Отечественная медицина приняла гарвардский стандарт одной из последних. Только после снятия с должности академика Б. А. Петровского, который его не принимал, в 1985 году новый критерий был введен инструкцией Минздрава, а в 1992-м – утвержден федеральным законом о трансплантации. А. М. Гурвич был одним из авторов первых редакций текста отечественной «Инструкции о констатации смерти на основании диагноза смерти мозга». Он писал: *«Врач должен верить в тождество смерти мозга и смерти человека»*. Т.е. до начала 80-х гг. XX века наше здравоохранение отвечало на вопрос о смерти – остановка сердца. Это не только научная проблема.

Принятие «гарвардских критериев» смерти, согласно которым у пациентов с диагнозом «смерть мозга» можно еще в течение некоторого времени искусственно поддерживать вегетативные функции в организме, сделало трансплантацию жизненно важных органов *юридически возможной*.

До сих пор во многих странах (Япония, в странах Юго-Восточной Азии) критерий смерти мозга в качестве критерия смерти не признаётся. То же касается ортодоксальных иудеев. Возникает ситуация, когда наука залезает *в ту область*, где она уже не может выносить объективные суждения. Эти суждения, де факто не имеющие такого статуса, становятся ключевыми элементами законодательных актов. Т.е. такое определение смерти вносится в закон (например, закон о трансплантации). Но, законодатель – не врач, он человек политический. Получается, что именно он, в итоге, принимает решение, что считать смертью, что не считать. То есть в этом смысле смерть в современном обществе становится результатом конвенции, социально-юридическим конструктом. Это мировая практика.

Однако остаются открытыми многие этические и правовые вопросы. По выражению одного из основателей биоэтики А. Кэплана, биоэтика и началась с осмысления современных критериев смерти.

Понятие «смерть мозга» неоднозначно. Выделяют *три определения смерти мозга*:

- *гибель всего мозга*, включая его ствол, с необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания и исчезновением всех стволовых рефлексов;

# ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ

## Отношение к смерти и умиранию как этическая и медицинская проблема

---

- *гибель ствола мозга* (могут сохраняться признаки жизнеспособности полушарий мозга, в частности их электрическая активность);
- *гибель отделов мозга, ответственных за сознание, мышление, т.е. за сохранность человека как личности.*

Сложность проблемы смерти мозга в том, что она представляет собой дилемму: для одних – это еще дрящущая жизнь, для других – уже наступившая смерть. Сама же смерть трактуется не как «точечное» событие, а как процесс с достаточно размытыми параметрами. Развитие реаниматологии создало «зону неопределенности» между состояниями «явно жив» и «явно умер».

Безусловно, комплекс технических средств для поддержания жизни дает возможность предотвратить смерть у ряда больных, но в то же время, для других больных это «поддержание» оказывается лишь способом продления умирания. Реанимация – это непосредственное свидетельство научно-технических достижений человека. Грань между поддержанием жизни и продлением умирания становится такой тонкой, что смерть оказывается длительным механизированным процессом, который технологически может продолжаться до десяти лет.

Принятие критерия смерти мозга рождает много проблем, связанных с отношением к людям в *устойчивом вегетативном состоянии*, клинически диагностируемом как *смерть высшего мозга*.

Специальных законов, определяющих статус людей в вегетативном состоянии, сегодня нет нигде. Если человек не признан мертвым, то он «по умолчанию» считается живым. Жизнеподдерживающее лечение для таких «вегетативных пациентов» определяется выбором самого пациента (прижизненно зафиксированном документально) или его родственниками. С точки зрения права, такие пациенты относятся к категории недееспособных субъектов. Все юридически значимые вопросы за них решают официально назначенные опекуны (как правило, кто-то из ближайших родственников). Эта норма закреплена законодательно во многих странах, включая Россию.

Т.е. в современной медицине имеются возможности, чтобы решение о смерти фактически принималось кем-то. В результате больные в вегетативном состоянии регулярно оказываются в центре громких разбирательств, в конечном счете, упирающихся во все тот же вопрос: жив такой человек или мертв?

# ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ

## Отношение к смерти и умиранию как этическая и медицинская проблема

---



**Рис. 5.**  
**Они были «вегетативными пациентами»**

Факт смерти в 2004 г. Я. Арафата – результат сложной договорённости между палестинским руководством и его семьей. Супруга настаивала на прекращении бесполезного лечения, соратники не могли определиться с преемником и настаивали на продолжении. Смерть наступила, когда стороны пришли к компромиссу. Смерть – это момент отключения жизнеподдерживающей аппаратуры (рис. 5).

Аналогичный пример из недавней истории – смерть У. Чавеса.

А. Шарон – премьер-министр Израиля с 2006 г. находился в вегетативном состоянии и «как бы жив» до 2014 г. Однако в Википедии некоторое время была указана дата его смерти – 2006 г.

В 2005 году Всемирную известность в 2005 г. получила история 26-летней американки Терри Шиаво, которой после внезапной остановки сердца, был поставлен диагноз «смерть мозга». После 8-летней комы муж Терри (официальный опекун) принял решение прекратить жизнеподдерживающее лечение. Родители выступили против этого. Судебная тяжба длилась 7 лет, решение суда («отключить») раскололо США на сторонников и противников такого решения, которые выступали с многочисленными протестами и попытками активистов, задержанных полицейскими, принести Терри воды, когда ее тело в течение двух недель погибало от обезвоживания.

Юридический абсурд такого положения создает искушение признать все-таки пациентов с мертвой корой умершими. Но! Современные исследования таких пациентов с помощью метода функциональной магнитно-резонансной томографии (МРТ), уже широко вошедшего в широкую клиническую практику, предостерегают от этого искушения. Очевидно, что данная проблема еще далека от окончательного решения и требует тщательного изучения.

В Сиднейской декларации отмечено, что смерть – это последовательный процесс гибели отдельных клеток и тканей, неодинаково устойчивых к кислородному голоданию. Задача врача – не забота об

# ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ

## Отношение к смерти и умиранию как этическая и медицинская проблема

---

отдельных группах клеток, а борьба за сохранение целостности личности. Важен момент ее потери. Этот момент соответствует прекращению интегративных функций головного мозга, в частности, стволовых. После его наступления, этически допустимо прекращать реанимацию. Констатация «смерти мозга» определяет смерть личности, в границах которой возможна «растительная» жизнь, например, до изъятия органов пациента для трансплантации. И лишь после «забора» или «изъятия» можно обеспечить смерть (опять же искусственно), теперь уже биологическую.

Противоречивый дуализм концепций биологической смерти и смерти личности не однозначен. Можем ли мы считать человека с мертвым мозгом «более мертвым», чем того, у которого погибли только высшие отделы мозга? Следует ли, и если «да», то в каком смысле, следует считать живыми людей с неповрежденным стволом и сохраненными витальными функциями, но без признаков сознания и личности (из-за разрушения полушарий или их отсутствия как у анэнцефалов) (рис. 6.)?



**Рис. 6.**  
**Анэнцефалы**

На фото справа Стефани Кин («Бэби К.») – девочка-«долгожитель» среди пациентов с диагнозом «анэнцефалия», она прожила 2,5 года.

Как следует интерпретировать уже неоднократные случаи в мировой медицинской практике рождения детей у «мертвых» пациенток с диагнозом «смерть мозга», жизнь которых несколько месяцев поддерживалась специальной аппаратурой, а окончательная смерть случилась после рождения малыша? Как и кто в подобных ситуациях должен принимать и осуществлять



**ЖИЗНЬ КАК ЦЕННОСТЬ**  
**Отношение к смерти и умиранию**  
**как этическая и медицинская проблема**

---

решение о смерти человека? Эти и многие другие вопросы по-прежнему остаются в фокусе внимания естественнонаучной и гуманитарной мысли.