

СМЕРТЬ ЧЕЛОВЕКА ИЛИ СМЕРТЬ МОЗГА? ХРИСТИАНСКИЙ ВЗГЛЯД

ЧАСТЬ I. ПРОБЛЕМА КРИТЕРИЯ СМЕРТИ

Иеромонах Дамиан (Воронов)

магистрант Московской духовной академии
секретарь кафедры богословия Московской духовной академии
141300, Сергиев Посад, Троице-Сергиева Лавра, Академия
energizerprogrez@gmail.com

Для цитирования: Дамиан (Воронов), иером. Смерть человека или смерть мозга? Христианский взгляд. Часть I: Проблема критерия смерти // Богословский вестник. 2019. Т. 32. № 1. С. 102 – 121. doi: 10.31802/2500-1450-2019-32-102-121

Аннотация

УДК 17.022.1 (261.4)

Первая часть статьи рассматривает с христианской точки зрения вопрос о том, как определить момент смерти человека, некоторые вопросы работы головного мозга, диагностические критерии полной остановки биологических и физиологических процессов жизнедеятельности организма как финального опыта человека перед вступлением в вечность. Также в статье дается богословско-философское осмысление таким состояниям, как «определенно жив» и «точно мертв», ибо определение момента смерти человека в силу достижений современной медицины стало более трудным, чем прежде. Автор рассматривает историю вопроса и в заключение формулирует христианское отношение к перспективам духовно-нравственного и социального влияния биомедицинских технологий на жизнь человека XXI века, которые переходят границы допустимых манипуляций с жизнью и смертью. Определение критериев смерти является важной вехой в процессе решения трудной философской проблемы сознания.

Ключевые слова: этика, биоэтика, медицинская психология, смысл жизни и смерти, искусственное поддержание жизни, критерий смерти человека, функции мозга, смерть мозга, устойчивое вегетативное состояние, терминальное состояние, синдром запертости, зона неопределенности.

Стремительный научный прогресс в сфере здравоохранения и медицинской техники в настоящее время позволяет продлевать жизнь, увеличивая шансы на выздоровление как при острых, так и прогрессирующих хронических заболеваний, одновременно создавая безусловно сложные ситуации, связанные с богословскими дискуссиями о конце жизни человека. Современная цивилизация оказалась в уникальной ситуации: дехристианизация культуры происходит одновременно с научно-техническим прогрессом, благодаря которому медицина стала способна управлять фундаментальными процессами жизни человека.

В разных науках смерть рассматривается как естественное, природное и необратимое прекращение жизнедеятельности любой биологической системы, то есть как естественное завершение единичного живого существа или как насильственное умерщвление не только индивидов, но и целых видов животных и растений¹. В дотехнологическую эру (до XX века) врачи применяли многочисленные творческие тесты и процедуры у кровати больного, чтобы констатировать смерть, однако эти приемы были настолько ненадежными, что для объявления смерти врачи дожидались трупного окоченения, чтобы абсолютно удостовериться в смерти пациента². Достижения современной медицины поставили перед учеными и философами задачу: сформулировать критерии смерти на основании высоких моральных принципов. В большинстве случаев смерть может быть диагностирована у постели больного. Экзистенциальный опыт умирания позволяет философски судить о том, что граница между жизнью и смертью человека весьма неопределенна и к тому же очень подвижна³. В современном обществе, благодаря невероятному развитию технических возможностей, институциональных систем здравоохранения, предоставляется широкий выбор процедур и практик поддержания жизни терминальных больных. Научно-технический прогресс и медикализация смерти способствовали появлению морально-этических и юридических проблем. Передовые технологии создали и лексические проблемы. Так, при употреблении слова «смерть» возникают трудности и разночтения в описании данного

- 1 Гайденко П. П. Смерть // Новая философская энциклопедия: в 4 т. Т. 3. М., 2010. С. 571.
- 2 The Pontifical Academy of Sciences. The Signs of Death. The Proceeding of the Working Group 11–12 September 2006. Scripta Varia 110. Vatican City, 2007. P. 159.
- 3 Хрусталеv Ю. М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья. М., 2011. С. 256–257.

события или процесса в различных областях: медико-биологических, правовых, социальных, биоэтических, философских, религиозных.

В 1957 году Международный конгресс анестезиологов, озабоченный стремительным развитием технологий искусственного поддержания жизни и связанной с этим проблемой определения момента смерти, обратился с просьбой к папе Пию XII⁴ разъяснить, где проходит граница между жизнью и смертью человека. Пий XII ответил, что в компетенцию Церкви не входит определение момента смерти человека, это прерогатива врачей, отметив при этом, что человеческая жизнь продолжается до тех пор, пока жизнедеятельность организма как целого отличается от простой жизни спонтанно работающих с помощью искусственных мер отдельно взятых органов человека⁵.

В 1929 году Филипп Дринкер⁶ изобрел респиратор (железное легкое), а в 1950–1960-х годах появилась возможность искусственного вентилирования у детей, болевших полиомиелитом, затем система искусственной вентиляции легких была усовершенствована. Эти открытия стали основными этапами формирования нового локуса смерти как смерти мозга. С небывалого прогресса в этой отрасли медицины началась эра активного поддержания угасающих жизненных функций⁷.

На современном технологическом этапе возникли очень сложные вопросы: в какой момент человек перестает быть членом своего вида? по смерти мозга принадлежат ли к человеческому виду поддерживаемое с помощью искусственных мер тело человека и гипотетически поддерживаемое тело без головы или они всего лишь вещи, в которых присутствуют признаки жизни? какие методы могут быть использованы при доказательстве потери всех функций мозга, при условии, что в настоящее время известны не все его функции, а применяемые диагностические методы имеют вероятностный характер?

В настоящее время с помощью специальной медицинской аппаратуры стало возможным поддерживать и/или заменять полную и необратимую утрату функций сердца и легких. Функции систем органов могут искусственно поддерживаться за счет технологий в отделениях интенсивной терапии или могут быть заменены путем трансплантации,

4 1876–1958 гг.

5 Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma // JAMA. 1968. Vol. 205. P. 337.

6 1894–1972 гг.

7 Неврология: Национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. М., 2009. С. 575.

кроме головного мозга⁸. В 1926 году советским физиологом Сергеем Брюхоненко был создан первый в мире аппарат искусственного кровообращения, а еще через десять лет искусственные легкие (оксигенатор)⁹. Датский анестезиолог Бьерн Ибсен в 1953 году первым в мире применил метод контролируемой искусственной вентиляции легких путем ручной прокачки воздуха через трахею, что позволило снизить смертность больных полиомиелитом с 90% до 25%¹⁰. Именно эти ученые стояли у истоков отделений интенсивной терапии. Кардиореспираторная поддержка, гормональная терапия, а также сестринский уход могут продлевать на неопределенно долгое время жизнедеятельность терминальных больных при любой форме и тяжести повреждения головного мозга, включая его смерть. Современная медицина способна продлевать беременность, успешно способствуя дальнейшему созреванию плода даже после смерти головного мозга матери¹¹. Эти невероятные успехи в области жизнеподдерживающих технологий сделали сегодня определение смерти, основанное на критерии смерти мозга, как никогда актуальным, а сам процесс умирания — зависящим от прогресса медицины.

Впервые в медицинской литературе термин, описывающий смерть мозга — *soma de passé*, был введен французами-неврологами П. Молларет и М. Гулон в 1959 году и означал «состояние за пределами комы»¹².

- 8 Любой орган может быть трансплантирован человеку без пересадки личности, кроме мозга, поскольку, где речь идет о мозге, там идет речь и о личности. Все части тела так или иначе технически являются взаимозаменяемыми настолько, что тело могло бы быть пересажено голове другой личности. При этом не будет объединения двух людей, но произойдет пересадка тела живущей личности. Подробнее см.: *Engelhardt H. The Foundations of Christian Bioethics*. Exton, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger Publishers, 2000. P. 333. Такую операцию планировал провести в 2017 году итальянский хирург Серджо Канаверо добровольцу россиянину Валерию Спиридонову с диагнозом Верднига-Гоффмана (редкое генетическое заболевание, при котором атрофированы мышцы ног, головы и шеи с сохранением чувствительности, мышцы рук, как правило, не поражены). Однако до настоящего времени успешными были лишь пересадки второй головы собакам, проведенные ученым-экспериментатором Владимиром Демиховым (1916–1998), создавшим 20 двухголовых собак.
- 9 *Брюхоненко С. С., Чечулин С. И.* Опыты по изолированию головы собаки (с демонстрацией прибора) // Труды II Всесоюзного съезда физиологов. Л., 1926. С. 289–290.
- 10 *Ibsen B.* The Anesthetist's Viewpoint on the Treatment of Respiratory Complications in Poliomyelitis During the Epidemic in Copenhagen // *Proceeding of the Royal Society of Medicine*. 1954. Vol. 47. P. 72.
- 11 *Mallampalli A., Guy E.* Cardiac Arrest in Pregnancy and Somatic Support after Brain Death // *Critical Care Medicine*. 2005. Vol. 33. P. 325–330.
- 12 *Singer P. A., Viens A. M.* *The Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge, 2008. P. 85.

Исследователи наблюдали за состоянием восьми пациентов, которые были на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), не реагировали на болевые раздражители и у которых отсутствовала реакция зрачков на свет. У всех больных через семь часов с момента фиксации указанного состояния произошла остановка сердца, аутопсия выявила некроз вещества головного мозга¹³. Однако предложенный термин не применялся в клинической практике вплоть до 1968 года, когда он получил признание в связи со следующим историческим фактом.

Третьего декабря 1967 года хирург из ЮАР Кристиан Барнард¹⁴, проявив смелость, установил мировое первенство среди выдающихся хирургов эпохи¹⁵, проведя успешную пересадку сердца от пострадавшей в автокатастрофе Денизы Дарваль пациенту Луису Вашканскому¹⁶. После операции Луис пришел в сознание и прожил еще восемнадцать дней. Но проблема заключалась в том, что в ту эпоху человек признавался мертвым только после необратимой остановки сердца («сердце бьется — живой»), а гарвардские критерии смерти головного мозга еще не были разработаны. К моменту забора органа для трансплантации сердце реципиента не было повреждено в отличие от головного мозга и ритмично билось в груди 25-летней Денизы. Мариус Барнард¹⁷, брат кардиохирурга, сорок лет скрывал ключевую тайну успешной операции: именно он убедил Кристиана сделать инъекцию концентрированной дозы калия в сердце Денизы, из-за которой оно остановилось, а реципиент, таким образом, формально был признан мертвым, что позволило изъять орган для трансплантации и спасти жизнь Луису¹⁸. Вскоре после этого случая, в 1968 году, специальным комитетом Гарвардской медицинской школы¹⁹ были разработаны критерии, согласно которым пациент с поражением головного мозга и находящийся в необратимой коме уже признавался мертвым, то есть еще до момента остановки сердца, а органом, отмирание которого выступало индикатором,

13 Неврология: Национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева. С. 575.

14 1922–2001 гг.

15 Норман Шамвей (1923–2006), Стенфордский университет; Ричард Лоуэр (1929–2008), Медицинский колледж Вирджинии; Адриан Кантровиц (1918–2008), Медицинский центр Маймонида, Нью-Йорк.

16 Тремя годами ранее американский хирург Джеймс Харди (1919–1986) впервые пересадил Бойду Раш сердце шимпанзе, однако пациент прожил всего час.

17 1927–2014 гг.

18 *McRae D. Every Second Counts: The Race to Transplant the First Human Heart.* L., 2006. P. 192.

19 Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School. P. 337–340.

подтверждающим смерть человека как целого, комиссия признала головной мозг²⁰.

Концепция смерти мозга с момента своего появления была подвергнута критике как социальная конструкция, созданная для утилитарных целей, ведь таким образом появлялись источники органов для трансплантации. В 1981 году в США был принят Закон об унифицированном определении смерти²¹, разработанный Президентской комиссией по изучению этических проблем медицины, которая была призвана обеспечить всеобъемлющую и клинически обоснованную практику определения смерти во всех ситуациях²². В работе комиссии приняли активное участие Швеция, Япония, Великобритания и Канада²³, что позволило, во-первых, решить проблему пациентов, их семей и больниц, кровати в которых они занимали, не имея шансов на выздоровление, а во-вторых, принять новое определение смерти человека с учетом успехов трансплантологии²⁴. В конечном счете смерть мозга была принята в качестве индикатора смерти.

Однако многие клинические ситуации зачастую не поддаются однозначной интерпретации как такие, в которых диагностирована смерть мозга. При устойчивом вегетативном состоянии человека констатировать смерть всего головного мозга не представляется возможным, поскольку ствол мозга еще жив; таким образом, жизнь этих пациентов в биографическом смысле еще продолжается.

Заслуженный врач России, член Церковно-общественного совета по биомедицинской этике В. Ф. Кондратьев дает следующее определение смерти мозга:

«Смерть мозга — это необратимое, определяемое глобальной деструкцией мозга исключение возможности обеспечения мозгом осознанного контакта индивидуума с окружающей средой (и даже бессознательного существования во «внутреннем мире»), его реакций на внешние воздействия, осуществляемых путем рефлексов, замыкающихся через головной мозг, и обеспечения основных жизненных функций — самостоятельного дыхания,

20 *Singer P.A. Op.cit. P. 85.*

21 *Uniform Determination of Death Act – UDDA.*

22 *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining Death: Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death. Wash. (DC), 1981. P. 73, 117.*

23 *Post S. G. Encyclopedia of Bioethics. New York, 2004. Vol. 2. P. 604.*

24 *The Pontifical Academy of Sciences. P. 217.*

поддержания артериального давления и гомеостаза в целом. Поэтому организм в состоянии смерти мозга неминуемо обречен на смерть в традиционном понимании — в том числе и на остановку сердца»²⁵.

В связи с определением критерия смерти возникает целый ряд морально-этических и юридических вопросов, которые можно суммировать следующим образом. Критерий должен быть:

- 1) обоснован как с научной, так и с медицинской точки зрения и позволять клиницисту точно определять, кого еще можно спасти, а кого уже нет;
- 2) удобен в практике и не требовать чрезвычайных усилий персонала и длительного периода времени для констатации;
- 3) объективным, то есть одинаково понимаемым и применяемым любым специалистом, и таким, корректность которого подразумевает возможность его проверки в каждом подобном случае, что крайне важно для юридической приемлемости критерия;
- 4) приемлемым как медиками или юристами, так и обществом в целом.

Основную трудность представляет понимание феномена устойчивого вегетативного состояния (УВС). Оно характеризуется отсутствием умственной активности и целенаправленных движений, человек не способен видеть сны, думать, воспринимать впечатления внешнего мира, буквально «не присутствует здесь и сейчас», однако он может глотать, дышать, усваивать питательные вещества, моргать, иногда открывать глаза и вращать ими, но отсутствует синхронизация и фокусировка взгляда. От причины, приведшей к УВС, зависит течение и исход состояния человека²⁶.

В 1994 году группа²⁷ по многостороннему изучению УВС сформулировала следующие критерии его диагностики:

- 1) отсутствие свидетельств осознания себя или окружающего мира и неспособность взаимодействовать с другими людьми;

25 *Кондратьев В. Ф.* Православно-этические аспекты эвтаназии // Православие и проблемы биоэтики: сборник работ. М., 2017. С. 64.

26 *Кэмпбелл А., Джиллет Г., Джонс Г.* Медицинская этика: учеб. пособие для вузов. М., 2010. С. 263.

27 Новая Англия, США.

- 2) отсутствие свидетельств устойчивого, воспроизводимого, целенаправленного или произвольного поведения в ответ на визуальные, слуховые, тактильные или болевые стимулы;
- 3) отсутствие свидетельств понимания или использования речи; перемежающееся бодрствование, которое проявляется в наличии циклов сон — бодрствование;
- 4) достаточная сохранность гипоталамических и стволовых автономных функций, позволяющая поддерживать существование в условиях врачебного вмешательства и сестринского ухода;
- 5) недержание кала и мочи;
- 6) различная степень сохранности черепно- и спинномозговых рефлексов²⁸.

Этой же группой были опубликованы результаты исследований относительно перспективы восстановления сознания таких пациентов:

«В результате посттравматического состояния восстановление маловероятно после двенадцати месяцев у взрослых и детей. Исход нетравматического стойкого состояния после трех месяцев встречается крайне редко, сознание пациентов с дегенеративными, метаболическими нарушениями или врожденными пороками развития, находящихся в УВС в течение нескольких месяцев, вряд ли будет восстановлено. Продолжительность жизни взрослых и детей в таком состоянии существенно снижается, и для большинства из них ожидаемая продолжительность жизни составляет от двух до пяти лет, а продолжительность жизни более десяти лет явление экстраординарное, однако наиболее длительный срок из известных случаев — тридцать семь лет»²⁹.

Человек в УВС не мертв, поэтому решение о прекращении мер жизнеобеспечения обычно принимают в судебном порядке.

По существу рассматриваемой проблемы Конгрегация доктрины веры Римско-католической церкви в 2005 году дала следующий комментарий:

28 Кэмпбелл А., Джиллет Г., Джонс Г. Медицинская этика. С. 264.

29 The Multi-Society Task Force on PVS. Medical Aspects of the Persistent Vegetative State // The New England Journal of Medicine. 1994. Vol. 330. P. 1499–1450.

«Пациенты в УВС обладают человеческим достоинством вне зависимости от обстоятельств их жизни, они были, есть и остаются людьми и никогда не станут растительноподобными существами или животными. Они имеют полное право на базовое медицинское обслуживание (питание, гидратация, соблюдение гигиены следует считать естественными способами сохранения жизни, а не терапевтическим лечением), предотвращение осложнений, связанных с постельным режимом, и реабилитационную помощь. Они полностью зависимы от искусственных мер жизнеобеспечения и нуждаются в постоянной помощи на протяжении месяцев и даже лет. В случае, если будет прекращена подача инфузионных растворов и пищи, они умрут. Причиной смерти, следовательно, будет ни болезнь, ни само УВС, но истощение и обезвоживание. Такое решение действительно не требует чрезмерных расходов системы здравоохранения, но, по сути, является пассивной эвтаназией и поэтому не может быть этически оправданным. Однако Конгрегация доктрины веры не исключает возможности того, что из-за возможных осложнений пациент в УВС может оказаться неспособным усваивать пищу и инфузионные растворы, так что их введение становится совершенно бесполезным, допуская ситуацию *ad impossibilia nemo tenetur* («к невозможному никого не обязывают», общее положение римского права. — Д. В.)»³⁰.

В официальных документах Русской Православной Церкви проблема пациентов в УВС отдельно не рассматривается, но в имеющихся источниках³¹ отмечено, что практика искусственного поддержания жизни, при которой функционируют лишь отдельно взятые органы, лишает личность подлинно человеческого завершения жизни, о котором ежедневно во время богослужения возносится прошение к Имеющему в руках Своих души всего живущего и всякого человека³² о христианской кончине, безболезненной, непостыдной, мирной. Осознавая это, а также недопустимость намеренного умерщвления (эвтаназии) и необходимость уготовления долгостраждущего к исходу души, Церковь просит Владыку жизни о разрешении раба Его от нестерпимой болезни

30 Responses to Questions Presented by His Excellency the Most Reverend William S. Skylstad, President of the United States Conference of Catholic Bishops // Congregation for the Doctrine of the Faith. URL: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_nota-commento_en.html.

31 См.: Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека. М., 2018.

32 См. Иов. 12, 10.

и горькой немощи и о упокоении его вместе с праведниками³³. Кодекс профессиональной этики православного врача, исполняемый свободно, по совести и с достоинством, принятый в январе 2012 г. на XX Международных Рождественских образовательных чтениях Синодальным отделом по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, основан на соборных документах «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви» и «Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека». Этот Кодекс утверждает, что «православный врач не участвует в действиях, связанных с преднамеренным лишением жизни пациента, даже по его просьбе или просьбе его близких. Не отказывая больному в помощи, он вправе не проводить тех видов медицинского вмешательства, которые противоречат его нравственным принципам»³⁴.

Приведенные примеры позволяют сделать вывод о том, что общепринятая юридическая практика, несмотря на позицию Церкви, не рассматривает как противозаконное прекращение мер искусственного жизнеобеспечения только в том случае, если диагноз УВС поставлен с четкой определенностью, однако каждый из подобных случаев требует отдельного решения суда.

В настоящее время с помощью нейропсихологических тестов стало возможным давать оценку состояния пациентов, находящихся в УВС, и делать заключение об их текущих умственных способностях³⁵. На данном этапе развития технологий с помощью новаторской системы на основе интерфейса «мозг–компьютер», измеряющей гемодинамические ответы головного мозга и обнаруживающей паттерны в нем, стало возможным преодоление коммуникативного барьера даже у пациентов, которые находятся в таком неврологическом состоянии, как «синдром запертости»³⁶. Последний чаще всего бывает результатом инфаркта или инсульта головного мозга. Жертвой такого состояния стал Жан-Доминик Боби, который пронзительно глубоко описал свой опыт

33 Требник, К., 2009. Ч. 1. С. 324–325.

34 Силуянова И. В. Биомедицинская этика: учебник и практикум для академического бакалавриата. М., 2016. С. 309–310.

35 Schiff N. D., Rodriguez D. fMRI Reveals Large-scale Network Activation in Minimally Conscious Patients // *Neurology*. 2005. Vol. 64. P. 514–523.

36 Англ. locked-in syndrome. При «синдроме запертости» человек находится в сознании без утраты когнитивной способности, слышит, видит, у него сохранены циклы сна–бодрствования, но он не имеет возможности самостоятельно производить движения (кроме движений глазами или веками), говорить, глотать и дышать. Коммуникация возможна через движения глаз и мигание.

в книге «Водолазный колокол и бабочка», надиктованной движением левого глаза:

«Парализованный с головы до ног, с неповрежденным разумом, я заключен в своем теле, словно в тюрьме, и неспособен говорить или двигаться. Моим единственным способом общения осталось лишь моргание левым глазом»³⁷.

Однако сама возможность общения с такими пациентами обостряет этические проблемы: допустимо ли спрашивать их о желании продолжать жить или они предпочли бы смерть? В большинстве стран мира эвтаназия и отключение от аппарата искусственного жизнеобеспечения запрещены законодательно, что не в последнюю очередь говорит о неэтичности такой постановки вопроса. Напротив, считается, что следует задавать вопросы о том, какой уход за ними сделает их жизнь более удобной и комфортной.

Так, нейрофизиолог Нильс Бирбаумер из Тюбингенского университета, применявший вышеуказанный инновационный метод общения с подобными пациентами, отметил, что большинство из них, к удивлению ученого, отвечали, что удовлетворены качеством своей жизни и считают себя счастливыми, несмотря на полную обездвиженность и трагическую беспомощность комфортной³⁸.

При рассмотрении проблемы УВС возникает так называемая зона неопределенности, которую также можно назвать периодом между двумя состояниями: «определенно живой» и «определенно мертвый». Эту зону можно охарактеризовать такими суждениями, как «пациент еще жив, но у него отсутствует сознание, необходимо ждать его смерти от голода или инфекции» или «пациент мертв, но за него дышит аппарат ИВЛ, нужно прекратить дыхание». Как было отмечено выше, с учетом последних достижений медицины, наличие дыхания и бьющееся сердце уже не являются абсолютными признаками жизни, поскольку критерий «смерть мозга» определяет новые границы, в которых возможна «растительная» (на уровне отдельных групп клеток или органов) жизнь. Эти постулаты до сих пор с большими трудностями принимаются общественным сознанием, для которого суждение о констатации смерти при наличии дыхания представляется весьма странным³⁹. Смерть мозга

37 Кэмпбелл А. Медицинская этика. С. 265.

38 Мохеб К. Мозг человека. 50 идей, о которых нужно знать. М., 2015. С. 83.

39 Биомедицинская этика: практикум / под общ. ред. С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. Мн., 2011. С. 146.

в качестве критерия определения смерти человека является неоспоримым для судебно-медицинской экспертизы и отражает необратимую потерю личностных и интегративных функций головного мозга, однако такое заключение не способно удовлетворить всё культурное и религиозное разнообразие плюралистического общества. Смерть человека есть явление, наполненное глубочайшим культурным и моральным смыслом (значение заболевания, фактический язык, используемый для обсуждения смерти, символическое значение, придаваемое смерти человека, опыт пережитой боли и страданий, уход за телом после смерти, переживание горя), и потому общество так или иначе должно санкционировать используемый специалистами критерий смерти. Когда общество санкционирует принятие определенного критерия смерти, это подразумевает достаточный уровень его грамотности, то есть согласие общества должно быть информированным⁴⁰.

Таким образом, говорить о продолжении жизни можно, пока деятельность организма осуществляется как единое целое, включающее и биологический аспект (совокупность объективно регистрируемых и оцениваемых событий в организме человека), и биографический аспект (совокупность субъективно воспринимаемых и оцениваемых состояний человека). Очевидно, что цель медицинского вмешательства и лечебных мероприятий — спасение жизни и принесение пациенту существенной пользы (то есть мер, способных вызвать такие изменения в состоянии пациента, которые в настоящее время или в ближайшем будущем он оценит как имеющие смысл). Набор высокотехнологичных методов и, на первый взгляд, кажущихся неограниченных возможностей для восстановления и длительного искусственного поддержания основных отправления организма человека, предоставляемых в отделениях интенсивной терапии, может создать иллюзию того, что эти меры приносят максимальную пользу данному пациенту.

Эти соображения полностью соответствуют стандарту существенной пользы, которому должны соответствовать любые медицинские вмешательства: приводить к таким результатам, которые будут полезными для пациента или в настоящий момент, или в ближайшем будущем. Из-за проблемы результатов возникает понятие риска неприемлемо тяжелого состояния (РНТС). Например, итоги вмешательства, предпринятого для спасения жизни человека, который перенес тяжелый инсульт, могут привести к такому состоянию, в котором он сам ни за что не захотел бы оказаться, будь у него выбор. В случае, когда пациент некомпетентен

40 *Иванюшкин А. Я. Введение в биоэтику. М., 1998. С. 276–277.*

осуществить выбор между полноценной здоровой жизнью, жизнью в неприемлемом состоянии и смертью, понятие РНТС напоминает о ложной дихотомии между жизнью и смертью, приводящей к мысли о том, что любой шанс на продолжение жизни лучше, чем отсутствие такового. Для многих пациентов вероятность того, что они могут оказаться в неприемлемо тяжелом состоянии, делает поиски вариантов спасения менее привлекательными, чем это могло показаться сначала. Интересен тот факт, что существенное влияние на принятие пациентами решений о продлении жизни оказывают верующие клиницисты, в то время как агностики и атеисты почти вдвое чаще принимают утвердительные решения относительно мер, ускоряющих смерть пациентов, о чем свидетельствует Клайв Сил, профессор Лондонской школы медицины⁴¹.

Митрополит Антоний Сурожский на вопрос о вмешательстве врачей и искусственном продлении человеческой жизни отвечал следующее:

«Если говорить об аппаратах, поддерживающих жизнь, я считаю, что не следует принуждать человека оставаться в живых искусственно, против природы, как происходит в случае, когда природа не может поддерживать жизнь и создается ее искусственное подобие. Когда от человека не осталось ничего, кроме искусственной жизни, которая навязывается ему или ей, мы не помогаем природе, мы не знаем ничего о том, что происходит с душой, мы используем человеческое тело как марионетку, и я не считаю, что это достаточно уважительно, почтительно в отношении этого человека. В иных случаях, безусловно, необходимо оперировать опухоли, необходимо оперировать при аппендиците, лечить пневмонию и так далее. Когда мы делаем это, мы помогаем природе в борьбе, в противном случае мы насилуем ее»⁴².

Главной целью человеческой жизни, согласно христианскому учению, является стремление к стяжанию Святого Духа, достижение святости через соединение с Богом. Практика спасения жизни любой ценой с помощью высоких технологий обходится слишком дорого для духовной жизни пациента и ложится тяжелым бременем на самих пациентов, членов их семей и медперсонал, отвлекая человека от глав-

41 Seale C. The Role of Doctors' Religious Faith and Ethnicity in Taking Ethically Controversial Decisions during End-of-life Care // *Journal of Medical Ethics*. 2010. Vol. 36. P. 677–683.

42 Антоний (Блум), митр. Жизнь и вечность: 15 бесед о смерти и страдании. М., 2017. С. 169–170.

ной цели — вечной жизни с Богом в Царстве Небесном. Парадоксально, но технологический императив использовать все имеющиеся ресурсы для спасения жизни может привести к искушению прекратить эту жизнь⁴³. Христианский подход позволяет утверждать, что намерение определяет смысл действий, вектор которых должен быть направлен в вечность, ко спасению души. Согласно доктрине двойного эффекта⁴⁴, если намеренный результат инъекции заключается в облегчении болевых ощущений, то применение морфина нравственно обосновано и допустимо даже в том случае, если это действие приведет к летальному исходу. Таким образом, при оценке действий врача учитываются как намерение, так и последствия. Медико-технологическая отсрочка смерти, акцентирующая внимание на самолюбивой заботе и контроле обстоятельств собственной смерти, может привести к печальному финалу земной жизни, если путь, выбор и желания не направлены на смиренное раскаяние и поиск прощения. Смерть побеждается только Воскресением через Крест Господень и единением с Ним. Страдания, болезни, умирание — это тернистый путь человечества, истинный смысл которого может быть раскрыт только в контексте достижения вечного Царства Божия.

Подведем итог. Несмотря на то, что по сей день смерть не может быть побеждена усилиями врачей, стало возможным контролировать момент ее наступления от нескольких часов до нескольких лет благодаря успехам реаниматологии и анестезиологии. В связи с этим возникла угроза трансформации смысла заботы об умирающих: мирная достойная смерть профанируется высокотехнологичным опытом смерти, который предлагается пациентам и членам их семей системой менеджмента сферы здравоохранения⁴⁵. Общество наделило врачей властью констатировать смерть и устанавливать границы вокруг последней и страшной тайны жизни человека⁴⁶.

Отношение к смерти позволяет выявить наиболее значимые модели поведения человека, выступая фактором культурной идентичности и позволяя говорить о смерти либо как о конструктивном явлении (она естественна и необходима), либо как о деструктивном явлении (игнорирование, вытеснение на периферию сознания). Феномен смерти

43 Engelhardt H. The foundations. P. 319.

44 Post S. G. Encyclopedia of Bioethics. P. 1414.

45 Rady M., Verheijde J., McGregor J. "Non-heart-beating," or "Cardiac Death," Organ Donation: why We should Care" // Journal of Hospital Medicine. 2007. Vol. 2. P. 327.

46 Ивановшкин А. Я. Введение в биоэтику. С. 268.

затрагивает различные области знания и практики, включая богословие, философию, естественные науки, право и многие другие. Однако центральным является понятие критерия смерти как совокупности признаков, позволяющих признать человека мертвым. Стремительное развитие технологий ставит задачу богословского переосмысления пределов возможностей человека, границ человека как существа смертного. Легитимность концепции смерти мозга напрямую затрагивает концептуальные понятия личности и человека, а также смысл, который в них вкладывает общество.

Вторая часть исследования будет посвящена рассмотрению с христианской точки зрения вопросов о том, как стоит воспринимать людей, находящихся без сознания, но с бьющимся сердцем, притом, что Священное Писание рассматривает дыхание основным критерием жизни⁴⁷. Продолжается ли человеческая жизнь, когда ее поддерживают с помощью искусственных мер, или это лишь труп с бьющимся сердцем? Насколько диагноз смерти мозга может быть достаточным индикатором смерти человека и какие методы диагностики могут доказать утрату всех его функций, учитывая, что не все они известны и измеримы, а сама диагностика имеет характер вероятности? Является ли индикатор смерти мозга более строгим, чем традиционный кардиореспираторный критерий? Что такое сознание и как оно соотносится с телом, в частности с мозгом? Является ли остаточная клеточная активность мозга, регистрируемая у пациентов со смертью мозга, свидетельством наличия некоторых впечатлений, а значит, и редуцированного сознания (причем точное минимальное количество, расположение и конфигурация нейронов, достаточных для констатации смерти мозга, до сих пор остаются неизвестными)? Как, имея недостаточные знания о работе мозга и сознании, представляется возможным сделать вывод о его прекращении? Несмотря на весь пафос научно-технического прогресса человечество не очень далеко ушло в решении проблем понимания работы мозга. Дискуссия остается открытой до настоящего времени. В современной клинической практике случаи утраты осознанного понимания, благодаря стремительно развивающимся технологиям, могут быть с большой точностью диагностированы, однако до сих пор медицина не способна предсказать, чье состояние и самочувствие улучшится и насколько.

47 Быт. 2, 7; Быт. 7, 22; Ис. 2, 22; Иов. 27, 3.

Библиография

- Антоний (Блум), митр.* Жизнь и вечность: 15 бесед о смерти и страдании. М.: Никея, 2017.
- Брюхоненко С. С., Чечулин С. И.* Опыты по изолированию головы собаки (с демонстрацией прибора) // Труды II Всесоюзного съезда физиологов. Л.: Главнаука, 1926. С. 289–290.
- Неврология: Национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- Денисов С. Д.* Биомедицинская этика: практикум / под общ. ред. С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. Мн.: БГМУ, 2011.
- Иванюшкин А. Я.* Введение в биоэтику. М.: Прогресс-Традиция, 1998.
- Кондратьев В. Ф.* Православно-этические аспекты эвтанази // Православие и проблемы биоэтики: сборник работ. М.: ЦОСБ, 2017. С. 60–65.
- Кэмпбелл А.* Медицинская этика: учеб. пособие для вузов / пер. с англ. и ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
- Мохеб К.* Мозг человека. 50 идей, о которых нужно знать. М.: Фантом Пресс, 2015.
- Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Основы учения Русской Православной Церкви о достоинстве, свободе и правах человека. М.: Издательство Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2018.
- Силуянова И. В.* Биомедицинская этика: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2016.
- Степин В. С.* Новая философская энциклопедия: в 4 т. // Ин-т философии РАН; Нац. обществ.-науч. фонд; предс. научно-ред. совета В. С. Степин. 2-е изд., испр. и допол. Т. 3. М.: Мысль, 2010.
- Требник. Ч. 1. К.: Тип. Киево-Печерской Успенской Лавры, 2009.
- Хрусталеv Ю. М.* Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
- Engelhardt H.* The Foundations of Christian Bioethics. Exton (Pennsylvania): Swets & Zeitlinger Publishers, 2000.
- Ibsen B.* The Anesthetist's Viewpoint on the Treatment of Respiratory Complications in Poliomyelitis During the Epidemic in Copenhagen // Proceeding of the Royal Society of Medicine. 1954. Vol. 47. P. 72–74.
- Mallampalli A., Guy E.* Cardiac Arrest in Pregnancy and Somatic Support after Brain Death // Critical Care Medicine. 2005. Vol. 33. P. 325–330.
- McRae D.* Every Second Counts: The Race to Transplant the First Human Heart. L.: Simon&Schuster, 2006.
- Post S. G.* Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference. 2004. Vol. 3.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining Death: Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death. Wash. (DC): U.S. Government Printing Office, 1981.
- Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A definition of Irreversible Coma // JAMA. 1968. Vol. 205. P. 337–340.

- Responses to Questions Presented by His Excellency the Most Reverend William S. Skylstad, President of the United States Conference of Catholic Bishops // Congregation for the Doctrine of the Faith [Электронный ресурс]. URL: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_nota-commento_en.html (дата обращения 22.09.2018).
- Schiff N. D., Rodriguez D. fMRI Reveals Large-scale Network Activation in Minimally Conscious Patients // *Neurology*. 2005. Vol. 64. P. 514–523.
- Seale C. The Role of Doctors' Religious Faith and Ethnicity in Taking Ethically Controversial Decisions during End-of-life Care // *Journal of Medical Ethics*. 2010. Vol. 36. P. 677–683.
- Singer P. A., Viens, A. M. *The Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- The Multi-Society Task Force on PVS. Medical Aspects of the Persistent Vegetative State // *The New England Journal of Medicine*. 1994. Vol. 330. P. 1499–1508.
- The Pontifical Academy of Sciences. *The Signs of Death. The Proceeding of the Working Group 11–12 September 2006*. Scripta Varia 110. Vatican City, 2007.

Human Death or Brain Death? Christian View. Part I. Death Criterion Problem

Hieromonk Damian (Voronov)

MA student of Moscow Theological Academy
Secretary of the Theology Department of Moscow Theological Academy
Holy Trinity-St. Sergius Lavra, Sergiev Posad 141300, Russia
energizerprogrez@gmail.com

For citation: Damian (Voronov), hieromonk. "Human Death or Brain Death? Christian View. Part I. Death Criterion Problem". *Theological Herald*, vol. 32, no. 1, 2019, pp. 102–121. (In Russian) doi: 10.31802/2500-1450-2019-32-102-121

Abstract. From the Christian point of view, the first part of the article considers the question of how to determine the time of a person's death and some issues of the brain's work and diagnostic criteria for completely stopping the biological and physiological processes of the organism's life as the final experience of a person before entering eternity. The article also provides a theological and philosophical understanding of such states as "definitely alive" and "certainly dead", because determining the moment of death of a person due to the achievements of modern medicine has become more difficult than before. The A. examines the history of the issue and, in conclusion, formulates a Christian evaluation of the prospects of the spiritual, moral and social influence of biomedical technologies regarding the life of a 21st century person, which transcends the permissible manipulations with life and death. Determining the criteria for death is an important milestone in the process of solving the difficult philosophical problem of consciousness.

Keywords: ethics, bioethics, medical psychology, meaning of life and death, artificial maintenance of life, criterion of human death, brain function, brain death, stable vegetative state, terminal state, locked-in-syndrome, a zone of uncertainty.

References

- Address to an International Congress of Anesthesiologists. Official Documents. Pope Pius XII. November 24, 1957. www.lifeissues.net/writers/doc/doc_31resuscitation.html.
- Björn, I. "The Anesthetist's Viewpoint on the Treatment of Respiratory Complications in Poliomyelitis During the Epidemic in Copenhagen". *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, vol. 47, 1954, p. 72.
- Blum, A., metropolitan. *Zhizn' i vechnost': 15 besed o smerti i stradanii [Life and Eternity: 15 Conversations About Death and Suffering]*. Moscow: Nikeya, 2017. (In Russian)
- Briukhonenko, S. S., Chechulin, S. I. "Opyty po izolirovaniu golovy sobaki (s demonstratsiei pribora)" ["Experiments on Isolating the Dog's Head (With a Demonstration of the Device)"]. *Trudy II Vsesoiuznogo s"ezda fiziologov [Works of 2nd All-Union Congress of Physiologists]*, Leningrad: Glavnauka, 1926, pp. 289–290. (In Russian)
- Chaudhary, U., Xia, B., Silvoni, S. *Brain-Computer Interface-Based Communication in the Completely Locked-In State*. www.journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1002593.
- Day, E. *Extract from Jean-Dominique Bauby's the Diving Bell and the Butterfly*. www.theguardian.com/film/2008/jan/27/features.review4.
- Denisov, S. *Biomeditsinskaia ètika: praktikum [Biomedical Ethics: Workshop]*. Minsk: MGEHU, 2011. (In Russian)
- Engelhardt, H. *The Foundations of Christian Bioethics*. Exton, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger Publishers, 2000.
- Gusev, E. et al. *Nevrologiia: natsional'noe rukovodstvo [Neurology: National Guidance]*. Moscow: GEHOTAR–Media, 2009. (In Russian)
- Ibsen B. The Anesthetist's Viewpoint on the Treatment of Respiratory Complications in Poliomyelitis During the Epidemic in Copenhagen // *Proceeding of the Royal Society of Medicine*. 1954. Vol. 47. P. 72–74.
- Iron Lung. *1929 Drinker Respirator*. <http://historical.hsl.virginia.edu/ironlung/ironlung/pg4.cfm.html>.
- Ivaniushkin, A. Ia. *Vvedenie v Bioetiku [Introduction to Bioethics]*. Moscow: Progress-Tradicia, 1998. (In Russian)
- Kehmpbell, A. *Meditsinskaia ètika [Medical Ethics]*. Moscow: GEHOTAR–Media, 2010. (In Russian)
- Khrustalev, Iu. M. *Bioetika. Filosofii sokhraneniia zhizni i sbrezheniia zdorov'ia [Bioethics. Philosophy of Preserving Life and Saving Health]*. Moscow: GEHOTAR–Media, 2011. (In Russian)
- Kondrat'ev, V. F. "Pravoslavno-eticheskie aspekty evtanazii" ["Orthodox Ethical Aspects of Euthanasia"]. *Pravoslavie i problemy bioetiki [Orthodoxy and Problems of Bioethics]*. Moscow: COSB, 2017, p. 60–65. (In Russian)
- Laureys, S. *Locked in Syndrome*. www.rarediseases.org/rare-diseases/locked-in-syndrome.
- Mallampalli, A., Guy, E. "Cardiac Arrest in Pregnancy and Somatic Support After Brain Death". *Critical Care Medicine*, vol. 33, 2005, pp. 325–330.

- McRae, D. *A New Heart, a New Era*. www.theguardian.com/society/2006/jun/26/health.southafrica.
- *Every Second Counts: The Race to Transplant the First Human Hear*. London: Simon & Schuster, 2006.
- Mokheb, K. *Mozg Cheloveka. 50 idej, o kotorykh nuzhno znat' [The Brain of Man. 50 Ideas You Need to Know]*. Moscow: Fantom Press, 2015. (In Russian)
- Osnovy sotsial'noj kontseptsii Russkoj Pravoslavnoj Tserkvi [Fundamentals of the Social Concept of the Russian Orthodox Church]*. www.patriarchia.ru/db/text/419128.html. (In Russian)
- Osnovy Ucheniya Russkoj Pravoslavnoj Tserkvi o dostoinstve, svobode i pravakh cheloveka [Fundamentals of the Teaching of the Russian Orthodox Church on the Dignity, Freedom and Human Rights]*. www.patriarchia.ru/db/text/428616.html. (In Russian)
- Post, S. G. *Encyclopedia of Bioethics*. Vol. 3, New York: Macmillan Reference, 2004.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Defining Death: Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1981, pp. 73, 117.
- "Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma". *JAMA*, vol. 205, 1968, pp. 337–340.
- Responses to Questions Presented by His Excellency the Most Reverend William S. Skylstad, President of the United States Conference of Catholic Bishops. 22 Sept. 2018. www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_nota-commento_en.html.
- Sample, I. *Groundbreaking System Allows Locked-in Syndrome Patients to Communicate*. www.theguardian.com/science/2017/jan/31/groundbreaking-system-allows-locked-in-syndrome-patients-to-communicate-als.
- Schiff, N., Rodriguez-Moreno, D. "fMRI Reveals Large-Scale Network Activation in Minimally Conscious Patients". *Neurology*, vol. 64, 2005, pp. 514–523.
- Seale, C. "The Role of Doctors' Religious Faith and Ethnicity in Taking Ethically Controversial Decisions During End-Of-Life Care". *Journal of Medical Ethics*, vol. 36, 2010, pp. 677–683.
- Siluanova, I. V. *Biomeditsinskaia ètika: uchebnik i praktikum dlia akademicheskogo bakalavriata [Biomedical Ethics: A Textbook and a Workshop for Academic Undergraduate]*. Moscow: Iurait, 2016. (In Russian)
- Singer, P. A., Viens, A. M. *The Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- Stepin, V. S. *Novaia filofskaia èntsiklopediia [New Encyclopedia of Philosophy]*. Vol. 3, Moscow: Mysl', 2010. (In Russian)
- "The Multi-Society Task Force on PVS. Medical Aspects of the Persistent Vegetative State". *The New England Journal of Medicine*. Vol. 330, 1994, pp. 1499–1508.
- The Pontifical Academy of Sciences. *The Signs of Death. The Proceeding of the Working Group 11–12 September 2006*. Scripta Varia 110. Vatican City, 2007, p. 217.
- The President's Council on Bioethics*. https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/topics/death_index.html.

- Thomson, H. *Head Transplant Team's New Animal Tests Fail to Convince Critics*. www.newscientist.com/article/2106382-head-transplant-teams-new-animal-tests-fail-to-convince-critics.
- Trebnik. Chast' 1 [Divine Service Book. Part 1]*. Kiev: Kievo-Pecherskaia Lavra, 2009. (In Russian)
- Yashin, D. *Ėksperimenty po ozhivleniiu organizma [Body Revitalization Experiments]*. 1949. www.youtube.com/watch?v=2SWu2CiyZBU. (In Russian)