DOI: 10.15825/1995-1191-2018-4-121-133

ЭТИЧЕСКИЕ АПОРИИ РАЗВИТИЯ ОРГАННОГО ДОНОРСТВА

О.В. Попова

ФГБУН «Институт философии Российской академии наук», Москва, Российская Федерация

Целью статьи является исследование ряда этических и эпистемологических проблем, возникших в последние годы в связи с появлением казусов, вызвавших проблематизацию традиционных подходов к определению и констатации смерти (в частности, казусов, отражающих историю болезни Jahi McMath и Anahita Meshkin), и распространением на Западе таких практик, как «контролируемое донорство» и «донорство после эвтаназии». **Материалы и методы.** В статье использован метод социально-этического анализа и биоэтическая методология case-study. **Результаты.** Дано представление о развитии этического обеспечения практики органного донорства. **Заключение.** Сделан вывод о ярко выраженной либерализации этики органного донорства, характеризующейся диктатом локальной моральной контингентности, лингвистическими манипуляциями с категориями «дара», «вреда», «автономии» и угрозой распространения в системе развития трансплантологии и органного донорства тенденций технологической инструментальности при исходном минимуме этических оснований.

Ключевые слова: смерть, умирание, смерть мозга, контролируемое донорство, донорство после эвтаназии, органное донорство, трансплантология.

ETHICAL APORIA OF ORGAN DONATION DEVELOPMENT

O.V. Popova

Institute of Philosophy of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation

Aim. The Aim of the article is to investigate the ethical and epistemological problems that have arisen in recent years in connection with the emergence of incidents that have caused the problematization of traditional approaches to the definition and ascertainment of death (in particular, cases that reflect the history of Jahi McMath and Anahita Meshkin) and the spread in the West such practices, as «controlled donation» and «donation after euthanasia». **Materials and methods.** The article uses the method of socio-ethical analysis and the bioethical case study methodology. **Results.** The analysis of the development of ethical support for the practice of organ donation is presented. **Conclusion.** The conclusion is made about the pronounced liberalization of the ethics of organ donation, characterized by the dictates of local moral contingency, linguistic manipulations with the categories of «gift», «harm», «autonomy» and the threat of trends in technological instrumentality in the system of development of transplantology and organ donation with the initial minimum of ethical grounds.

Key words: death, dying, brain death, controlled donation, donation after euthanasia, organ donation, transplantology.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящей статье предпринята попытка описать развивающиеся в последние годы тенденции формирования моральных дилемм и казусов, возникающих в процессе развития донорства на основании диагноза «смерть мозга», а также этических проблем трансплантологии, вызванных развитием практики эксплантации органов от доноров с небьющимся сердцем. В отношении последнего направления органного донорства в этическом ключе будут рассмотрены такие распространившиеся на Западе

разновидности, как «контролируемое донорство» и «донорство после эвтаназии».

При этом акцент, с одной стороны, будет сделан на анализе традиционного восприятия органного донорства, связанного с развитием этико-религиозного мировоззрения, с присущими ему особенностями понимания человеческого тела, его границ, а также представлений о смерти и умирании. С другой стороны, речь пойдет о сложившемся в эпоху интенсивного развития технологий, и в частности органного донорства и трансплантологии, особом

Для корреспонденции: Попова Ольга Владимировна. Адрес: 109240, Москва, ул. Гончарная, д. 12, стр. 1. Тел. (903) 515-76-41. E-mail: J-9101980@yandex.ru

For correspondence: Popova Olga Vladimirovna. Address: building 1, 12, Goncharnaya str., Moscow, 109240, Russian Federation. Tel. (903) 515-76-41. E-mail: J-9101980@yandex.ru

рациональном этосе отношения к телу как инструментализируемому медиализированному объекту, которым можно фрагментарно распоряжаться в целях заботы о благе сообщества. С этим связана сформировавшаяся за последние десятилетия и устойчиво развивающаяся этика органного донорства. В данном контексте особый акцент будет сделан на процессе либерализации этики органного донорства, характеризующейся диктатом локальной моральной контингентности, лингвистическими играми с категориями «дара», «вреда», «автономии» и распространением тенденций технологической инструментальности при исходном минимуме этических оснований.

СОЦИАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ КАЗУСА ДЖАХИ МАКМАТ (JANI McMATN)

Сложившаяся на протяжении десятилетий практика органного донорства от пациентов с диагнозом «смерть мозга» коррелирует со столь же длительной историей насыщенных философско-этическими импликациями широких дискуссий об эквивалентности данного диагноза биологической смерти. Кроме того, не утихает полемика о возможности расширительного толкования смерти мозга (перехода от концепции смерти всего мозга к смерти ствола мозга и в наиболее либеральном варианте – смерти высших отделов мозга), а также о необратимости данного состояния в свете участвовавших случаев ошибочной диагностики, появлением многообещающих заявлений о развитии технологий, направленных на регенерацию мозга [1].

В последние годы западное медицинское сообщество и общественное сознание в целом всколыхнул ряд казусов, подвергнувших испытанию общественное доверие к легитимности диагноза «смерть мозга» и вызвавших очередную волну публикаций, способствовавших формированию предпосылок для оценки легитимности диагноза «смерть мозга» и в определенном смысле давших толчок для нового этапа переосмысления смерти.

Он оказался связан с трагичным случаем, произошедшим в одной из американских больниц с 13-летней пациенткой Джахи МакМат. Подробности казуса Джахи МакМат прекрасно раскрыты в американской прессе. Казус также стал эталонным для Википедии и активно обсуждался в многочисленных научных статьях ведущих неврологов, философов и специалистов в области биоэтики.

В 2013 г. Джахи МакМат легла в больницу на плановую операцию по удалению гланд, после которой у нее возникли серьезные осложнения и впоследствии

была констатирована смерть мозга. Мать девочки отрицала смерть дочери, указывая на продолжающееся сердцебиение, и отказалась от отключения ИВЛ. Фактически за этой настойчивостью скрывались определенные мировоззренческие установки религиозного сознания (мать Джахи обозначала свое мнение с позиций веры), подразумевающие особый акцент на кардиоцентризме человеческой жизни и неприкосновенности целостности человеческого тела и т. д. Защита интегративных качеств телесности, ее целостности фактически стала эмпирическим и ценностно-нормативным барьером для приемлемости дефиниции смерти как смерти мозга и в конечном итоге для донорства органов Джахи.

Отстаивая свою позицию, мать Джахи подключает фонд Терри Шиаво¹, занимающийся помощью пациентам при вегетативных и сомнительных в отношении диагноза «смерть мозга» состояниях, поднимает кампанию в прессе, вызвавшую марши протеста с лозунгами «Не дайте ей умереть!» под окнами больницы, требуя через суд независимой экспертизы. Однако назначенные судом эксперты – широкоизвестные в мировом медицинском сообществе Пол Фишер и Пол Бирне лишь подтверждают диагноз, подкрепляя свои исследования данными электроэнцефалографии и ангиографии. После официального объявления смерти в больнице, за которым должно было последовать вскрытие, нанятая родителями девочки реанимационная бригада (оплаченная фондом Терри Шиаво) эвакуирует Джахи МакМат. Девочку переправляют в штат Нью-Джерси – штат, законы которого позволяют игнорировать диагноз «смерть мозга», если он противоречит религиозным убеждениям пациента и его семьи. Здесь в больнице, а впоследствии на съемной квартире, девочка находилась в реанимации. Проведенные повторные исследования с помощью ангиографии и электроэнцефалографии лишь подтвердили смерть мозга.

Поворотным пунктом истории Джахи МакМат стало проведение МРТ в Медицинской школе Рутгерса Нью-Джерси. Сканированием снимков занимался всемирно известный ученый в области нейронаук Каликсто Мачадо (Calixto Machado), президент Кубинского общества клинической нейрофизиологии. Отслеживая случай Джахи МакМат, он обратил внимание на начало менструаций у девушки и сделал предположение о наличии у нее некоторых неврологических функций. Снимки показали практически полное разрушение ствола мозга при сохранности обширных участков коры, отвечающих за сознание. Весной 2015 г. семья подала в суд на калифорнийскую больницу с требованием возмещения мораль-

¹ Фонд, занимающийся проблемами пациентов, находящихся в устойчивом вегетативном состоянии. Назван по имени Т. Шиаво, американской гражданки, длительное время находившейся в вегетативном состоянии и вызвавшей общественный резонанс и политические баталии в США по вопросу о прекращении искусственного поддержания ее жизни.

ного и материального ущерба, предоставив данные МРТ и наблюдений за дочерью, фиксирующих учащение ее сердцебиения в ответ на голос матери. Отчет К. Мачадо был передан в Бюро коронера Аламеда с целью аннулировать свидетельство о смерти с целью возвращения Джахи МакМат в Калифорнию и продолжения там лечения по страховке. Однако коронер отклонил эти просьбы в связи с истечением срока давности дела. Больница настаивала на окончательности диагноза «смерть мозга», который был поставлен еще в 2013 г. Летом 2015 г. судья в Высшем суде округа Аламеда вынес постановление о неопределенном статусе Джахи МакМат, в котором был сделан акцент на необходимости доказательства ее смерти. В ходе запланированного длительного судебного разбирательства предполагалось решить, жива ли девушка.

Дело Джахи МакМат вызвало в США огромный общественный резонанс. Он был связан с подозрением врачей в намеренных злоупотреблениях, особенно в отношении чернокожих пациентов (пациентка была именно такой), вызвавших увеличение отказов родственников от отключения ИВЛ, обвинением трансплантологов в деформации медицины и в целом с развитием угрозы срыва отлаженного функционирования системы органного донорства в США.

Данный кейс выявил принципиальный аксиологический конфликт, заложенный в целом комплексе биомедицинских практик и особенно остро обозначившийся в сфере трансплантологии. Конфликт, заставивший задуматься о существующей развилке между общественным благом (именно оно прежде всего фундирует развитие органного донорства) и ценностями отдельной личности, между возможностями технологического прогресса и ценой, которой расплачивается за него отдельный индивид.

Т. Поп (Thaddeus Pope), эксперт в области биоэтики в Школе права Университета Митчелла Хэмлин, указал на «теневой эффект Джахи МакМат», создавший определенную угрозу системе здравоохранения США и способствовавший обострению этнических конфликтов: произошел рост числа семей, особенно из этнических меньшинств, которые стали подавать в суд, чтобы предотвратить отключение своих родственников от вентиляционной поддержки. Профессиональные медицинское и биоэтическое сообщества также раскололись на два лагеря, занявших диаметрально противоположные позиции по вопросу эквивалентности смерти мозга и биологической смерти, по этическим проблемам развития органного донорства и клинической трансплантологии, а также понимания медицинских стандартов и нормативных практик медицины в эпоху технологического прогресса в целом.

На повестке дня звучали следующие вопросы: каким ценностям должен отдавать приоритет сов-

ременный человек: традиционным или принятым в результате общественного договора? Может ли благо общества и его ценностные установки преобладать над ценностями отдельного индивида? Где проходят границы жизни и смерти? Кому должно принадлежать право констатации смерти в эпоху биотехнологий? Какие методы должны использоваться при констатации смерти, чтобы соответствовать критерию честности и истинности научных и медицинских исследований, и в целом как строить науку с человеческим лицом?

Казус Джахи МакМат также сфокусировал внимание на множестве вопросов современной биоэтики, в частности, связанных с осмыслением представлений о защите неприкосновенности человеческого тела, его интегративных характеристик. Этому способствовала позиция матери девушки.

Поддержка физической интегративности осуществляется различными способами, связанными с сохранением целостности, функциональности или телесной неприкосновенности. В целом защита интегративности человеческого тела в контексте органного донорства может пониматься в связи с охраной неприкосновенности человеческого тела, делающей невозможной любое вмешательство (если только на него не получено соответствующее согласие). В то же время взгляд на защиту интегративности может быть диаметрально противоположным, связанным с поддержкой целостности человеческого тела способом, запрещающим любые деструктивные модификации, вне зависимости от того, получено ли на них согласие [2]. Мать Джахи МакМат, отказываясь от признания диагноза «смерть мозга», фактически отстаивала жесткую позицию по защите интегративности, связанную с запретом инвазивных деструктивных модификаций тела ее дочери. Под это подводилось направленное на защиту целостности человеческого тела религиозное мировоззрение. Речь, очевидно, шла о понимании целостности тела как необходимом инструменте спасения, а также особой значимости человеческого сердца. В качестве отступления необходимо отметить, что для нерелигиозного сознания отказ от донорства связан скорее с психологическим компонентом сознания, с негативными эмоциональными реакциями, такими как страх, дистресс, отвращение, вызванными вторжением в пространство тела, воспринимаемым как осквернение человеческого тела [2].

Окончание истории Джахи МакМат было трагичным, наступила биологическая смерть. Это произошло летом 2018 г. Причиной, указанной в свидетельстве о смерти, стало кровотечение, вызванное печеночной недостаточностью. Таким образом, документы зафиксировали технологический парадокс неоднократной смерти: девушка оказалась двукратно

умершей от различных причин и в разные моменты времени.

Случай Джахи МакМат оказался аналогичен другим случаям, связанным с ошибочной констатацией смерти, вызывавшей судебные разбирательства и диссонанс в общественном сознании в связи с проблематизацией критериев смерти и справедливости осуществляемых медицинских манипуляций.

Так, в казусе о впавшей в кому Анахиты Мешкин (Anahita Meshkin – судебное дело Meshkin vs John Muir Medical Centre) отцу предъявили заключение о смерти мозга его дочери, подписанное четырьмя врачами. Ему было предложено отключить искусственную поддержку. Отец отказал и нанял адвоката, который подал в суд на больницу за отказ от лечения Анахиты. Однако в самом госпитале произошла нестандартная ситуация, когда сразу два невролога обнаружили, что девушка стала реагировать на шипки. Диагноз «смерть мозга» был отозван и продолжено лечение. Более того, госпиталь провел операцию на бедре пациентки, которую отказывался делать по причине смерти мозга.

В этой связи особый интерес представляет высказывание отца дочери: «Это их работа, очистка кроватей, и наша задача – отбиваться» [3]. Оно отлично вскрыло ценностный конфликт, скрытый в клинической практике современной медицины. С одной стороны, он отразил широко распространенную как на Западе, так и в нашей стране убежденность в прагматическом характере современной медицинской практики, ее заточенности на экономии ресурсов, а также в существующем диктате тенденции помощи более перспективным больным. С другой – высказывание демонстрирует особый героический этос, сложившийся благодаря близким пациента, которые в новых технологических условиях, в контексте существующих возможностей спасения жизни отчаянно борются за своих родственников совершенно в новом медико-технологическом и одновременно этическом ключе: отстаивая свое понимание жизни и смерти, прогнозы относительно состояния больного, и в целом свое право быть причастным к управлению событием смерти. Эта ситуация обозначила эпистемологический кризис современной медицины, который прекрасно охарактеризовал американский социолог и футуролог Э. Тоффлер: «...монополия на знания в области медицинских профессий полностью разрушена. И врач уже больше не Бог» [4].

Еще один случай произошел в 2015 г., когда в госпитале в Неваде смерть мозга была признана у Аден Хайлу (Aden Hailu). Местный суд отказал отцу в требовании продолжить искусственную поддержку сына, однако Верховный суд Невады пересмотрел это дело, постановив, что экспертные показания необходимы для определения того, *адекватно ли измеряют стандартные тесты смерти мозга все функции все-*

го мозга. К сожалению, новое слушание не состоялось, поскольку сердце Аден перестало биться [5].

Дело Джахи МакМат, равно как и аналогичные случаи, породило всплеск интереса к проблеме смерти мозга, и в частности, к исследованиям о необходимости уточнения порядка констатации диагноза «смерть мозга», унификации неврологических стандартов, использовании в процессе диагностики новых дополнительных подтверждающих методов. В отношении последних академическая публицистика запестрела различными обескураживающими заголовками статей, например, такими как «Радионуклидное исследование смерти мозга в эру пост-МакМат» [6].

Анализ казуса МакМат позволяет выделить как минимум множество линий проблематизации диагноза смерти. Среди них эпистемологический, и этический, философский, и социокультурный. Все они взаимопереплетены, но все же постараюсь обратить внимание на самые важные.

Во-первых, современное состояние науки в отношении диагностики смерти мозга демонстрирует пример закравшегося научного релятивизма. Критерии диагностики смерти мозга оказываются производными от конкретного опыта, накопленного 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. 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, заложенные в существующие медицинские практики. Концепт смерти мозга парадоксальным образом разместился в контексте проблем трансплантологии, он востребован ее развитием. В этом отношении он отражает прагматический характер научной истины. 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. Современная наука при всем ее стремлении к универсальной истине в фокусе проблемы смерти мозга предстает как социокультурный конструкт, определяемый палитрой национальных стилей решения научных проблем. Вот лишь некоторые примеры: японское общество на законодательном уровне предоставляет самому индивиду признавать или не признавать концепцию смерти

мозга, принята концепция смерти мозга как смерти ствола мозга (Великобритания), идет борьба за принятие концепции смерти мозга как смерти высших отделов мозга. Диагноз «смерть мозга» показателен с точки зрения наложения социокультурных кодов на эмпирию медицинского диагноза, на формирование научной истины. Развитие современной науки связано с заключением определенных конвенций, которые могут пересматриваться со временем. Концепция смерти мозга является такой же конвенцией, разрушение или как минимум новый этап проблематизации которой может произойти совершенно неожиданно в свете прорывов в сфере технологий регенерации мозга, появлением новых возможностей трансплантации органов, смены социальных мировоззренческих установок относительно смерти и умирания и др. факторов.

В то же время критическая эпистемологическая ситуация, связанная с проблемой смерти мозга, вызывает импульсы к унификации представлений о смерти и о процессах жизни и умирания. В последние годы сформировался значительный интерес к разработке наднациональных универсальных критериев смерти мозга.

В этой связи стоит упомянуть инициативу ВОЗ и Трансплантологического общества по разработке единых критериев смерти, диагностических стандартов и созданию руководящих принципов в этой области. 30–31 мая 2012 года в Монреале, Канада, совместно с ВОЗ был организован форум «Международные руководящие принципы для констатации смерти». Участники форума поддержали отход от таких анатомических терминов, как смерть мозга или кардиологическая смерть, то есть от понятий, которые фиксируются не на смерти в целом, а на смерти конкретного органа. Таким образом, особое внимание было уделено лингвистическому модусу конструирования определения смерти, использованию в руководящих документах таких терминов, которые бы исключали у потенциальных доноров и их близких возможность сомнений в легитимности смерти, в ее полноте. По итогам проведения форума было выработано следующее определение смерти: «Смерть наступает, когда наблюдается необратимая утрата способности к сознанию и утрата всех функций ствола мозга. Это может быть результатом необратимого прекращения кровообращения и/или следствием катастрофического повреждения головного мозга. В контексте определения смерти «необратимый» означает потерю функции, которая не может возобновиться стихийно и не будет восстановлена посредством вмешательства» [7].

Интересно, что участники форума, несмотря на ригористичное требование унификации критериев, отошли от «полной» смерти мозга (отталкивающейся от необратимого прекращения функций всего мозга,

включая ствол), остановившись на концепции смерти мозга как смерти ствола мозга. По сравнению с гарвардскими критериями это более либеральный, «мягкий» вариант дефиниции смерти. Кроме того, упомянутый лингвистический модус определения смерти, связанный с отказом от таких анатомических терминов, как «смерть мозга» или «кардиологическая смерть», тоже представляет собой смягченный, более нейтральный по смыслу и эмоциональной нагрузке вариант дефиниции смерти.

Во-вторых, казус Джахи МакМат артикулировал проблему влияния философского и социокультурного фактора на формы обращения с человеческим телом и формирование алгоритмов морального поведения в отношении индивида и общества.

Стоит подчеркнуть, что каждая культура подразумевает наличие своего заданного канона телесности, устанавливающего связанное с проявлениями телесности должное поведение и запрещенные, считающиеся аморальными действия. Собственно ощущение себя в теле, чувство собственного тела оказываются неотъемлемыми от культурно-исторических конвенциональностей, осуществляющих моральную канонизацию телесности (представление о теле дается нам в горизонте исторического выбора, уже совершенного за нас). При этом любое новое знание, каждый новый дискурс о теле – это возможность раскрыть телесность с новой стороны, а также получить возможность использовать это знание, тем самым объективируя телесность и осуществляя власть над ней. И в этом контексте рассуждений казус Джахи МакМат продемонстрировал столкновение развитого технологического дискурса о донорстве (с характерным для него восприятием человеческого тела в объективистском, инструментализаторском контексте и существующим предпониманием правильного (дозволенного) и неправильного (недозволенного) использования человеческого тела) и философско-религиозных архетипов, апеллирующих к традиционным представлениям о смерти и умирании, холистическому представлению о человеческом теле, подчиняющемся лейтмотиву о его значимости для спасения человека.

Таким образом, казус оказывается интересен прежде всего артикуляцией существующего мировоззренческого конфликта между традиционализмом и технологическим этосом и связанной с ним этикой, сформированными в процессе развития современной трансплантологии.

Технологический этос, с характерной для него инструментализацией тела индивида и восприятием его частей в качестве запасных деталей человеческой машины, противостоит параллельно существующему и вытесняемому на периферию традиционному холистическому религиозному восприятию таких антропологических констант, как жизнь, страдание

и смерть. В рамках последнего тело может восприниматься как сакральный объект, по отношению к которому любые манипуляции требуют отдельного акта принятия и одобрения, легитимизации в пространстве санкционированных религией и индивидуальным восприятием религии отдельным человеком.

Технологический этос, связанный с констатацией смерти мозга, здесь зачастую терпит фиаско, нарушая обыденную кардиоцентрическую установку философско-религиозного сознания. Он бросает вызов естественной позиции обычного человека, с присущей ей психологической установкой *prima facie* («на первый взгляд») – естественной человеческой реакцией отрицания смерти при взгляде пускай на поддерживаемое искусственным путем, но дышащее тело. И как сциентистки ориентированное сознание видит за смертью мозга смерть человека, точно так же религиозно мыслящий человек (или человек с обыденным неотрефлексированным восприятием) за продолжающейся жизнью сердца также может увидеть жизнь человека. Традиционное восприятие смерти противостоит технологическому как более либеральному, игнорирующему фундированные в религиозном опыте индивидуальные смысловые константы.

В то же время, как будет продемонстрировано ниже, для существующего технологического этоса, сопровождающего развитие органного донорства, характерна ценностная дивергенция. Во главе угла могут оказаться совершенно разные ценности: либо баланс прав донора и реципиента, с устойчивым соблюдением права мертвого донора, либо в либеральном ключе максимально выраженное право донора на распоряжение собственным телом, с вытекающей возможностью органного донорства после эвтаназии (то есть от живого, но испытывающего страдания пациента, выражающего желание стать донором).

В целом этика органного донорства в современном мире фундирована на сложной системе ценностей, вступающих в конфликт друг с другом и выстраивающих локальные культурно специфичные системы норм и стандартов обращения с человеческим телом. Кроме того, ее формирование находится под влиянием либерализации этических нормативов, направленной на расширение пула донорства за счет диктата принципа автономии донора.

Также необходимо отметить, что казус Джахи МакМат помимо всех обозначенных выше проблем, обостряющих проблему легитимности диагноза «смерть мозга» и экспликацию его социокультурной составляющей, косвенно провоцирует интерес к альтернативной модели донорства – донорству от пациентов с необратимой остановкой сердца. Немаловажным обстоятельством здесь становится то, что «даже либерализация критериев смерти мозга, как это происходит в ряде стран, не может привести к

такому состоянию, когда число доноров с установленным диагнозом будет достаточным для того, чтобы спасти или улучшить жизнь всем нуждающимся в трансплантации того или иного органа» [8]. В целом число пациентов с диагнозом «смерть мозга» сравнительно невелико, например, в Европе не превышает 8% [9, 10]. Кроме того, развитие экстренной нейрохирургической и неврологической помощи снижает и эти показатели. К этому добавляется детерминация негативного восприятия современного донорства существующими социокультурными архетипами, как это и показал случай Джахи МакМат.

И если казус Джахи МакМат демонстрировал противостояние новому и либеральному для 70-х гг. XX в. определению смерти (как смерти мозга) и фактически новому пониманию человека, то предлагаемый ниже анализ практики «контролируемого донорства» и его самой либеральной разновидности, «донорства после эвтаназии», демонстрирует консервативный характер этого «нового», предлагая еще более либеральные варианты понимания смерти, новые лики конечности.

«КОНТРОЛИРУЕМОЕ» ДОНОРСТВО

Этическая проблематизация практики донорства органов после необратимой остановки сердца прежде всего связана с так называемым контролируемым донорством. Под ним понимается донорство органов с запланированным отключением жизнеподдерживающего лечения у считающихся безнадежными больных, вызывающим последующую остановку кровообращения. То есть речь идет о клинической ситуации, когда остановка кровообращения у потенциального донора ожидаема, контролируема и интенционально создана искусственным путем. Основные этические проблемы данного направления органного донорства в достаточной мере эксплицированы в современной западной литературе. В меньшей степени они освещаются в отечественных научных публикациях. С одной стороны, это связано с отсутствием такой формы донорства в нашей стране, с другой – с распространением в системе органного донорства и трансплантологии более жестких этических стандартов. Что касается последнего, то российская ситуация своеобразна тем, что ее, в силу отсутствия такой практики, как контролируемое донорство (в гипертрофированной форме принимающее вид «донорства после эвтаназии»), в определенном смысле еще не коснулась подавляющая здравый смысл защита прав реципиента в ущерб защите прав донорства (если только исключить из рассмотрения легитимность принципа презумпции согласия на изъятие органов – но это предмет отдельного исследования).

Как правило, артикуляция этических проблем контролируемого донорства вскрывает более общие

мировоззренческие вопросы, связанные с проблематизацией таких понятий, как «время смерти», «необратимость смерти» и «инструментализация смерти». Кроме того, этически значимым является коммуникативный вектор, связанный с наличием различных интересов и столкновением ценностей и мировоззрения у лиц, имеющих отношение к практикам органного донорства и трансплантации. Удачной выглядит классификация этических проблем, предложенная S. Bastami [11], включающая различные этические аспекты и определенные вызовы, исходящие от практики контролируемого донорства:

- 1) подходящая форма согласия суррогатных лиц, принимающих решения в отношении доноров с необратимой остановкой сердца;
- 2) потенциальный конфликт интересов;
- 3) место смерти с соответствующей нагрузкой на семью и медицинский персонал;
- 4) премортальные меры во благо реципиента и адекватная форма согласия;
- 5) влияние на медицинский уход в конце жизни;
- 6) правило мертвого донора – адекватный период отсрочки после асистолии (достоверность смерти).

Среди перечисленных выше аспектов, пожалуй, наиболее обсуждаемыми в философско-биоэтическом дискурсе являются проблемы необратимости смерти и переосмысление правила мертвого донора.

Страх перед преждевременной смертью характерен для разных эпох. Однако для современного человека, пожалуй, одной из наиболее ярко выраженных фобий является фобия умирания в искусственных технологических условиях, среди медицинской машинерии. В контексте медиализированной формы смерти фигура врача зачастую выглядит устрашающей. Ему предоставлена не до конца понятная миссия манипулятора временем смерти. Цели манипулирования выглядят вполне гуманными, но в то же время и вполне прагматическими. Увеличение пула донорских органов, снижение затрат на пребывание в реанимационных отделениях, экономия на поддержке бесперспективных пациентов – здесь экономная экономика и минимализм морали оказываются тесно переплетенными и не всегда различимыми.

В целом контролируемое донорство неотъемлемо связано с возможностью осуществления прагматического контроля процесса умирания. Как отмечает О.Н. Резник, у этой категории доноров «изъятие органов начинается в планируемый срок, то есть очевидным является факт управления медицинским персоналом моментом наступления смерти – в целом такой процесс можно было бы назвать *«процессом отключения от жизни»*» [8].

Фактически в ситуации контролируемого донорства происходит вмешательство «непосредственно в процесс умирания, предвосхищая окончательное событие с целью удаления потенциально жизне-

способных органов для донорства» [12]. Странная, необоснованная манипуляция временем умирания и наблюдения за приближающейся смертью выливается в недоверие к врачебному сообществу и к научным конвенциям в целом, искажающим восприятие смерти здравым смыслом. Период, дающийся на возвращение к жизни, произволен и может длиться от 1 минуты до 30 минут и больше в различных странах мира. Такого рода смерть, имеющая отношение к донорству органов, подразумевает манипуляцию временем и разрушает критерий необратимости, который следует понимать как неспособность обратить вспять факт остановки сердца, но никак не предварительное решение о ее отмене [13].

С понятием «необратимость» связаны определенные лингвистические манипуляции, подобные тем, которые были рассмотрены выше в отношении эвфемизмов, использующихся в дискурсивном поле проблемы смерти мозга. Речь идет о специально введенном понятии «постоянная утрата функции», заменяющем «необратимую утрату функции», предложенном Бернатом [14]. Под постоянной утратой функции подразумевается отсутствие возможности как спонтанного восстановления функции, так и восстановления в результате медицинского вмешательства, поскольку врачи приняли решение о том, что не будут предпринимать усилий для реанимации пациента. В отличие от постоянной утраты функции необратимая утрата функции отражает абсолютность и подразумевает невозможность, которая не зависит от намерения или действия (здесь нет решения врача, то есть интенционального акта, намерений и действия, приводящих в конечном счете к смерти). Все функции, которые необратимо утрачены, также утрачены постоянно (но не наоборот) и в определениях смерти доноров с небиющим сердцем, функции, которые утрачены постоянно, быстро и неизбежно будут утрачены необратимо.

Казалось бы, коннотации, связанные с лингвистическими играми вокруг проблем необратимости и постоянства (устойчивости), носят исключительно философский смысл. Однако здесь невозможно обойти вниманием влияние мировоззренческого фактора на формирование практики и прагматики действия. В научные понятия оказываются вплетены ценности, отражающие цели заказчика. Причем такие ценности, которые оказываются еще и экономически целесообразными.

Так, формулировка, включающая постоянство (устойчивость), была принята Национальной конференцией по донорству после кардиологической смерти (США). Основанием для принятия этой формулировки, направленной на утверждение необратимой остановки кровообращения, стало указание на то, что кровообращение не возобновится спонтанно и кровообращение не будет восстановлено на медицински и

этически обоснованных основаниях. Необратимость была признана постоянным прекращением функций в течение соответствующего периода наблюдения. Такого рода необратимость еще и выгодна (хотя фактор экономической целесообразности оттеняется сконструированным этизированным дискурсом). В более широком мировоззренческом плане этический хаос с категориями «устойчивости» (постоянства) – «необратимости» раскрывает специфику применения моральных оценок в медицине.

В целом императив «не умри» – «во всяком случае, умри не как угодно, а только с дозволения закона и медицины» [15] 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), фиксирующих момент наступления смерти, факт смерти как таковой, занятых научным конструированием смерти.

Донорство от пациентов с диагнозом «смерть мозга», который вызывает противоречивые коннотации в отношении его эквивалентности биологической смерти при взгляде на живое (пускай и поддерживаемое аппаратурой) человеческое тело, и равным образом контролируемое донорство органов после остановки сердца, когда необратимость состояния путается с решением не пытаться вмешаться в процесс остановки сердца, зачастую рассматриваются как моральные фикции [16]. Они хотя и созданы с исключительно гуманными целями, все же не могут существовать без определенного консенсуса внутри научного сообщества, зачастую локального и варьирующегося от одной клинической школы к другой. И в этой связи их этико-аксиологическая оценка является профессиональной задачей медицинского и биоэтического сообществ, позволяющая дать понимание разницы между практиками помощи пациентам и медицинскими практиками ассистированного убийства/самоубийства.

T. Dagі и R. Kaufman отмечают: «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, образованы 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» [17]. T. Dagі и R. Kaufman прежде всего оценивали таким образом развитие концепции смерти мозга. Здесь в центре дебатов всегда фигурирует вопрос, кого мы должны считать мертвым, а не кто является мертвым [17]. Такого рода вопросы оказываются уместны и в модели контролируемого донорства. Для него характерна

следующая морально-психологическая установка: «вместо того, чтобы заключить, что изъятие органа допустимо, поскольку донор умер, люди могут полагать, что донор умер, потому что они считают, что изъятие органов допустимо» [18].

Формирование этически релевантного ответа на социокультурную относительность и ярко выраженный прагматизм, заложенный в существующие версии понимания смерти, выражается в поиске такой ее дефиниции, которая могла бы обеспечить защиту прав пациента. Интересным подходом в этом отношении выглядит консервативная позиция ведущего немецкого этика Г. Йонаса. Впервые он выразил ее по отношению к концепции смерти мозга в сентябре 1968 г. на конференции «Этические аспекты исследований на человеке». Г. Йонас дал своего рода ответ на публикацию Гарвардской комиссии относительно исследования дефиниции смерти мозга. Г. Йонас отметил, что ни одна дефиниция смерти не должна определяться палачом: «Человек имеет право на свое собственное тело со всеми своими органами. Логическим следствием нашего незнания должно стать принятие максимальной дефиниции (лучше сказать: определения признаков) смерти, т. е. смерть человека – это смерть мозга плюс кардиологическая смерть плюс те признаки, которые являются значимыми» [19].

Данный подход может выглядеть несколько наивным перед перспективами динамичного развития клинической трансплантологии. Однако аргумент Г. Йонаса, как и перечисленные выше аргументы противников стандартной дефиниции смерти мозга, указывают прежде всего на дефицит концептуальных обобщений в медицине и необходимость формирования особой этической бдительности и чуткости даже по отношению к практикам, ставшим уже рутинными.

Стремление к максимальному сочетанию различных признаков и выбору наиболее жестких критериев смерти – достаточно редкое явление в современной трансплантологии, во многом обусловленное установкой на расширение пула доноров. В то же время среди существующих клинических практик, даже если вести речь о таком либеральном варианте, как контролируемое донорство, выделяются те, которые пытаются совместить различные способы подтверждения смерти. Например, в Швейцарии «врачи ждут в течение 10 минут, не осуществляя реанимационные меры после остановки сердца, а затем клинически диагностируют смерть мозга, вторичную по отношению к остановке сердца.

Это связано, возможно, не столько с этическими установками, сколько с существующей буквой закона: смерть человека определяется как смерть мозга в Законе о трансплантации (статья 9 TxC, (Schweizerische Eidgenossenschaft 2004)). Только после диагнос-

тики смерти мозга могут быть извлечены органы. Донорство после кардиологической смерти в Швейцарии всегда означает донорство после остановки кардиокрекуляции с вторичной смертью головного мозга» [11]. Здесь наблюдается интересная ситуация обеспечения этического максимализма в процессе констатации смерти при исходной слабости, этическом минимализме оснований, обеспечивающих отказ от жизнеподдерживающего лечения как главной предпосылке контролируемого донорства. То есть оснований, интенционально связанных с целенаправленным невмешательством в процесс умирания и оказания медицинской помощи.

ДОНОРСТВО ПОСЛЕ ЭВТАНАЗИИ

Особым направлением контролируемого донорства, вызывающим этическую рефлексию в последние годы, является так называемое донорство после эвтаназии. Речь идет о практике получения органов от считающихся неизлечимыми потенциальных доноров-пациентов, не дожидаясь наступления у них смерти. Эта опция становится возможной при использовании анестезии и медикаментозного «выключения» сознания донора.

Понятие «донорство после эвтаназии» впервые предложили Д. Уилкинсон (Dominic Wilkinson) и Дж. Савулеску (Julian Savulescu) [20]. Их точка зрения фактически отражает введенную в медицинский контекст утилитаристскую позицию, раскрывающую принцип наибольшего счастья (наибольшего количества доступных органов) для наибольшего числа людей (реципиентов): «Почему хирурги должны ждать, пока пациент не умрет в результате отмены продвинутой системы жизнеобеспечения или даже простого продлевающего жизнь лечения? Альтернативой было бы обезболивание пациента и удаление органов, включая сердце и легкие. Смерть мозга последует за удалением сердца... Если бы существовал тщательный и надлежащий процесс отбора, ни один пациент не умер бы, если бы только не умер другим способом» [20].

Как отмечает У. Глэннон, один из убежденных апологетов донорства после эвтаназии, моральную значимость при донорстве органов имеют не смерть, а условия, которые связаны с получением донорских органов, и прежде всего интересы самого донора [21]. При этом их направленность может быть не связана с самосохранением, а подразумевать инструментальное распоряжение своей жизнью и телом как ее воплощение ради блага другого человека (посредством пожертвования органов). В этом случае, поскольку на первый план выдвигается волеизъявление донора о вопросах его жизни и смерти, на второй уходят этические критерии, позволяющие провести четкие границы между оказанием медицин-

ской помощи, убийством и самоубийством. Главной становится воля пациента и его представления о допустимом-недопустимом вмешательстве в его тело и распоряжении им. Врач фактически становится заложником автономии донора, его представлений о жизни и смерти. Кроме того, врач выступает медиатором технологических возможностей современной медицины и лицом, способным чудодейственным образом перезапускать процессы жизни и смерти. В этом контексте отдельного исследования и обсуждения требуют этические проблемы использования метода экстракорпоральной мембранной оксигенации для поддержания необходимого качества донорских органов. По мнению У. Глэннона, использование этого метода «для поддержания перфузии органов нарушает неврологический критерий смерти всего мозга... ЕСМО может восстановить мозговые функции и продемонстрировать, что то, что считалось необратимым прекращением этих функций, в конце концов не является необратимым» [21]. Обоснование возможности эксплантации сердца у контролируемых доноров с использованием метода нормотермической перфузии приводит к парадоксальной этически сомнительной клинической практике, ставящей под сомнение незыблемое правило мертвого донора. В целом для дискурса, формирующегося в связи с этой темой, характерны высказывания, ошеломляющие своей кажущейся этической наивностью при максимально выраженной артикуляции технологических возможностей. Вот конкретные примеры: «При нормотермической региональной перфузии мозговое кровообращение прерывается зажатием безымянной и сонной артерий для устранения теоретического восстановления активности мозга после реанимации» [16] и «Реперфузии головного мозга можно было избежать, вставив в аорту окклюзионный баллонный катетер» [21].

И еще: «Осуществляя реперфузию мозга и тем самым предотвращая разрушение мозга, ЕСМО может прервать неизбежное прогрессирование от постоянной потери циркуляции и дыхания к необратимой утрате. Восстановление мозгового кровообращения также повышает вероятность сохранения донорского сознания и последующего потенциала для страданий» [21]. Возвращение сознания рассматривается как своего рода досадное препятствие, которое легко можно устранить технологическим путем, ориентируясь при этом на кажущееся достаточным этическое основание: автономную волю пациента и его информированное согласие на распоряжение его органами.

В этой связи вполне закономерным выглядит замечание У. Глэннона о том, что «устойчивая или необратимая утрата неврологической способности к сознанию не является вопросом исключительно функций мозга, но на него могут влиять решения врачей о том, осуществлять ли вмешательство, ко-

торое способно повлиять на функцию мозга» [21]. Потенциал способности сознания в критической клинической ситуации оказывается фундирован на неявных этико-коммуникативных и технологических предпосылках. Не в меньшей степени и на экономических, поскольку использование ЕСМО представляется чрезвычайно дорогостоящей процедурой.

В контексте дискуссии о донорстве после эвтаназии разбивается также темпоральный аргумент. У. Глэннон отмечает, что возможное нанесение ущерба потенциальному донору не зависит от времени объявления смерти (то есть периода ожидания после асистолии), но находится в зависимости от того, сохраняет ли потенциальный донор способность к восстановлению после черепно-мозговой травмы или остановки сердца и способность к сознанию, обеспечивающую переживание боли и страданий во время забора органов. Если у человека нет этих возможностей, то пострадать от забора органов он не может [21]. Поскольку способность к осознанию может быть включена или исключена медицинскими вмешательствами она, по мнению У. Глэннона, связана не только с функциями мозга или кровообращением и фактически уже является объектом манипуляций. У. Глэннон предлагает усилить манипулятивную составляющую, снизив этический порог, позволяющий проводить эксплантацию органов. Так, протоколы, касающиеся доноров с небьющимся сердцем (утратой циркуляции), «могут приводить к тепловой ишемии органов и повреждению органов с целью трансплантации. *«Изъятие органов ранее, чем разрешено в этих протоколах, сможет уменьшить заболеваемость ишемией и привести к большему количеству трансплантируемых органов. Изъятие органов должно проводиться таким образом, чтобы защитить доноров от вреда»* [21].

Действительно, время ожидания может нанести вред пациентам, вызывая ишемию и нивелируя их интерес к донорству жизнеспособных органов». Такого рода аргументация представляется этически несостоятельной, поскольку подобные действия могут нанести вред и тем, кто предпочел бы, чтобы к нему применялись все необходимые меры спасения в необходимый для этого промежуток времени. Кроме того, она подрывает фундаментальные аксиологические основания, ценность жизни как таковой, делая ставку на интенциональный акт (намерение донора и врача), но не на сохранение жизни донора.

В качестве некоторого отступления отмечу, что либеральные этические суждения, формирующие представление о смерти в контексте развития донорства органов, отсылают в область этико-технологического замешательства, связанного с появлением целого ряда этических проблем, вызванных интенсивным развитием технологий. Этот род замешательства может быть охарактеризован как морально-

технологический манипулятивизм при минимализме этических оснований. Он проник в различные области современных биотехнологий.

Так, в 2004 г. возникла методика «переноса измененного ядра» (altered nuclear transfer, ANT). Методика предполагала деактивацию гена, отвечающего за формирование плаценты, в ядре соматической клетки перед передачей его в лишённую ядра яйцеклетку (соматическая клетка заражалась вирусом, который блокировал действие гена и делал невозможным имплантацию эмбриона в матку). Тем самым ликвидировалась сама возможность дальнейшего развития эмбриона. Развития, которое способствовало его превращению в человеческое существо, то есть наделяло эмбрион человеческими чертами. Деактивация гена приводила к деформации эмбриона, который больше не мог развиваться в человека и был похож скорее на клеточную культуру, а не на потенциальное человеческое существо.

Возвращаясь к практическим мерам, позволяющим исключить возможность теоретического восстановления активности мозга после реанимации, можно обратить внимание на их схожесть: ученые осуществляют искусное манипулирование моральной аргументацией, как бы обеспечивая необходимый минимум морали для оправдания своей практики перед морально сенсibilизированным обществом, заслоняя сконструированный аморальный посыл, лежащий в ее основании.

И аналогично тому, как упомянутый эмбрион не сможет развиваться в человека благодаря подчиненным прагматическим целям ученого техническим манипуляциям, позволяющим использовать его как биоматериал, так и потенциальный донор, подвергнутый нормотермической перфузии с заблокированной техническими средствами потенциалом восстановления сознания становится средством влияния власти «технэ» – конвергентных усилий знания, технического мастерства и инструментализируемой подогнанной под задачи ученых этики. Очень точно описали парадоксальную ситуацию моральных игр в усложняющемся технологическом мире Н. Nowotny и G. Testa: «Открытия и изобретения, сделанные в лабораториях ... все сильнее оказываются в позиции, когда они несут двойной сертификат происхождения – научный и моральный... Заведенные в тупик моральные или религиозные взгляды на ценность человеческой жизни и на определение ее начала продиктовало создание биотехнологического артефакта – «человеческого творения в человеческих целях»... Биотехнологическое существо возникло в соответствии с заказом, чтобы осуществлять медиацию между религиозными убеждениями и давлением на научные и технологические инновации» [22]. Однако совершенно такая же ситуация возникает в связи с неопределенностью, существующей в контексте определения конца чело-

веческой жизни, манипуляций с человеческим телом, связанных с развитием органного донорства.

Загнанный в тупик моральных стандартов о необходимости жертвы (донорства) современный человек готов переступить через такие, казалось бы, незыблемые этические аксиомы, как ценность собственно человеческой жизни, или технологически преодолевать фундирующий медицину принцип «не навреди». Здесь один этический принцип устанавливает диктатуру над другими на мнимых легитимных основаниях.

В целом практика эвтаназии с целью донорства, как и совершение акта эвтаназии в других медицинских ситуациях, основана на фундаментальной онтологической претензии современного человека, посягающего на автономное управление событием собственной смерти. Акт эвтаназии представляет собой и результат детерминации человека его собственной аффективной природой, аффективной составляющей страдания и боли (не предотвращаемых медицинскими технологиями), и плод социокультурного влияния, порождения соответствующих культурных стандартов, помогающих человеку умереть, ощущая при этом свое достоинство, не утрачивая представления о себе как об автономном существе.

Жизнь, соответствующая человеческому достоинству, – понятие, введенное Дж. Локком, появляется у него в произведении «Два трактата о правлении» в том смысле, что человек, стремясь к обеспечению себя жизненными благами, выступает как зависимое от других людей существо. Современный либерализм помещает локковское понятие в новый контекст, оправдывая человеческое стремление умереть, если он в своем образе жизни (сопровождающемся физическими страданиями) не находит соответствия понятию достойной жизни как жизни, качественно наполненной. При этом тот образ человеческого существа, который возникает на горизонте биоэтического знания, обрисовывается двумя важнейшими характеристиками субъекта как властвующего (над собой) и потому достойным образом представленного в глазах человечества и безвластного (утерявшего контроль над собой). Для биоэтических ситуаций познание себя лишь в качестве страдающего тела вызывает бифуркацию, слом в самопонимании самого субъекта. Это осознание тупика собственного развития, которое изначально связано с представлениями о себе как существе, выдвигающем и реализующем определенные проекты, спроецированном в будущее своей деятельностью. Также в этой связи следует обратить внимание на основополагающий обобщающий тип самоидентификации европейского субъекта, регулируемый идеей автономной личности. Модель автономного субъекта нередко становится единственно возможным способом детерминации принятия решения (в том числе, когда дело касает-

ся продолжения или прекращения существования). Данная модель реализуется в рационалистической парадигме деятельности, в рамках которой происходит приписывание действующему субъекту таких характеристик, как способность к целенаправленному действию, способность владения своим телом и автономии по отношению к окружающим людям и вообще к окружающей среде. При принятии решения о совершении эвтаназии субъект зачастую действует не от своего имени, а реализует культурную парадигму либеральной автономии, предлагаемый инвариант свободы, тем самым как бы снимая с себя ответственность за совершение своего поступка.

При этом, что касается донорства после эвтаназии, здесь идея автономного распоряжения собственным телом органично соединяется с идеей дара, ценностью дарения и помощи ближнему. Такого рода конвергенция вызывает легитимизирующий эффект идеи свободного распоряжения своим телом в целях оказания медицинской помощи. Размещенная в этическом пространстве идеи созависимости и дара идея автономии оказывается социально приемлемой и привлекательной.

Сторонники донорства после эвтаназии обращают внимание на соблюдение необходимого баланса между рисками и выгодами такой практики, склоняясь к выводу, что она может быть уместна не только в связи с тем, что ориентирована на максимизацию блага реципиента, но и потому, что недопущение такой практики как бы искажает идею автономии и донорства, не давая возможности безнадежно больному пациенту реализовать волю относительного распоряжения органами своего тела наилучшим способом, обеспечивая необходимую сохранность донорских органов. В таком контексте рассуждений отказ от практики органного донорства после эвтаназии выглядит как нанесение вреда [21].

Парадоксален в связи с размышлениями о телочентричной автономии статус мертвого тела, чья автономия была засвидетельствована при жизни: такое мертвое тело, представляя собой неживую материю, тем не менее зачастую обретает больший онтологический смысл для человека, чем тело живое. Тождество автономной личности при этом как бы темпорально переносится за пространственно-темпоральные формы, конституирующие границы самой личности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обращение с мертвым телом порой подлежит большему нормативному регулированию и вызывает больше вопросов этического порядка, чем тело, в котором еще теплится жизнь. Благоговейное отношение к мертвому телу позволяет утверждать специфический статус мертвого тела, относительно

которого существует «иллюзия все еще длящейся жизни – чувство, что целостность мертвого тела должна поддерживаться, словно умерший продолжает считаться живым человеком»; потребность уважать умершего рассматривается в таком случае как способ выразить уважение к тому, кто когда-то был живым [23].

Рассмотренный выше казус Джахи МакМат показывает, что технологический этос современной медицины с характерными для него чертами обращения с мертвым телом в сфере трансплантологии и органного донорства всегда будет наталкиваться на психологическое сопротивление, отражающее фундированную на религиозных предпосылках веру в холистическое понимание человека.

В эпоху развития трансплантологии мертвое тело рассматривается фактически по-картезиански: из него при констатации смерти мозга забирают детали (органы), как из поломанной машины. Однако следует обратить внимание также на то, что в современном мире не до конца изжито и сакральное отношение к мертвому телу (особенно в западных культурах). И это обстоятельство заставляет оценивать его в этико-аксиологическом, а не только технологически-инструментальном контексте. В этой связи актуальным становится различие внутренней ценности мертвого тела и его инструментальной ценности, предложенное А. Кэмпбеллом. Постулат внутренней ценности трупа предполагает такое отношение к личности, которое основано на ее неразделимости с телом. В этом случае самоценность живого человека присваивается мертвому телу. Об инструментальной ценности трупа речь идет тогда, когда мертвое тело рассматривается как источник воспоминаний, в этом случае предполагается уважительное отношение к телу, но в то же время труп может быть использован для какой-либо прагматической цели (например, для пересадки органов).

Какие нравственные ценности связаны с контекстом рассуждений о мертвом теле? Либеральная этическая традиция выдвигает принцип автономии, который предполагает свободное решение каждого человека относительно нахождения его тела после смерти, независимо от социальных потребностей и общественных интересов. В то же время принцип автономии зачастую противоречит интересам членов семьи, которые могут аннулировать волю покойного или выразить за него эту волю (как и произошло в случае с Джахи МакМат).

Кроме того, либерализация практики органного донорства, породившая феномен контролируемого донорства, квинтэссенцией которого выступило донорство после эвтаназии, приводит к столкновению различных моральных принципов: сохранения (продлонгирования) жизни и соблюдения интересов

умирающего (отказывающегося от нее в пользу другого), интересов семьи и автономной воли пациента.

Современное развитие трансплантологии и органного донорства сталкивается с трехступенчатой системой концептуальных противоречий, основанной на сосуществовании и активном взаимодействии таких неотъемлемых составляющих современной жизни (оказывающих влияние также и на современную медицину), как традиционные верования, технологический этос и либерализация критериев смерти и умирания. Такого рода взаимодействие нередко приводит к конфликту традиционализма и технологического этоса, конфликту между воплощенным в конкретных ситуациях технологическим этосом в его классическом, консервативном варианте и либеральной его формы (что было показано на примере развития практик контролируемого донорства, в частности, донорства после эвтаназии).

Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РНФ, № 17-18-01444.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Смерти вопреки: запущен проект по регенерации мертвого мозга [Интернет] [Дата обращения – 01.10.2018]. Режим доступа: https://www.bbc.com/russian/science/2016/05/160522_brain_dead_research. Smerti vopreki: zapushchen proyekt po regeneratsii mertvogo mozga [Internet] [cited 2018 Oct. 1]. Available from: https://www.bbc.com/russian/science/2016/05/160522_brain_dead_research.
2. Viens AM. Bodily Integrity as a Barrier to Organ Donation. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine. Vol. 59.
3. Meshkin v. John Muir Medical Centre // http://thaddeuspope.com/images/Meshkin_v_Muir_Medical_Centra_Costa_April_2015_.pdf.
4. Тoffлер Э. Метаморфозы власти. Знание, богатство и сила на пороге XXI века [Интернет] [Дата обращения – 01.10.2018]. Режим доступа: http://rumagic.com/ru_zar/sci_philosophy/toffler/2/j287.html. Toffler E. Metamorfozy vlasti. Znaniye, bogatstvo i sila na poroge XXI veka [Internet] [cited 2018 Oct. 1]. Available from: http://rumagic.com/ru_zar/sci_philosophy/toffler/2/j287.html.
5. The contested Death of Aden Hailu. – <https://www.rgj.com/story/news/2016/03/25/contested-death-aden-hailu/82269006/>
6. Zuckier LS. Radionuclide Evaluation of Brain Death in the Post-McMath Era. *J Nucl Med*. 2016 Oct; 57 (10): 1560–1568.
7. International Guidelines for the Determination of Death – Phase I. May 30–31, 2012 Montreal Forum Report, October 2012. <http://www.who.int/patientsafety/montreal-forum-report.pdf>. P. 31.
8. Резник ОН, Скворцов АЕ, Попова ОВ. Этическая проблематика донорства органов при необратимой остановке сердца. *Вестник трансплантологии и ис-*

- кусственных органов. 2018; 20 (3): 116–125. <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2018-3-116-125>. Reznik ON, Skvortcov AE, Popova OV. Ethical issues of organ donation after cardiac death. *Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs*. 2018; 20 (3): 116–125. (In Russ.). <https://doi.org/10.15825/1995-1191-2018-3-116-125>.
9. Wijdevicks EFM. Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*. 2002; 58 (1): 20–25.
10. Shemie SD, Baker A. Uniformity in brain death criteria. *Seminars in neurology*. 2015; 35 (2): 162–168.
11. Bastami S. The Ethics of Controlled Donation After Cardiac Death. Organ Transplantation in Times of Donor Shortage. Challenges and Solutions. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine. Volume 59, Munich: Springer. P. 329.
12. Edison Moraes Rodrigues Filho, José Roque Junges. Brain death: a finished discussion? *Rev bioét (Impr)*. 2015; 23 (3): 483–489.
13. Joffe AR. The ethics of donation and transplantation: are definitions of death being distorted for organ transplantation? *Philos Ethics Humanit Med*. [Internet]. 2007, 2: 28. <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-5341-2-28>.
14. Bernat J. The debate over death determination in DCD. *Hastings Center Report*. 2010; 40 (3): 3.
15. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000. 387. Bodriyyar Zh. Simvolicheskiy obmen i smert'. M.: Dobrosvet, 2000. 387.
16. Miller FG, Truog RD, Brock DW. The dead donor rule: can it withstand critical scrutiny? *J Med Philos*. [Internet]. 2010 [acesso 20 dez 2014]; 35 (3): 299–312. doi: 10.1093/jmp/jhq019.
17. Dagi TF, Kaufman R. Clarifying the Discussion on Brain Death. *J Med and Philos*. 2001; 26 (5): 503–525.
18. Nair-Collins M, Gerend MA. Moral Evaluations of Organ Transplantation Influence Judgments of Death and Causation. *Neuroethics*. 2015; 8 (3): 283–297.
19. Jonas H. Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des To-des. *Technik, Medizin und Ethik*. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1987. 219.
20. Wilkinson D, Savulescu J. Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation. *Bioethics*. 2012; 26: 32–48, at 40–41.
21. Glannon W. The Moral Insignificance of Death in Organ Donation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2013; 22: 192–202.
22. Nowotny H, Testa G. Naked genes: Reinventing the human in the molecular age. Cambridge, MA: MIT Press, 2011. P. 96.
23. Кэмпбелл А, Джиллетт Г, Джонс Г. Медицинская этика. М.: ГэотарМедиа, 2005. 169. Kempbell A, Dzhillett G, Dzhons G. Meditsinskaya etika. M.: GeotarMedia, 2005. 169.

Статья поступила в редакцию 2.10.2018 г.
The article was submitted to the journal on 2.10.2018