

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ  
ИНСТИТУТ ФИЛОСОФИИ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

*На правах рукописи*

Патракова Алина Павловна

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

Специальность 5.7.6 – Философия науки и техники

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата философских наук

Научный руководитель:  
доктор философских наук  
Попова Ольга Владимировна

Москва – 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение.....</b>	<b>4</b>
<b>Глава 1. Дихотомия видимого и невидимого: граница между жизнью и смертью под технологически опосредованным наблюдением.....</b>	<b>22</b>
1.1. Особенности наблюдения в реанимационном пространстве.....	22
1.1.1. <i>Методологические установки интенсивного наблюдения.....</i>	<i>23</i>
1.1.2. <i>Пространственная специфика реанимационной палаты.....</i>	<i>27</i>
1.1.3. <i>Темпоральные аспекты интенсивного наблюдения.....</i>	<i>33</i>
1.2. Объекты интенсивного наблюдения.....	36
1.2.1. <i>Пациенты в критическом состоянии.....</i>	<i>36</i>
1.2.2. <i>Проявления жизни и признаки смерти.....</i>	<i>43</i>
1.3. Средства мониторинга критических состояний.....	51
1.3.1. <i>Инструменты репрезентации жизнедеятельности в цифрах.....</i>	<i>51</i>
1.3.2. <i>Контрольно-диагностические изображения.....</i>	<i>56</i>
1.3.3. <i>Технологии видеонаблюдения и телереанимации.....</i>	<i>62</i>
1.4. Субъекты наблюдения в реанимации.....	65
1.4.1. <i>Врачи в качестве активных субъектов.....</i>	<i>65</i>
1.4.2. <i>Пациенты и родственники в роли пассивных субъектов.....</i>	<i>70</i>
Выводы по главе 1.....	76
<b>Глава 2. Антитеза обратимого и необратимого: граница между жизнью и смертью под воздействием реанимационных технологий.....</b>	<b>79</b>
2.1. Средства интенсивной терапии как орудия против необратимости.....	79
2.1.1. <i>Приспособления для возвращения к жизни в истории медицины.....</i>	<i>79</i>
2.1.2. <i>Спасение жизни: современные реанимирующие техники и процедуры.....</i>	<i>86</i>
2.1.3. <i>Поддержание жизни: практики искусственной вентиляции легких</i>	<i>93</i>
2.2. Артефакты реанимационного воздействия.....	97
2.2.1. <i>Жизнь, не отличимая от смерти: клинический статус смерти мозга.....</i>	<i>97</i>

2.2.2. <i>Жизнь как непрекращающееся умирание: хроническое критическое состояние</i> .....	104
2.2.3. <i>Жизнь на аккумуляторах: имплантированные устройства жизнеобеспечения</i> .....	110
Выводы по главе 2.....	114
<b>Глава 3. Апоретика допустимого и недопустимого: социогуманитарные аспекты реанимационного вмешательства</b> .....	117
3.1. <i>Граница между жизнью и смертью в юридическом измерении</i> .....	117
3.1.1. <i>Право на жизнь</i> .....	118
3.1.2. <i>Право на смерть</i> .....	121
3.2. <i>Этические проблемы использования реанимационных технологий</i> .....	129
3.2.1. <i>Прекращение интенсивной терапии</i> .....	130
3.2.2. <i>Выбор между жизнями</i> .....	132
Выводы по главе 3.....	138
<b>Заключение</b> .....	141
<b>Список литературы</b> .....	144
Приложение 1. <i>Хронология становления реанимационных технологий</i> .....	165
Приложение 2. <i>Краткие сведения о цитируемых авторах</i> .....	168

## Введение

### Актуальность темы исследования

Палаты реанимации и интенсивной терапии<sup>1</sup> появились сравнительно недавно, чуть больше шестидесяти лет назад. Однако за этот краткий промежуток времени был осуществлен значительный прорыв в развитии реанимационных технологий, что позволило спасти множество человеческих жизней. При этом стоит отметить не только масштабное распространение достижений интенсивной терапии в клинической практике по всему миру, но и все возрастающую потребность в реанимационных практиках. Очевидно, что не последнюю роль в этом сыграла пандемия COVID-19.

Под реанимацией<sup>2</sup> принято понимать комплекс мероприятий по возвращению к жизни человека, который находится в состоянии клинической смерти. Соответственно, наука, которая изучает механизмы развития критических состояний и разрабатывает способы их профилактики и лечения<sup>3</sup>, называется реаниматологией<sup>4</sup>. Изначально предметная область реаниматологии ограничивалась только проблемами сердечно-легочной и нейрореанимации. Однако постепенно в эту область стали входить те состояния, которые предваряют клиническую смерть. Реаниматология обрела свое практическое продолжение в интенсивной терапии<sup>5</sup>. Здесь стоит указать на трудность очерчивания строгих дисциплинарных и организационных границ между

---

<sup>1</sup> В российской клинической практике распространена аббревиатура ОРИТ (отделение интенсивной терапии и реанимации). Ее терминологическим эквивалентом в англоязычном мире можно условно считать ICU (*intensive care unit*) – отделение интенсивной терапии, а также HDU (*high-dependency unit*) – послеоперационная палата.

<sup>2</sup> Этимология русского слова «реанимация» восходит к латинскому *reanimatio* – «оживление». В англоязычной практике используется термин *resuscitation* (*resuscitare* (лат.) – пробуждать, поднимать, воздвигать).

<sup>3</sup> Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей / Под ред. проф. Ю.С. Полушина. СПб.: Элби-СПб, 2004. С. 9.

<sup>4</sup> Термин «реаниматология» в 1961 г. был введен В.А. Неговским на Международном конгрессе травматологов в Будапеште (*Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы. М.: Грантъ, 2001. С. 141).

<sup>5</sup> Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей. С. 9.

неотложной медициной, реаниматологией, анестезиологией<sup>6</sup>. Плодотворнее ориентироваться на возможность их теоретического и практического объединения в рамках медицины критических состояний<sup>7</sup>. Это та пограничная область клинической медицины, в которой в наибольшей мере реализуются биомедицинские подходы к человеку, болезням и их лечению<sup>8</sup>.

В каком-то смысле вся история медицины связана с более или менее удачными попытками борьбы с болезнями и продления жизни. Однако введение в клиническую практику технологий, способных выводить пациентов из крайне тяжелых состояний, знаменует начало принципиально нового этапа в истории медицины. Означают ли достижения в области реаниматологии, что смерть рано или поздно можно окончательно победить с помощью науки и технологий? Или же она остается неустранимой данностью человеческого существования? Эти вопросы уже можно отнести к области философии. Их осмысление может быть значимым в теоретическом плане, хотя, на первый взгляд, и не иметь прямого отношения к повседневной медицинской практике.

Вместе с тем, в медицине критических состояний постоянно возникают ситуации, когда трудно определить, в какой момент жизнь человека все же угасла и дальнейшее вмешательство бессмысленно. Реанимационные технологии выявляют новое измерение в ряду вечных философских вопросов о том, что есть жизнь и смерть, и где пролегает граница между ними, когда речь идет о человеке.

### **Степень научной разработанности проблемы**

К настоящему времени уже сложился целый ряд заметных исследовательских направлений в гуманитарных науках, в которых так или иначе затрагивается проблема границы между жизнью и смертью человека. Так, примечателен повышенный интерес к теме умирания и смерти в западных

---

<sup>6</sup> *Нетесин Е.С., Горбачев В.И.* Синдром профессионального выгорания анестезиологов-реаниматологов в России // *Анестезиология и реаниматология*. 2018. № 3. С. 7.

<sup>7</sup> *Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей.* С. 10–11.

<sup>8</sup> *Михель Д.В.* Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания: монография. Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 2015. С. 83.

философских и гуманитарных исследованиях начиная с 1960–1970-е гг. до настоящего времени (Ж. Бодрийяр, М. Фуко, Ф. Арьес, Э. Кюблер-Росс, М. Блох, Ш. Кауфман, М. Лок, С.К. Остлунд<sup>9</sup> и др.). В последующее десятилетие отмечается взрывной интерес к тому, как смерть воспринимается в разных культурах<sup>10</sup>. На рубеже XX–XXI вв. в России отмечается рост числа исследований о проблеме смерти преимущественно в контексте таких гуманитарных наук, как философия, биоэтика, психология, этнография, культурология, археология. На современном этапе развивается целое направление исследований смерти и умирания (death studies).

Философские проблемы биомедицинских критериев смерти обсуждаются в работах Л. Касса, Х.Т. Энгельхардта-мл., А. Браун, Дж. Лицца, Р. Крэнфорда, Д. Деграциа<sup>11</sup> и др. В этом контексте особое значение имеют исследования, связанные с обсуждением неврологического критерия смерти (А. Шьюмон, Дж. Бернат, Р.М. Витч, Е.Ф.М. Вайджикс<sup>12</sup> и др.). Что касается отечественных

---

<sup>9</sup> *Бодрийяр Ж.* Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000. 387 с.; *Фуко М.* Рождение клиники. М.: Академический Проект, 2010. 252 с.; *Kubler-Ross E.* On Death and Dying. New York: Scribner, 2014. 304 p.; *Bloch M.* Death, Women and Power // *Bloch M., Parry J.* (eds.) Death and the Regeneration of Life. Cambridge: Cambridge University Press, 1982. P. 211–230; *Kaufman S.R.* And a Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life. Chicago: The University of Chicago Press, 2005. 412 p.; *Lock M.M.* Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death. Oakland: University of California Press, 2002. 429 p.; *Ostlund S.K.* Doctors, Nurses, & Patients: Who Has Control Over Death And Dying? // *Anthropology of Consciousness.* 2000. Vol. 11. No. 1–2. P. 78–89.

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

<sup>11</sup> *Kass L.R.* Death as an Event: A Commentary on Robert Morrison // *Science.* 1971. Vol. 173. No. 3998. P. 698–702; *Engelhardt H.T.* Defining Death: A Philosophical Problem for Medicine and Law // *The American Review of Respiratory Disease.* 1975. Vol. 112. No. 5. P. 587–590; *Browne A.* Defining Death // *Journal of Applied Philosophy.* 1987. Vol. 4. No. 2. P. 155–164; *Cranford R.E.* Criteria for Death // *Encyclopedia of Bioethics.* Vol. 2. New York: Macmillan Pub., 1995. P. 602–608; *DeGrazia D.* The Nature of Human Death // *Luper S.* (ed.) *The Cambridge Companion to Life and Death.* Cambridge: Cambridge University Press, 2014. P. 80–98; *Lizza J.P.* Persons, Humanity, and the Definition of Death. Baltimore, JHU Press, 2000. 272 p.; *Lizza J.P.* Defining Death: Beyond Biology // *Diametros.* 2018. Vol. 55. P. 1–19.

<sup>12</sup> *Shewmon D.A.* The Brain and Somatic Integration. Insights into the Standard Biological Rationale for Equating “Brain Death” with Death // *Journal of Medicine and Philosophy.* 2001. Vol. 26. No. 5. P. 457–478; *Shewmon D.A.* Chronic “Brain Death”: Meta-Analysis and Conceptual Consequences // *Neurology.* 1998. Vol. 51. No. 6. P. 1538–1545; *Bernat J.L.* The Concept and Practice of Brain Death // *Progress in Brain Research.* 2005. Vol. 150. P. 369–379; *Veatch R.M.* Brain Death: Welcome

авторов, здесь следует, в первую очередь, отметить труды А.Я. Иванюшкина, О.В. Поповой о философских и социокультурных аспектах концепции смерти мозга, а также исследования Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко о проблемах конца жизни в контексте биотехнологий<sup>13</sup>.

На протяжении последних десятилетий в медицинской этике и антропологии также активно обсуждается тема продления жизни и оттягивания момента смерти. Значительная часть публикаций фиксирует проблему в виде вопроса о том, что же именно продлевают медицинские технологии – жизнь или умирание. В частности, этой проблеме посвящены работы Х. Розенман, Дж. Орловски, Р.Л. Коллинза<sup>14</sup>. Дилеммы поддержания жизни и отодвигания смерти в контексте реанимации и интенсивной терапии новорожденных и детей рассматривают А.Г. Кэмпбелл, Х.Е. МакХаффи, Б. Копнелл, Д. Девиктор, Дж.М. Латур, П. Тиссьер<sup>15</sup>.

---

Definition... or Dangerous Judgment? // *The Hastings Center Report*. 1972. Vol. 2. No. 5. P. 10–13; *Wijdicks E.F.M. Brain Death*. Oxford: Oxford University Press, 2017. 296 p.

<sup>13</sup> *Иванюшкин А.Я.* Пути легитимизации концепции смерти мозга: опыт России и зарубежных стран // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19: Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза. М.: Изд-во МосГУ, 2014. С. 29–58; *Иванюшкин А.Я., Попова О.В.* Социальный и философский контекст проблемы смерти мозга. М.: ИФ РАН, 2015. 349 с.; *Попова О.В., Иванюшкин А.Я.* К истории легитимизации концепции смерти мозга, развития трансплантологии и органного донорства: философский и социокультурный контекст // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 27: Конвергенция технологий и дивергенция будущего человека. М.: ИФ РАН, 2017. С. 62–73; *Юдин Б.Г.* Границы человеческого существа как пространства технологических воздействий // Вопросы социальной теории. 2011. Т. V. С. 102–118; *Юдин Б.Г.* Смерть и умирание в контексте высоких технологий // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19. Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза. М.: Изд-во МосГУ, 2014. С. 7–17; *Тищенко П.Д.* Био-власть в эпоху биотехнологий. М.: ИФ РАН, 2001. 177 с.; *Тищенко П.Д.* На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Мир, 2011. 328 с.

<sup>14</sup> *Rosenman H.* Prolonging Life, or Death? // *Hospital Physician*. 1979. Vol. 15. No. 3. P. 88; *Orlowski J.P., Collins R.L., Cancian S.N.* Forgoing Life-Supporting or Death-Prolonging Therapy: a Policy Statement // *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 1993. Vol. 60. No. 1. P. 81–85.

<sup>15</sup> *Campbell A.G., McHaffie H.E.* Prolonging Life and Allowing Death: Infants // *Journal of Medical Ethics*. 1995. Vol. 21. No. 6. P. 339–344; *Copnell B.* Death in the Pediatric ICU: Caring for Children and Families at the End of Life // *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2005. Vol. 17. No. 4. P. 349–360; *Devictor D., Latour J.M., Tissieres P.* Forgoing Life-Sustaining or Death-Prolonging Therapy in the Pediatric ICU // *Pediatric Clinics of North America*. 2008. Vol. 55. No. 3. P. 791–804.

Достаточно много исследований освещают вопросы о том, какие приспособления и практические приемы использовались для помощи умирающим пациентам в истории медицины. Так, например, в числе авторов, изучавших историю реанимирующих практик можно назвать Р. Ли, Х.П. Лисса, М.С. Эйзенберга, Р. Хёрта, К. Курта-Габеля, Р. Эйтчисона, Р.Т. Уэбба, Д. Бэкона<sup>16</sup>. В зарубежных исследованиях по истории медицинских технологий можно обнаружить ряд статей на темы о практиках и приспособлениях для протезирования дыхательной функции. Так, например, истории дыхательных аппаратов посвящены статьи Дж.Л. Прайса, А.Б. Бейкера, Э.Т. Мёрха, Р.М. Качмарека, А.С. Слуцки<sup>17</sup>. Об истории различных методик искусственного дыхания писали Р.В. Трубухович, Т.Ф. Баскетт<sup>18</sup>. Что касается истории реанимирующих воздействий на сердце, можно отметить исследование Ф. Валлейо-Манзур, Дж. Варона, Р. Фромма об истории внедрения открытого массажа сердца в клиническую практику<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> *Lee R.* Cardiopulmonary Resuscitation in the Eighteenth Century // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1972. Vol. 27. No. 4. P. 418–433; *Liss H.P.* A History of Resuscitation // *Annals of Emergency Medicine*. 1986. Vol. 15. No. 1. P. 65–72; *Eisenberg M.S.* History of the Science of Cardiopulmonary Resuscitation // *Ornato J.P., Peberdy M.A.* (eds.) *Cardiopulmonary resuscitation. Contemporary cardiology*. Humana Press, 2005. P. 1–9; *Hurt R.* Modern Cardiopulmonary Resuscitation – Not So New after All // *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2005. Vol. 98. No. 7. P. 327–331; *Kurt-Gabel C.* Why Do Resuscitation Guidelines Keep Changing? // *Dental Nursing*. 2009. Vol. 5. No. 11. P. 618–620; *Aitchison R.* A Review of Cardiopulmonary Resuscitation and its History // *Disease-a-month: DM*. 2013. Vol. 59. No. 5. P. 165–167; *Webb R.T., Bacon D.* History of Resuscitation // *International Anesthesiology Clinics*. 2017. Vol. 55. No. 3. P. 117–129.

<sup>17</sup> *Price J.L.* The Evolution of Breathing Machines // *Medical History*. 1962. Vol. 6. P. 67–72; *Baker A.B.* Artificial Respiration, the History of an Idea // *Medical History*. 1971. Vol. 15. No. 4. P. 336–351; *Kacmarek R.M.* The Mechanical Ventilator: Past, Present, and Future // *Respiratory Care*. 2011. Vol. 56. No. 8. P. 1170–1180; *Mörch E.T.* History of Mechanical Ventilation // *Kirby R.R., Banner M.J., Downs J.B.* (eds.) *Mechanical Ventilation*. New York: Churchill Livingstone 1990. P. 1–61; *Slutsky A.S.* History of Mechanical Ventilation from Vesalius to Ventilator-Induced Lung Injury // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2015. Vol. 191. No. 10. P. 1107–1108.

<sup>18</sup> *Trubuhovich R.V.* History of Mouth-to-Mouth Rescue Breathing. Part 2: the 18th century // *Critical Care and Resuscitation*. 2006. Vol. 8. No. 2. P. 157–171; *Baskett T.F.* Resuscitation Great. Silvester's Technique of Artificial Respiration // *Resuscitation*. 2007. Vol. 74. No. 1. P. 8–10; *Baskett T.F.* Resuscitation Great. The Holger Nielsen Method of Artificial Respiration // *Resuscitation*. 2007. Vol. 74. No. 3. P. 403–405.

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



В ряду исследований, посвященных проблемам медиализации (И. Иллич, Т. Шаш, Д.В. Михель, Х. Варрайч<sup>20</sup>) отдельно следует отметить междисциплинарные исследования о медиализации телесности (А. Мол, Б.Д. Роббинс, Н. Лизама, С.В. Соколовский<sup>21</sup>). Также для рассматриваемой проблематики значимы работы Дж. Агамбена, Ф. Дагонье, Р. Эспозито, Х. Соломона, Х. Чэппл-Стэнтон, Г. Линдеманн<sup>22</sup>.

Рубеж XX–XXI вв. ознаменован возрастающим интересом массовой культуры, главным образом, кинематографа и телевидения, к сюжетам о реанимации. О сердечно-легочной реанимации на телеэкранах писали Р. Маркерт и М. Саклэйн, С. Дием, С.П. Гордон, Н. Баер, Дж. Терсьер<sup>23</sup> и др.

---

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

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

<sup>22</sup> *Агамбен Дж. Homo Sacer. Суверенная власть и голая жизнь. М.: Европа, 2011. 256 с.; Dagonnet F. La maitrise du vivant. Paris: Hachette, 1988. 202 p.; Esposito R. Bios. Biopolitics and Philosophy. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008. 230 p.; Solomon H. Living on Borrowed Breath: Respiratory Distress, Social Breathing, and the Vital Movement of Ventilators // Medical Anthropology Quarterly. 2021. Vol. 35. No. 1. P. 102–119; Chapple H.S. No Place for Dying: Hospitals and the Ideology of Rescue. Routledge, 2019. 324 p.; Lindemann G. Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin. München: Wilhelm Fink Verlag, 2002. 469 S.*

<sup>23</sup> *Markert R., Saklayen M. Cardiopulmonary Resuscitation on Television // The New England Journal of Medicine. 1996. Vol. 335. No. 21. P. 1605–1607; Diem S., Lants J., Tulsy J. Cardiopulmonary Resuscitation on Television – Miracles and Misinformation // The New England Journal of Medicine. 1996. Vol. 334. No. 24. P. 1578–1582; Gordon P., Williamson S., Lawler P. As Seen on TV: Observational Study of Cardiopulmonary Resuscitation in British Television Medical Dramas // British Medical Journal. 1998. Vol. 317. No. 7161. P. 780–783; Baer N. Cardiopulmonary Resuscitation on Television: Exaggerations and Accusations // New England Journal of Medicine. 1998. Vol. 334. No. 24. P. 1604–1605; Tercier J. The Lips of the Dead and the 'Kiss of Life': the Contemporary Deathbed and the Aesthetic of CPR // Journal of Historical Sociology. 2002. Vol. 15. No. 3. P. 283–327.*

Что касается лакун в исследованиях на эту тему, в первую очередь, следует отметить недостаточную разработанность проблематики критической медицины именно в философском контексте. По мнению Р. Воса и Д.Л. Виллемса, тема медицинских устройств в философии техники по-прежнему занимает маргинальное положение<sup>24</sup>. Как полагает шведский философ науки Свен Хэнссон, к настоящему времени было предпринято мало попыток предложить всестороннюю философскую перспективу медицинских технологий<sup>25</sup>. Соответственно, с учетом относительной новизны реанимационных технологий, вполне объяснимо, почему они еще не были основательно осмыслены с философских позиций. В качестве самостоятельного объекта философской рефлексии реанимационные технологии представляют особый интерес с точки зрения предельных вопросов о жизни и смерти человека.

### **Объект исследования**

В качестве *объекта* исследования выступает феномен смерти в медицине критических состояний.

### **Предмет исследования**

*Предметом* исследования является концептуализация границы между жизнью и смертью в контексте развития реанимационных технологий.

### **Цель и задачи исследования**

*Цель* исследования заключается в философской экспликации и проблематизации биомедицинских представлений о границе между жизнью и смертью, на основании которых применяются современные реанимационные технологии.

---

<sup>24</sup> Vos R., Willems D.L. Technology in Medicine: Ontology, Epistemology, Ethics and Social Philosophy at the Crossroads // Theoretical Medicine and Bioethics. 2000. Vol. 21. No. 1. P. 2.

<sup>25</sup> Hansson S.O. Philosophy of Medical Technology // Handbook of the Philosophy of Science. Vol. 9: Philosophy of Technology and Engineering Sciences. Elsevier, 2009. P. 1275.

Для достижения поставленной цели предполагается решение следующих задач:

- 1) проследить методологические и мировоззренческие установки интенсивного наблюдения в критической медицине;
- 2) охарактеризовать с философско-методологической точки зрения объекты наблюдения в реанимационной палате;
- 3) описать методологические особенности техник и технологий, с помощью которых визуализируются жизненные показатели пациентов;
- 4) рассмотреть, как граница между жизнью и смертью фиксируется и интерпретируется разными субъектами наблюдения в реанимационном пространстве;
- 5) проследить историческую динамику реанимационных практик и используемых приспособлений, охарактеризовать философско-методологические трудности, связанные с определением момента смерти при их использовании;
- 6) выявить типологические различия между различными категориями пациентов в критическом состоянии;
- 7) обозначить контуры правового поля, в котором принятие решений о жизни и смерти обусловлено применением реанимационных технологий;
- 8) сформулировать основные этические проблемы, связанные с применением реанимационных технологий, и картографировать основные подходы к их решению.

### **Методологическая и теоретическая основы исследования**

Само по себе словосочетание «граница между жизнью и смертью» носит достаточно условный и метафорический характер. Оно не является научным понятием и не используется в медицинской теории и практике в качестве самостоятельного термина. В качестве его терминологических синонимов, употребляемых в дискурсе критической медицины, можно назвать понятия «критическое состояние», «терминальное состояние», «клиническая смерть».

В работе оно артикулируется на метамедицинском уровне, оставаясь при этом ускользающим понятием, содержание которого фиксируется пространственной метафорой. Подразумевает ли эта граница погружение в полное небытие или переход в иной мир, этот вопрос выходит за рамки обозначенной темы.

Граница между жизнью и смертью, так или иначе, всегда вписана в определенный культурно-исторический контекст. По мнению В. Калицкус, это касается и биомедицинского определения смерти. Оно подразумевается объективным и универсальным, но и из него можно извлечь знание о социальных интересах и культурных ценностях, лежащих в его основе<sup>26</sup>. В данном контексте имеет значение вопрос о том, какие социокультурные ценностные установки стоят за биомедицинскими представлениями о границе между жизнью и смертью.

В поиске ответов на этот вопрос представляется перспективным деятельностный подход В.С. Степина, позволяющий не только соотносить знание об объекте со спецификой средств и способов деятельности, осуществляемой в отношении него, но также учитывать ценности и цели этой деятельности. При этом может быть прояснена взаимосвязь сугубо научных целей с теми аксиологическими установками, которые существуют за пределами науки<sup>27</sup>. Такая возможность представляется принципиально важной для исследований, касающихся предельных вопросов человеческого существования.

В рассматриваемом биомедицинском контексте также представляются плодотворными подходы Б.Г. Юдина. Так, например, одним из ключевых для данной темы можно назвать понятие предельной (пограничной) ситуации, когда человек оказывается на границе между двумя средами. Автор указывает на междисциплинарный характер этого понятия и его применение как в естествознании, так и в гуманитаристике<sup>28</sup>. Кроме того, Б.Г. Юдин разработал

---

<sup>26</sup> Kalitzkus V. Neither Dead-nor-Alive: Organ Donation and the Paradox of 'Living Corpses' // Fagan A. (ed.). Making Sense of Death and Dying. Amsterdam: Rodopi, 2004. P. 141.

<sup>27</sup> Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н. История и философия медицины. Научные революции XVII-XIX веков. М.: Академический проект, 2017. С. 90.

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

концепцию антропогенных фазовых переходов. Фазовый переход, как правило, протекает быстро и отличается нестабильным состоянием системы, следствием чего является нелинейная зависимость между интенсивностью воздействий на систему и ее реакциями на эти воздействия. Даже сравнительно слабое воздействие может иметь значимые последствия, радикально меняя состояния системы<sup>29</sup>. Применяя этот подход к человеку, который все чаще подвергается различным технологическим воздействиям, Б.Г. Юдин выделяет четыре пограничных зоны, отмечая, что это не исчерпывающий перечень: 1) зона между жизнью и смертью индивида; 2) зона, предваряющая рождение человека; 3) зона, разделяющая (либо, возможно, соединяющая) человека и животное; 4) зона, разделяющая (либо объединяющая) человека и машину. Характерной особенностью этих пограничных зон является то, что в их пределах искусственное вмешательство может вести к наиболее заметным последствиям. Он также называет их зонами неопределенности<sup>30</sup>. В контексте изучаемой темы особый интерес представляет пересечение первой и последней зон.

В осмыслении обозначенных проблем также используются подходы А.Я. Иванюшкина, который первым в отечественной философии начал разрабатывать проблематику границ жизни и смерти в связи с диагностикой смерти мозга. В частности, одним из исходных положений в работе является мысль А.Я. Иванюшкина о смерти мозга как об исключительно ятрогенном состоянии<sup>31</sup>. Кроме того, в работе находят отражение предложенные О.В. Поповой дискурсивный и этико-правовой подходы к анализу смерти мозга, а также ее тезис о смерти как о социокультурном феномене, имеющем конвенциональный характер<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> Юдин Б.Г. Смерть и умирание в контексте высоких технологий. С. 14.

<sup>30</sup> Там же. С. 17.

<sup>31</sup> Иванюшкин А.Я. Пути легитимизации концепции смерти мозга: опыт России и зарубежных стран // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19: Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза. М.: Изд-во МосГУ, 2014. С. 50.

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

Для рассмотрения отдельных проблем, преимущественно юридического и этического характера, применяются такие методы, как разбор конкретных ситуаций (case study) и нарративный анализ. Мир, порождаемый биомедицинскими технологиями, пока недостаточно освоен русским языком. Для понимания его проблем возникает необходимость начинать с рассказа, тем самым намечая точку опоры, от которой можно было бы оттолкнуться в дальнейшем осмыслении<sup>33</sup>. С этим в значительной мере связано обращение к врачебным нарративам в качестве иллюстративного материала.

Здесь также необходимо уточнить содержание понятия «реанимационные технологии». В этой работе оно используется в широком смысле, подразумевая, с одной стороны, медицинские приборы (технологии контрольно-диагностической визуализации, аппараты жизнеобеспечения), с другой стороны, разнообразные техники и процедуры экстренной медицинской помощи. Реанимационные технологии целесообразно рассматривать в ряду «технологий конца жизни» (диагностика пограничных состояний, хосписы, эвтаназия, констатация смерти). В этом ключе можно артикулировать проблему границы между жизнью и смертью, а также соотнести ее с поставленной П.Д. Тищенко проблемой границы между бытием человеческим и бытием уже-не-человеческим<sup>34</sup>.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Медицина критических состояний в своих основаниях восходит к медицинской танатологии, которая опирается на представление о том, что процессы умирания человека доступны рациональному познанию и могут быть объектом научного изучения. В клинической практике используются традиционные аналитические процедуры выявления причинно-следственных механизмов пато- и танатогенеза для воздействия на них с помощью

---

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

<sup>34</sup> Тищенко П.Д. Концепция антропогенных фазовых переходов Б.Г. Юдина // Моисеевские чтения: Культура и гуманитарные проблемы современной цивилизации: доклады и материалы Всероссийской научной конференции (Москва, 26 мая 2018 г.). М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2018. С. 44.

реанимационных технологий. При этом биомедицинская парадигма опирается на установки эпистемологического реализма. Предполагается, что с помощью контрольно-диагностических приборов можно достоверно оценить состояние организма пациента как объективную биологическую реальность. В биомедицинской картине мира находят свое отражение такие отличительные свойства новоевропейской научной рациональности, как объективация, математизация и идеализация явлений и процессов жизнедеятельности и умирания человеческого организма. Проблема видится в том, что эти методологические установки классического типа рациональности, доминирующие по сей день в биомедицинской картине мира, по отношению к умирающему человеку, во-первых, недостаточны и, во-вторых, сопряжены с этическими рисками. Здесь прослеживается биологический редукционизм в отношении человека, исключающий любой метафизический контекст умирания. Подобная позитивистская установка на демистификацию смерти, положившая начало «эпохе великого перелома» в медицине в XIX в., порождает технический взгляд на смерть.

2. Свойственный биомедицинской картине мира редукционистский подход к пониманию человеческого организма находит свое отражение в практиках ведения критических пациентов. В первую очередь, это связано с объективацией пациентов, помещением их в условия, исключающие индивидуальный психосоциальный контекст их жизни и сведению их к обезличенным телам. Кроме того, за время существования медицины критических состояний наблюдается переход от кардио- к нейроцентризму в жизнесберегающих стратегиях и практиках констатации смерти. Так, в качестве основного органа-мишени, от состояния которого зависит решение о тактике лечения или констатации смерти человека, принято рассматривать головной мозг. Подобная нейроредукционистская установка и связанный с ней неврологический критерий смерти лежат в основании современных практик очерчивания границы между жизнью и смертью в реанимационном пространстве.

3. В реанимационном пространстве врачи оценивают клиническое состояние пациента и определяют момент смерти, опираясь на измерение отдельных показателей при помощи приборов. Такими параметрами в первую очередь являются функциональные показатели органов-мишеней (сердца, легких и головного мозга). Измерение этих показателей позволяет делать выводы о наличии и степени угрозы для жизни исходя из теоретических представлений о физиологической норме. Причем результаты измерения и клинического наблюдения требуют дополнительной силлогистической интерпретации. Граница между жизнью и смертью не поддается прямому усмотрению не только невооруженным глазом, но и при помощи технологий. Речь идет лишь об условной ее видимости, которая опосредована и теоретически, и технически. В этом смысле определение момента смерти в реанимационном пространстве не застраховано от вариативности интерпретаций и носит скорее конвенциональный и вероятностный характер, хотя на практике эта вероятностность обычно не рефлексирована.

4. В реанимационном пространстве граница между жизнью и смертью может очерчиваться по-разному в зависимости от того, кто является субъектом наблюдения. С одной стороны, вариативность интерпретаций обусловлена знаниями и ролью субъекта (в т.ч. его места в жесткой иерархической системе больницы). Так, между субъектами, разделяющими одну и ту же биомедицинскую картину мира, возможны различные интерпретации, вплоть до противоположных. С другой стороны, при взаимодействии между врачом, пациентом и родственниками могут возникать коллизии, связанные с различиями между локальными картинами мира. Видимость границы между жизнью и смертью в безличном измерении принципиально отличается от ее видимости в измерении личностном.

5. В исторической динамике реанимационных практик прослеживается тенденция к отчуждению между врачом и устройствами для оказания помощи по причине все большего их усложнения и автономизации. Одновременно с этим намечается тенденция к срастанию человека и машины (когда пациенты,



например, живут с имплантированными дефибрилляторами или годами находятся на искусственной вентиляции легких через трахеостому). При этом, по мере того, как совершенствуются компьютерные технологии и искусственный интеллект, становится все более возможным говорить о том, что технологии обретают квазисубъектность в процессах клинического наблюдения и интенсивной терапии.

Проектирование реанимационной техники по-прежнему опирается на механистическое восприятие человеческого организма, характерное для новоевропейской научной парадигмы (метафоры организма-машины, сердца-насоса и т. д.). Критические состояния воспринимаются как поломки в механизмах, которые можно попытаться устранить при помощи механических, электрических и медикаментозных воздействий. Если в естественных условиях переход от жизни к смерти сравнительно кратковременен, то под воздействием реанимационных технологий период пребывания между жизнью и смертью может растягиваться на значительное время. Так, реанимационные технологии создают видимость искусственного контроля над необратимостью смерти, открывая возможность замедлить некоторые процессы танатогенеза и выиграть время, однако не позволяют победить ее неизбежность.

6. Если исходить из концепции антропогенных фазовых переходов Б.Г. Юдина, можно допустить, что в реанимационном пространстве зона перехода от жизни к смерти одновременно оказывается зоной, объединяющей человека и машину. Два типа фазовых переходов накладываются друг на друга: жизнь умирающего поддерживается за счет машины. Так, критический пациент, подключенный к аппаратам жизнеобеспечения, обретает новый онтологический статус, превращаясь в артефакт реанимационного воздействия. Такого пациента можно назвать технически живым, поскольку биологическая жизнь – дыхание и кровообращение – в нем поддерживается исключительно за счет технологической поддержки. Однако этого нередко оказывается недостаточно для признания человека живым как личности.

7. Предложено выделить следующие категории критических пациентов, подключенных к аппаратам жизнеобеспечения, на основании конфигурации

свойств «клинически живой», «юридически живой» и «социально живой». Пациенты со смертью мозга объявляются юридически и социально мертвыми, но при этом могут некоторое время оставаться клинически живыми благодаря аппаратам жизнеобеспечения. Хронические критические пациенты живы клинически и юридически, но необратимо утрачивают возможность социальной жизни. Наконец, пациенты с имплантированными аппаратами жизнеобеспечения остаются клинически, юридически и социально живыми, однако до конца жизни остаются полностью зависимыми от этих устройств, в результате отключения которых неизбежно быстрое наступление биологической смерти.

8. Правовое поле, в котором принятие решений о жизни и смерти обусловлено применением реанимационных технологий, в настоящее время находится в стадии становления и отличается неоднородностью. Вариативность юридических норм в разных государствах порождает ситуации, при которых пациент в одном и том же состоянии может быть объявлен и живым, и мертвым в зависимости от того, на территории какого государства он находится. Кроме того, высокий риск врачебных ошибок и груз юридической ответственности побуждает врачей к проведению реанимационных мероприятий даже в тех ситуациях, когда это может быть насильем по отношению к пациенту. В связи с этим сформировалась потребность в выделении особой группы прав человека, получивших название танатологических. Примечательна тенденция к тому, чтобы юридически отстаивать личное право на отказ от реанимации. Граница между жизнью и смертью становится предметом заблаговременного проектирования и регулирования.

9. В этическом плане возможности искусственного контроля над процессами умирания обостряют проблему соотношения прагматических и неутилитарных соображений в принятии решений о жизни и смерти. С одной стороны, неутилитарные соображения связаны с императивом спасти любую человеческую жизнь всеми доступными средствами. С другой стороны, в ситуациях, когда реанимационные технологии представляют собой ограниченный и дорогостоящий ресурс, тот же технологический фактор может

выдвигать иной императив. Принцип спасения как можно большего числа жизней в условиях нехватки технологий жизнеобеспечения может приводить к дискриминации отдельных категорий пациентов, лишая их шанса на выживание.

### **Научная новизна исследования**

Впервые осуществлена экспликация методологических и мировоззренческих предпосылок современных реанимационных техник. Охарактеризованы условия, в которых нынешние реанимационные техники, несмотря на их агрессивный характер и неоднозначную эффективность, обрели легитимный статус в медицине критических состояний. Выявлено парадоксальное сопряжение модусов спасения и ремонта, свойственное медицине критических состояний. Показано, что именно концептуальная метафора человека-машины обуславливает эволюцию реаниматологии.

Работа конкретизирует общие положения концепции антропогенных фазовых переходов Б.Г. Юдина. Основное внимание уделено зоне перехода от жизни к смерти, а также отчасти зоне, объединяющей человека и машину. Предложена типология артефактов реанимационного воздействия, различия между которыми определяются конфигурациями трех модусов жизни/смерти – клинического, юридического и социального.

При рассмотрении этико-правовых проблем, связанных с применением реанимационных технологий, наряду с хрестоматийными примерами из истории биоэтики, анализируются ситуации, наблюдаемые в рамках пандемии COVID-19.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

В работе картографировано чрезвычайно неоднородное проблемное поле, находящееся на пересечении областей гуманитарного и естественнонаучного знания. Исследуемая проблематика структурирована исходя из принципов постнеклассической рациональности. Этот ракурс позволяет отчетливее рассмотреть сложное взаимодействие человеческого и технологического

факторов в биомедицине. Представленный аналитико-критический обзор подходов к определению смерти фиксирует вариативность интерпретаций в отношении границы между жизнью и смертью.

Что касается практической значимости, результаты исследования могут быть применены в образовательной сфере, для разработки программ дисциплин для студентов медицинских специальностей. Так, например, некоторые результаты и материалы исследования легли в основу проекта учебной дисциплины «Проблема человека в критической медицине: философские и биоэтические аспекты». Представленные идеи также могут быть полезны при составлении нормативных этико-правовых протоколов в данной области.

### **Апробация результатов исследования**

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

По теме диссертации опубликованы три статьи в периодических изданиях, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендуемых ВАК Министерства образования и науки РФ:

- 1) *Патракова А.П.* Этические аспекты сортировки пациентов при дефиците аппаратов искусственной вентиляции легких в условиях пандемии // Человек. 2020. № 6. С. 165–180.
- 2) *Патракова А.П.* Смерть мозга как технологически опосредованный критерий смерти человека: философский анализ // Национальное здоровье. 2021. № 2. С. 168–171.
- 3) *Патракова А.П.* Скрытое за экраном: граница между жизнью и смертью в палате реанимации // Цифровой ученый: лаборатория философа. 2021. Т. 4. № 1. С. 104–125.

### **Структура диссертационного исследования**

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

# **Глава 1. ДИХОТОМИЯ ВИДИМОГО И НЕВИДИМОГО: ГРАНИЦА МЕЖДУ ЖИЗНЬЮ И СМЕРТЬЮ ПОД ТЕХНОЛОГИЧЕСКИ ОПОСРЕДОВАННЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ**

## **1.1. Особенности наблюдения в реанимационном пространстве**

Словосочетание «реанимационное пространство» здесь носит условный и проблемный характер. Если рассматривать его в широком смысле – как любое пространство, в котором пытаются оказать медицинскую помощь умирающему человеку, объем этого понятия мог бы в себя вместить самые разные локации. Сюда можно было бы отнести и отделения реанимации и интенсивной терапии, и приемный покой скорой помощи, и салон реанимобиля, и места происшествия, где парамедики проводят реанимационные мероприятия. В узком смысле реанимационное пространство можно определить как часть стационара, предназначенная для ведения критических пациентов. Далее в тексте это словосочетание будет использоваться именно в узком смысле, в качестве собирательного метамедицинского термина.

Еще один проблемный аспект связан с тем, что в реанимационном пространстве трудно разграничить наблюдение и воздействие. Эти процессы неразрывны и в большинстве ситуаций осуществляются одновременно. В тех случаях, когда жизнь пациента оказывается под угрозой, для сколько-нибудь длительного наблюдения не остается времени. Кроме того, для более эффективного наблюдения иногда необходимо серьезное вмешательство (например, для инвазивного мониторинга может потребоваться катетеризация вен). С другой стороны, вмешательство, осуществляемое в виде реанимационных мероприятий, требует пристального наблюдения за жизненными показателями на мониторах. Тем не менее, различение наблюдения и воздействия, несмотря на условность этого логического хода, представляется необходимым, чтобы подробнее рассмотреть соотношение видимого и невидимого в реанимационном пространстве.

### *1.1.1. Методологические установки интенсивного наблюдения*

В медицинской практике интенсивное наблюдение осуществляется в ходе интенсивной терапии пациентов при угрозе развития критического состояния и после выведения из него<sup>35</sup>. Интенсивное наблюдение предусматривает применение особых инструментальных методик и лабораторных тестов<sup>36</sup>. Эта особенность представляется значимой с точки зрения философии науки и техники и позволяет охарактеризовать интенсивное наблюдение в реанимационной палате как разновидность научного наблюдения.

Как отмечает В.С. Степин, научное наблюдение имеет ряд характерных свойств, в числе которых можно назвать целенаправленность, систематичность, деятельностное отношение субъекта-наблюдателя к рассматриваемому объекту, а также теоретическую обусловленность<sup>37</sup>.

В контексте рассматриваемой темы целесообразно остановиться подробнее на деятельностном характере научного наблюдения. В этом смысле научное наблюдение представляет собой не просто пассивное созерцание изучаемых процессов, но предполагает предварительную организацию этих процессов с целью контролировать их протекание<sup>38</sup>. Для этого ученый-наблюдатель обязательно конструирует приборную ситуацию<sup>39</sup>.

В процессе научного наблюдения, как и в эксперименте, ученый выделяет в природе некоторый набор объектов (иногда искусственно создает из ее материалов). Каждый из этих объектов исследователь фиксирует по определенным признакам и использует их в качестве приборных подсистем (средств эксперимента и наблюдения). Систематическое наблюдение обладает

---

<sup>35</sup> Согласно А.П. Зильберу, критическое состояние представляет собой крайнюю степень любой патологии (в т.ч. ятрогенной), при которой собственные компенсаторные механизмы организма несостоятельны. В таких ситуациях жизненно важные функции нуждаются в искусственном замещении или поддержании (Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей. С. 9–10).

<sup>36</sup> Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей. С. 10.

<sup>37</sup> *Степин В.С.* Философия науки. Общие проблемы: учебник для аспирантов и соискателей ученой степени кандидата наук. М.: Гардарики, 2006. С. 177.

<sup>38</sup> Там же. С. 165.

<sup>39</sup> Там же. С. 172.

предметной структурой, которую образует отношение приборных подсистем к изучаемому объекту. В предметной структуре систематического наблюдения прослеживается переход от исходного состояния объекта к конечному состоянию после его взаимодействия со средствами наблюдения<sup>40</sup>. Происходит взаимодействие наблюдаемого объекта со средствами наблюдения. При этом состояние объекта меняется. Благодаря строго зафиксированной структуре наблюдений становится возможным выделить из бесконечного множества природных процессов именно те, которые интересуют наблюдателя. Естественнаучное исследование ставит перед собой цель найти законы, управляющие природными процессами, и на их основе прогнозировать возможные состояния этих процессов в будущем<sup>41</sup>.

В данном случае таким природным процессом, который попадает под целенаправленное наблюдение, оказывается процесс умирания человеческого организма. Разумеется, интенсивное наблюдение в реанимационном пространстве осуществляется не для эксперимента и не ради исследовательской любознательности, а с конкретными практическими и этическими целями – оказать помощь критическому пациенту и по возможности спасти его жизнь. Однако этой терапевтической направленности интенсивного наблюдения не противоречат те научные принципы, на которых оно строится. Кроме того, полностью исключить исследовательский компонент из интенсивного наблюдения в реанимационной палате тоже трудно, поскольку статистические данные и отдельные истории болезни могут впоследствии служить материалом для научных трудов в области доказательной медицины.

Если попытаться подробнее охарактеризовать интенсивное наблюдение с позиций методологического анализа, возникает ряд вопросов. Прежде всего, следует установить, какие конкретно физиологические процессы из множества самых разных процессов жизнедеятельности организма избираются для интенсивного наблюдения. Этот вопрос будет подробно рассматриваться

---

<sup>40</sup> *Степин В.С.* Философия науки. Общие проблемы. С. 172.

<sup>41</sup> Там же. С. 174.



в следующем параграфе, посвященном объектам интенсивного наблюдения. Также следует прояснить, на основании каких теоретико-методологических установок сформировались те представления о критических и терминальных состояниях организма, которые определяют современную реаниматологию.

В контексте обозначенных выше проблем остановимся на ключевом с нашей точки зрения этапе на этом пути – времени «великого перелома» в истории практической медицины. В этот период, охватывающий 1800–1875 гг., в медицине пересматриваются представления о болезни и смерти. Эти процессы параллельны появлению и закреплению в сознании врачей новых идей о том, как функционируют отдельные системы органов и как протекают процессы жизнедеятельности в целом. Принципиально обновляются подходы к диагностике и лечению. Импульсом к ревизии представлений о смерти и болезни стали две монографии французского врача и ученого М.Ф.К. Биша, изданные в 1800–1801 гг. В его труде под названием «Физиологические исследования о жизни и смерти» приведены доказательства, основанные на наблюдениях над телами гильотинированных, в пользу того, что смерть представляет собой не одномоментный акт, а растянутый во времени процесс. Его выводы противоречили устоявшимся представлениям о том, что смерть есть одномоментный акт отделения души от тела, означающий прекращение жизни и вместе с ней болезни<sup>42</sup>.

Так было положено начало медицинской танатологии как самостоятельной научной дисциплине, изучающей биологические механизмы умирания. На формирование танатологии, которая начала складываться со второй половины XIX в., повлияли, с одной стороны, активно развивающиеся области естествознания – физика, химия, медицина, с другой стороны, такие гуманитарные науки, как история, социология, психология, филология, антропология<sup>43</sup>. В ряду основоположников медицинской танатологии, кроме

---

<sup>42</sup> Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н. История и философия медицины. С. 181–182.

<sup>43</sup> Красильников Р.Л. Танатологические мотивы в художественной литературе. М.: Языки славянской культуры, 2015. 488 с.

М. Биша, также можно назвать К. Бернара, Р. Вирхова, И.И. Мечникова, Г.В. Шора.

Когда открылись возможности для медико-биологического исследования смерти, произошла ее демистификация. Смерть утратила ореол таинственности<sup>44</sup>. Умирание стало не более чем объектом научного наблюдения. Этот момент важно зафиксировать как философскую проблему, как некий чрезвычайно значимый мировоззренческий сдвиг, последствия которого, на наш взгляд, находят непосредственное воплощение в современной реаниматологии.

Примечательно, что появление реаниматологии в качестве самостоятельной дисциплины ознаменовало собой новую точку отсчета в истории медицинской танатологии, которая разделилась на «дореаниматологический» и «постреаниматологический» периоды. Так, например, выявить клиническую смерть как одну из стадий умирания стало возможным только в искусственных условиях, под воздействием реанимационных технологий.

Следует подчеркнуть не только тот факт, что в современном медико-биологическом знании смерть человека рассматривается не как точечное событие и мгновенный переход, а как последовательность взаимосвязанных явлений и процессов. Принципиально важно то, что эти явления и процессы начинают восприниматься как то, что поддается воздействию биомедицинских технологий<sup>45</sup>. Здесь можно зафиксировать новый мировоззренческий сдвиг, выходящий за пределы научного знания. Наконец, важно подчеркнуть, что интенсивность наблюдения в реанимационном пространстве связана как раз с попытками активно вмешаться в процессы умирания человека.

---

<sup>44</sup> Слепокуров А.А. Рациональная концептуализация смерти: опыт танатологии // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2016. № 6 (68). Ч. 1. С. 184.

<sup>45</sup> Юдин Б.Г. Границы человеческого существа как пространства технологических воздействий. С. 13.

### *1.1.2. Пространственная специфика реанимационной палаты*

В последние десятилетия наблюдается устойчивая тенденция к размыванию территориальных границ между реанимационной палатой и, условно говоря, внешней средой. Развивающиеся технологии удаленного ухода (телереанимации) размывают границы физического пространства реанимационной палаты. В связи с этим проблема доступа обретает не только пространственное, но и информационное измерение. Кроме того, портативное реанимационное оборудование применяется выездными бригадами скорой помощи. Также расширяются возможности использования оборудования в домашних условиях (в ситуациях, когда, например, пациент находится на долгосрочной искусственной вентиляции дома), в результате чего четкая граница между больницей и домом все больше размывается. Наконец, в условиях пандемии нежилые и немедицинские помещения (например, выставочные центры) были переоборудованы в гигантские палаты интенсивной терапии.

Принимая во внимание подвижность этих границ, попробуем далее рассмотреть в первую очередь реанимационное пространство, локализованное в пределах больничного здания. Как и остальные структурные подразделения больницы, отделение реанимации и интенсивной терапии обладает регламентированной планировкой<sup>46</sup>. Как уже отмечалось во введении, больничная палата, в которой оказывают помощь тяжелым пациентам, в разных странах может обозначаться различными терминами. Варьируется и профиль оказания помощи. Так, например, российские реанимационные отделения имеют смешанный характер «терапия-хирургия»<sup>47</sup>.

Первое в Европе реанимационное отделение было создано в 1953 г.

---

<sup>46</sup> Согласно действующему в РФ Стандарту оснащения ОРИТ для взрослого отделения, его структура включает в себя операционную, манипуляционную, диагностический кабинет; преднарковую палату, палату пробуждения, противошоковую палату, палату реанимации и интенсивной терапии (Стандарт оснащения отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения. Приложение № 12 к Приказу МЗ РФ № 919н от 15.11.2012 г. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9128> (дата обращения: 16.09.2019)).

<sup>47</sup> Григорьев Е.В., Михайлова А.А., Шукевич Д.Л. и др. Восстановление критических пациентов – системный подход // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2019. № 8 (2). С. 118.

усилиями анестезиолога Бьорна Ибсена в Копенгагене<sup>48</sup>. Этому предшествовала эпидемия полиомиелита, вспыхнувшая в датской столице годом ранее. Многим пациентам требовалась искусственная вентиляция легких, которую за неимением аппаратов с положительным давлением приходилось осуществлять вручную при помощи дыхательных мешков<sup>49</sup>. Один из подходов к организации эффективной помощи состоял в том, чтобы позаботиться об этих пациентах в одном месте. Это привело к появлению первых отделений интенсивной терапии в том виде, в каком они известны сегодня<sup>50</sup>. Спустя пять лет, в 1958 г., Питер Сафар открыл многопрофильное отделение интенсивной терапии в городской больнице Балтимора в США. На протяжении следующего десятилетия отделения интенсивной терапии стали появляться в больницах по всей Европе, в США, в Австралии и Новой Зеландии<sup>51</sup>. В СССР первое реанимационное отделение общего профиля было учреждено в 1964 г. в клинической больнице им. С.П. Боткина<sup>52</sup>.

Очевидно, что в настоящее время такие параметры реанимационных отделений, как планировка, организационная структура, уровень материально-технической оснащённости, существенно варьируются не только от страны к стране, от столицы к провинции, но и от больницы к больнице в пределах одного города. Все это многообразие эмпирических реалий трудно обобщить. Сравнительный анализ практик интенсивной терапии по всему миру мог бы стать перспективной темой для исследований в области медицинской антропологии. Однако постановка проблемы о специфике реанимационного пространства с позиций философии науки и техники требует абстрагирования.

---

<sup>48</sup> Kelly F.E., Fong K., Hirsch N., Nolan J.P. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit // *Clinical Medicine*. 2014. Vol. 14. No. 4. P. 376.

<sup>49</sup> К концу эпидемии около полутора тысяч студентов-медиков осуществляли ИВЛ вручную в общей сложности в течение 165 тысяч часов (*Richmond C. Bjørn Ibsen // British Medical Journal*. 2007. Vol. 335. No. 7621. P. 674).

<sup>50</sup> Dries D.J. Mechanical Ventilation: History and Harm // *Air Medical Journal*. Vol. 35. No. 1. P. 12.

<sup>51</sup> Vincent J.-L. Critical care – where have we been and where are we going? // *Critical Care*. 2013. Vol. 17. Suppl. 1. P. 2.

<sup>52</sup> Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. М.: Грантъ, 2001. С. 141.

С самого момента своего появления реанимационные отделения были и остаются частью больничных учреждений. Поэтому, прежде всего, следует кратко охарактеризовать особенности больничного пространства как такового. До конца XVIII в. уход в больницах, представлявшими собой скорее богадельни, за пациентами осуществлялся монашествующими. Превращение больниц из богоугодных заведений в лечебные учреждения, в которых студенты-медики учились непосредственно на практике, привело к появлению особого «клинического взгляда», нового стиля врачебного мышления и восприятия пациента<sup>53</sup>.

При устройении нового типа больниц было принято следовать определенным принципам. Прежде всего, выстраивались четкие институционально-территориальные границы с целью обеспечить автономность больниц и защитить их от вмешательства извне (по аналогии с другими дисциплинарными институтами – монастырями, казармами, колледжами). Кроме того, предполагалась внутренняя дифференциация архитектурного пространства (коридоры и стены между палатами в больницах-павильонах, специализированные больничные блоки в роли функциональных ячеек)<sup>54</sup>.

В этом отношении можно проследить некоторую преемственность современной палаты интенсивной терапии с тем госпитальным пространством, которое стало складываться с конца XVIII в. Так, фиксация жестких институционально-территориальных границ прослеживается и в настоящее время. Отделения реанимации, как правило, предполагают более или менее строгое ограничение доступа для внешних посетителей (по крайней мере, это типично для российских реалий, несмотря на некоторые законодательные и общественные инициативы, создавая серьезные проблемы социально-психологического плана для пациентов и их родственников). Однако трудно признать это исключительной особенностью реанимационного пространства.

---

<sup>53</sup> Фуко М. Видеть и знать // Фуко М. Рождение клиники. / Пер. с фр. А.Ш. Тхостова. М.: Академический Проект, 2010. С. 135–153.

<sup>54</sup> Михель Д.В. Воплощенный человек. С. 87–88.

Тогда какие пространственные характеристики делают реанимационную палату принципиально отличной от других больничных помещений? Очевидно, что такие параметры реанимационной палаты, как планировка, площадь помещения, количество коек и т. п., могут варьироваться от одной больницы к другой. По отношению к основному предназначению этой палаты эти характеристики можно назвать вторичными. Вместе с тем, количество коек, а также доступность необходимых приборов, медикаментов и других материальных ресурсов, на практике порой играют решающую роль в принятии врачебных решений. Не в последнюю очередь, следует учитывать и ограниченное число квалифицированных медицинских кадров. Впрочем, пределы материально-технических и кадровых ресурсов задают достаточно жесткие рамки, свойственные не только реанимационному отделению, но и всему медицинскому учреждению.

В качестве неотъемлемого признака палаты интенсивной терапии можно предположить наличие специального оборудования. Однако и это едва ли можно назвать отличительным свойством, поскольку плотная оснащенность высокотехнологичным медицинским оборудованием в настоящее время может быть характерной не только для реанимационных палат, но и для операционных залов и диагностических отделений (например, рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, лаборатории). Реанимационная палата сходна не столько с исследовательской лабораторией, сколько с заводским, ремонтным цехом.

При этом оборудование в реанимационной палате создает специфический и достаточно шумный звуковой ландшафт, в котором сигналы, издаваемые приборами, смешиваются с тем шумом, который порождается присутствием страдающих пациентов. Медперсонал постепенно привыкает к сигналам мониторов, которые нередко оказываются ложной тревогой. В результате, у дежурных врачей и медсестер даже может возникнуть невосприимчивость к этим сигналам, получившая название «усталости от сигналов тревоги» (alarm

fatigue)<sup>55</sup>. У пациентов, находящихся в сознании, эти фоновые шумы могут вызывать сильное психологическое напряжение, усугубляемое общей тревожной обстановкой в палате интенсивной терапии.

Наличие оборудования и создаваемый им шум позволяют проследить некоторое сходство реанимационной палаты с разного рода внебольничными технологическими комплексами. Так, например, Д.В. Михель проводит параллели между хирургическими операционными и больничными палатами, в которых функционируют аппараты искусственного жизнеобеспечения, и герметичными кабинами подводных лодок, боевых самолетов или космических кораблей, в которых есть свои системы поддержания жизни, снабжающие кислородом находящихся внутри людей<sup>56</sup>. Указания на это сходство достаточно распространены в современной врачебной прозе. Американский врач Филипп Грин, рассказывая об одном случае своей практики в приемном отделении скорой помощи, сравнивает палату интенсивной терапии с кабиной пилота космического шаттла<sup>57</sup> и самолета<sup>58</sup>. Британский реаниматолог Мэтт Морган сравнивает смены в больнице с длительным морским плаванием<sup>59</sup>. В романе французской писательницы Майлис де Керангаль «Чинить живых» реанимационная палата «в недрах госпиталя» описывается как «оборотная сторона дневного мира», «особое пространство, за пределом жизни», в котором «царит вечное напряжение» и которое принимает в себя «тела всех пребывающих между тем и этим светом»<sup>60</sup>. Примечательно, что для одного из персонажей романа, врача Револя, дежурство в реанимации сравнивается с «вахтой на космическом корабле, устремившемся к черной дыре, на подводной лодке, погружившейся в бездонную

---

<sup>55</sup> *Kacmarek R.M.* The Mechanical Ventilator: Past, Present, and Future // *Respiratory Care*. 2011. Vol. 56. No. 8. P. 1178.

<sup>56</sup> *Михель Д.В.* Воплощенный человек. С. 151.

<sup>57</sup> *Грин Ф.А.* Держи его за руку. Истории о жизни, смерти и праве на ошибку в экстренной медицине. СПб.: Питер, 2019. С. 95.

<sup>58</sup> Там же. С. 115–119.

<sup>59</sup> *Морган М.* Реанимация. Истории на грани жизни и смерти. М.: Бомбора, 2020. С. 229.

<sup>60</sup> *Керангаль М.* Чинить живых. М.: Бертельсманн Медиа Москау АО, 2015. С. 14.

пучину, в пасть Марианского желоба»<sup>61</sup>. Образ черной дыры встречается также в воспоминаниях британского реаниматолога Раны Авдиш, пережившей клиническую смерть на операционном столе<sup>62</sup>.

Необходимость безотлагательно принимать серьезные решения при таких сопутствующих факторах, как недостаточность информации для точного диагноза и повышенный риск врачебных ошибок, роднит реанимационную палату с неким форпостом или театром боевых действий. Граница между жизнью и смертью воспринимается как линия фронта, на которой медицинские технологии выступают в качестве орудий сражения, а пациент оказывается заложником смерти как главного врага. Однако не только тяжелая болезнь и смерть, образно говоря, берут человека в плен. Сами стены больничной палаты кажутся подобием тюремных застенок не только подавляющему большинству пациентов, но и самим врачам (например, как размышляет И. Эбби, «ни один из окружавших меня пациентов на самом деле не смог бы выйти отсюда самостоятельно»<sup>63</sup>).

Исключительная особенность реанимационной палаты видится в том, что это пространство, по выражению де Керангаль, принимает в себя «тела всех пребывающих между тем и этим светом»<sup>64</sup>. В этом отношении можно проследить некоторое сходство реанимационных палат с особыми обитуариями, которые появились в Германии на рубеже XVIII–XIX вв., «убежищами жизни, находящейся под сомнением» (*vitae dubiae azilia*). Речь идет о моргах, в которых тела хранились под наблюдением, пока не начиналось их разложение, что позволяло совершенно удостовериться в факте смерти. Такие обитуарии возникли в Веймаре, Берлине, Майнце и Мюнхене<sup>65</sup>. Реанимационные палаты тоже в некоторой степени представляют собой «убежища жизни, находящейся под сомнением» (еще точнее, под угрозой). Однако очевидно, что в те обитуарии

<sup>61</sup> Керангаль М. Чинить живых. С. 14.

<sup>62</sup> Авдиш Р. В шоке. Мое путешествие от врача к умирающему пациенту. М.: Бомбора, 2020. С. 9, 101.

<sup>63</sup> Эбби И. Семь причин для жизни. СПб.: Питер, 2018. С. 187.

<sup>64</sup> Керангаль М. Чинить живых. С. 14.

<sup>65</sup> Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. С. 336.



попадали люди, которых уже успели признать умершими, хотя при этом и признавалась вероятной ошибочной констатации смерти. Поэтому следует уточнить, что реанимационная палата не просто принимает в себя «тела всех пребывающих между тем и этим светом», но и обладает некоторыми технологическими возможностями продления их жизни. Этим реанимационная палата также отличается от отдельных палат для умирающих, которые существовали в больницах до появления отделений интенсивной терапии и специализированных учреждений паллиативной медицины.

### *1.1.3. Темпоральные аспекты интенсивного наблюдения*

В отличие от большинства других больничных отделений, в палате интенсивной терапии можно наблюдать принципиально иной темпоральный контекст, что находит свое отражение в самих терминах «экстренная медицина», «скорая помощь» и т. д. В ситуациях, когда существует угроза для жизни пациента, счет идет на минуты, нередко секунды. Упущенное время почти всегда оказывается фатальным. Американский хирург Р. Адамс Коули писал о «золотом часе между жизнью и смертью». Подразумевается, что для спасения критического пациента в распоряжении врача есть меньше 60 минут. Даже если пациент умрет не сразу, а спустя несколько дней или недель, за этот час между жизнью и смертью в организме происходят необратимые изменения<sup>66</sup>. Кроме того, чрезвычайно трудно определить точное время, когда клиническая смерть переходит в биологическую<sup>67</sup>. Позднее высказывались сомнения относительно догматизации «золотого часа» Коули. Для одного пациента таким спасительным интервалом могут оказаться всего пять минут, для другого – целые сутки и даже более<sup>68</sup>.

---

<sup>66</sup> Cowley R.A. A Total Emergency Medical System for the State of Maryland // Maryland State Medical Journal. 1975. Vol. 24. No. 7. P. 37–45.

<sup>67</sup> Тростан В.Г. Патопфизиология экстремальных и терминальных состояний. Омск: СибГАФК, 2001. С. 66.

<sup>68</sup> Rogers F.B., Rittenhouse K. The Golden Hour in Trauma: Dogma or Medical Folklore? // Injury. 2014. Vol. 46. No. 4. P. 525–527.

Так или иначе, в палате интенсивной терапии жизнь больного может напрямую зависеть от точности и своевременности интерпретации медицинских фактов. Вместе с тем, жесткий цейтнот существенно затрудняет постановку верного диагноза и прогнозирования. В большинстве случаев у реаниматологов нет возможности выяснить обстоятельства, приведшие к критическому состоянию пациента, собрать подробный анамнез, в том числе социальный. Как отмечает М. Морган, не располагая сведениями о социальном контексте жизни своих больных, врачи могут либо недооценивать, либо переоценивать их способность к выживанию и восстановлению<sup>69</sup>.

Особенно остро эта проблема может проявляться в ситуациях, когда число пациентов превышает возможности материально-технической базы реанимационного отделения. Так, например, во время пандемии COVID-19 во многих странах возникла нехватка аппаратов ИВЛ для пациентов с острой дыхательной недостаточностью. Если в течение определенного периода состояние больного не улучшается, приходится решать, отключить ли его от аппарата ИВЛ, чтобы подключить другого пациента, чьи шансы на выживание выше. Подробнее о подобных этических дилеммах еще будет сказано в третьей главе. Здесь же пока остановимся на констатации того факта, что время задает неумолимо жесткие рамки, диктуя своего рода «конвейерную» логику в отношении больных.

В пространстве медицины необратимость как свойство линейного времени присутствует не только в качестве абстрактного понятия. Оно переживается на эмпирическом уровне, в контексте медицинских практик, скорее как непоправимость, перед лицом которой на врача возлагается «смертельная ответственность»<sup>70</sup>, при которой «второго шанса никто не даст»<sup>71</sup>. При этом времени на раздумья чаще всего нет: «В реанимации нередко промедление и есть смерть»<sup>72</sup>. Однако жесткий цейтнот чреват не только врачебными ошибками, но и

---

<sup>69</sup> Морган М. Реанимация. Истории на грани жизни и смерти. С. 237.

<sup>70</sup> Каланити П. Когда дыхание растворяется в воздухе. С. 138.

<sup>71</sup> Уэстаби С. Хрупкие жизни. С. 17.

<sup>72</sup> Соколов Я. Вызов принят. Невероятные истории спасения. С. 85.

пренебрежением к моральной стороне дела. Так, по словам американского биоэтика Джудит Андре, когда времени не хватает в целом, его «не хватает именно на этические вопросы»<sup>73</sup>.

В клинической и юридической практике граница между жизнью и смертью документально фиксируется через указание точного времени смерти. При этом в медицине критических состояний временем смерти пациента принято считать время прекращения реанимационных действий<sup>74</sup>. В связи с этим стоит указать на сложившиеся практики декларирования момента смерти (*pronouncing death*). Формулировку «время смерти – X часов, Y минут», которую врач произносит при прекращении реанимации или отключении пациента от аппаратов жизнеобеспечения, можно рассматривать в роли особого речевого акта перформатива (*performative utterance* в терминологии Дж. Остина<sup>75</sup>). Пациент *объявлен* мертвым и с того момента, который документально зафиксирован в часах и минутах, считается таковым (по меньшей мере юридически).

Подводя предварительные итоги, еще раз отметим, что реанимационное пространство предназначено для чрезвычайно быстрого реагирования. Отрезок времени, в течение которого медицинское вмешательство может быть успешным, крайне ограничен. Реанимационные технологии иногда дают возможность выиграть немного времени, чтобы оценить ситуацию, попытаться взять ее под контроль и принять решение. При этом тактики и стратегии обусловлены тремя «не» – неотложностью, непредсказуемостью и необратимостью. Предполагается, что четкая специализация, стандартизация и автоматизация действий могут помочь в том, чтобы взять критические ситуации под контроль. Как показывает клиническая практика, всех этих усилий, к сожалению, нередко оказывается недостаточно.

---

<sup>73</sup> *Andre J. Learning to See: Moral Growth during Medical Training // Journal of Medical Ethics. 1992. Vol. 18. No. 3. P. 149.*

<sup>74</sup> *Прасмыцкий О.Т., Павлов О.Б. Практические навыки по анестезиологии и реаниматологии. Сердечно-легочная реанимация: учеб.-метод. пособие. Минск: БГМУ, 2015. С. 25.*

<sup>75</sup> *Austin J.L. How To Do Things With Words. Oxford: Clarendon Press, 1962. P. 6.*

## 1.2. Объекты интенсивного наблюдения

### 1.2.1. Пациенты в критическом состоянии

На первый взгляд кажется само собой разумеющимся, что единственным или, по крайней мере, основным объектом наблюдения в реанимации является пациент. Однако это утверждение при более подробном рассмотрении можно поставить под сомнение.

Пациент может попасть в отделение реанимации и интенсивной терапии вследствие самых разных причин. В целом, все предшествующие этому сценарии можно попытаться обобщить следующим образом. Человек в критическом состоянии может быть направлен в реанимационную палату либо по скорой помощи (минуя приемное отделение), либо из приемного отделения, либо его, ранее госпитализированного, могут перевести из других отделений больницы. Кроме того, среди пациентов реанимации немало посленаркозных больных, которых помещают под интенсивное наблюдение до восстановления жизненных функций, угнетенных во время хирургических вмешательств. Такая практика особенно характерна для тех больниц, где при операционных блоках нет отдельных восстановительных палат<sup>76</sup>. В крупных больницах реанимационные отделения могут делиться по профилям (кардиология, неврология, токсикология). Но в целом для палат интенсивной терапии характерен разнородный состав пациентов. В одной палате могут оказаться люди самого разного пола и возраста (исключение составляют педиатрические отделения, в т.ч. для новорожденных).

В реанимационном пространстве многие пациенты находятся в бессознательном состоянии. Медперсонал нередко говорит о них – даже в их присутствии – в третьем лице или как о неодушевленных объектах. Действительно, можно допустить, что пациент в реанимации во многом похож на объект научного исследования, помещенный в искусственные условия наблюдения, похожие на лабораторные. Он оказывается изолированным

---

<sup>76</sup> Соколов Я. Вызов принят. Невероятные истории спасения. С. 119.

от привычной обстановки, социокультурного контекста. В сложившейся биомедицинской парадигме знание о социальном положении человека, его психологических особенностях и т. п. воспринимается как несущественное для помощи в критической ситуации.

Взаимодействуя с пациентом, врач руководствуется клинической точкой зрения. Подобный клинический взгляд вырабатывается годами в процессе получения медицинского образования и стажировки. Особенность клинического взгляда заключается в умении фокусироваться на тех предметах, которые представляются наиболее значимыми для врачебных целей: «клиническое тело», «органы» и «системы органов», «результаты анализов». Эти предметы врачи видят отчетливее всего, в то время как специалисты других областей могут видеть иное. Это может быть особенно значимо при сопоставлении с оптикой восприятия гуманитариев. Например, антропологи в силу своей специализации обычно видят такие предметы как представления, ценности, культура, обычаи, пациентов – то, что для врачей объективно остается невидимым. Для антрополога человек представляет собой не клиническое тело, которое обладает рядом биологических функций, а живой субъект со своим сложным внутренним миром, принадлежащий конкретной социальной группе и культуре<sup>77</sup>.

На это можно возразить, что в критической ситуации нет времени всматриваться в ценности и убеждения пациента. Действительно, избирательный врачебный взгляд обусловлен жестким цейтнотом, о котором уже упоминалось в предыдущем параграфе. Так, когда жизнь пациента находится под угрозой, некогда разбираться в том, что может считаться несущественным с медицинской точки зрения. Кроме того, обычно нет возможности собрать не только полноценный анамнез, но даже узнать основные сведения о человеке (имя, точный возраст и т.д.), поскольку чаще всего пациенты поступают в отделение реанимации в полу- или бессознательном состоянии. Тем более проблематично рассчитывать на то, что в этих условиях врачи будут видеть в каждом пациенте

---

<sup>77</sup> *Михель Д.В.* Медицинская антропология. С. 79.

уникальную и неповторимую личность. «До личности ли тут, когда больной одной ногой стоит на пороге смерти, когда нужно просто спасти его», – приводит А.Ю. Аксельрод распространенный аргумент, которым обычно оспаривают упреки в бесцеремонном отношении к пациентам. При этом он добавляет, что при тяжелых травмах крайне трудно спасти человека не просто как биологический организм, но человека как личность<sup>78</sup>.

Постановка проблемы о восприятии пациента как личности, безусловно, требует отдельного прояснения. Это понятие отличается чрезвычайной емкостью и многозначностью. В современных гуманитарных исследованиях, а также в повседневной речи, под личностью подразумевается индивидуальность человека. Даже если ограничиться этим значением, можно обнаружить, что в сложившихся больничных практиках в первую очередь выносятся за скобки именно индивидуальность пациента как человека. В зарубежных автобиографических нарративах врачей и пациентов распространен пример с обезличивающими больничными сорочками. Попадая в больницу, человек, прежде всего, лишается своей привычной одежды. Трудно поспорить с тем, что эта необходимость продиктована санитарно-гигиеническими соображениями. Тем не менее, примечателен тот факт, что в больнице человеку предписано надевать нечто однотипное.

В отношении реанимационного пространства эта проблема лишения привычной одежды проявляется еще острее, поскольку во многих случаях пациенты лежат на своих койках полностью обнаженными. Иногда эта нагота отчасти камуфлируется постельным бельем и ширмами. Но нередко пациент оказывается лишен даже этого. Здесь нагота предписана санитарно-гигиеническими требованиями уже в меньшей мере. На первый план выходит необходимость устранить все препятствия для решительных мер. Формы медицинского наблюдения становятся более агрессивными (инвазивный мониторинг, необходимость катетеризации). Иногда пациенту фиксируют руки,

---

<sup>78</sup> Аксельрод А.Ю. Оживление без сенсаций. М.: Знание, 1988. С. 54.

чтобы он не выдернул иглы капельниц, катетеры или какие-либо иные приспособления. Если по медицинским показаниям потребовалась интубация с подключением к аппарату ИВЛ, то такой пациент, даже если он остается в сознании, оказывается не в состоянии говорить.

Можно возразить, что все эти манипуляции продиктованы медицинской целесообразностью ради блага самого же пациента. Вместе с тем, очевидно отсутствие паритета между врачом и критическим больным, который в большинстве случаев оказывается неспособен выразить несогласие с теми или иными решениями и действиями.

Так, проблема с негласным запретом на признание субъектности пациента в реанимационном пространстве значительно глубже, чем просто констатация того, что человеку не дают проявить собственную индивидуальность в привычном облике. Скорее здесь имеет смысл говорить о механистическом восприятии человеческого организма, прочно закрепившемся в системе медицинского знания. Клиническому взгляду свойственно видеть не больного, а клиническое тело<sup>79</sup>. В качестве центрального предмета медицинского исследования тело воспринимается как простой механизм, который в целом мало чем отличается от машин, созданных человеком. Такой механистический взгляд открывал широкие возможности для поиска решений медицинских проблем, опираясь на экспериментально-математические установки естествознания<sup>80</sup>. За несколько веков клинический взгляд существенно усложняется. Свою роль в этом сыграл ряд медицинских революций – от «госпитальной» в XVIII в. до биотехнологической революции наших дней<sup>81</sup>. В результате происходит эпистемологическая редукция человека (личности как «социального тела», гражданина как «политического тела») к набору симптомов<sup>82</sup>. Клинический взгляд больше не воспринимает тело как уникальное пространственное единство.

---

<sup>79</sup> *Михель Д.В.* Воплощенный человек. С. 62.

<sup>80</sup> *Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н.* История и философия медицины. С. 107.

<sup>81</sup> *Тищенко П.Д.* Био-власть в эпоху биотехнологий. С. 112.

<sup>82</sup> *Михель Д.В.* Медицинская антропология. С. 237–238.

Это тело изначально фрагментировано и лишено своей феноменальной целостности<sup>83</sup>.

Если воспринимать медикализированное тело в качестве механизма, это позволяет допустить, что оно поддается управлению и контролю при помощи технологических средств<sup>84</sup>.

Редукция как интеллектуальная процедура, свойственная биомедицинскому мышлению, находит свое отражение в рутинных медицинских практиках в реанимационной палате. Превращение человека в пациента реанимации связано с цепочкой объективирующих редукций. Даже по сравнению с пациентами других больничных отделений пациент в реанимационном пространстве подвергается вышеупомянутым процедурам, которые еще больше подчеркивают эту редукцию и в конечном счете унижают человеческое достоинство. Редукция пациента до отдельных параметров может еще проявляться в том, что младший медперсонал, находясь у его койки, нередко полностью игнорирует его присутствие как конкретной личности и сосредотачивает все внимание на цифрах на мониторе.

По мнению А. Мол, в больничных практиках речь идет не столько о редукции, сколько о «переключении репертуаров»<sup>85</sup>. Сходную мысль высказывает П. Сьюард, выделяя два подхода к пациенту – человеческий и медицинский. С одной стороны, он признает необходимость относиться к пациенту как к человеку. С другой стороны, в процессе лечения его тело воспринимается просто как объект. Приходится переключаться между этими подходами, и на практике это оказывается непросто<sup>86</sup>.

Так или иначе, охватить взглядом все и сразу оказывается невозможным. Фокусировка на чем-либо предполагает исключение из поля зрения чего-то иного. В этом отношении примечательна мысль Н.Д. Джюсона о том, что космологии

---

<sup>83</sup> Подорога В.А. Эпоха Corpus'a? // *Нанси Ж.-Л. Corpus*. М.: Ad Marginem, 1999. С. 199–200.

<sup>84</sup> *Robbins B.D. The Medicalized Body and Anesthetic Culture*. P. 60.

<sup>85</sup> Мол А. Множественное тело. С. 172–173.

<sup>86</sup> Сьюард П. Ангелы спасения. Экстренная медицина. М.: АСТ, 2019. С. 107.



представляют собой не только способы видения, но также способы не-видения (ways of not seeing). Космологии *предписывают* видимое и невидимое, воображимое и немислимое<sup>87</sup>. В частности, Джюсон фиксирует исчезновение пациента из поля зрения госпитальной космологии.

Развивая этот тезис, можно предположить, что вопрос о ценностных установках, породивших и продолжающих питать отстраненный клинический взгляд на человека, напрямую связан с отношением к смерти. Некоторые авторы усматривают в такой научной демистификации смерти попытку самозащиты перед неопределенностью этого мира и осознанием собственной смертности. Здесь можно обозначить в виде гипотезы одну из основных проблем антропологического плана, связанных с современными реанимационными практиками. Вместе с демистификацией страдания и смерти, вслед за объективацией, происходят деперсонализация и дегуманизация пациента.

При этом важно подчеркнуть, что технологический фактор в этом процессе играет роль не столько триггера, сколько катализатора. Применение технологий может создавать дополнительные барьеры между врачом и пациентом и увеличивать дистанцию между ними. Так, например, описывая один эпизод из своей практики (действие происходит в лаборатории катетеризации сердца), анестезиолог Г. Пшибыло замечает: «Пациента, лежащего на столе, легко можно не заметить в этих техно-джунглях»<sup>88</sup>. Однако корень проблемы видится не в технологиях как таковых, а в изначальной направленности взгляда познающего наблюдателя. Эпистемологическая редукция пациента к клиническому телу, хотя и возникла задолго до появления реанимационных палат, но именно там получила дальнейшее развитие.

Также приходится сталкиваться с относительностью термина «терминальный больной», который, как показывает практика, не может быть одинаковым для двух разных пациентов. Раньше термин «терминальный

---

<sup>87</sup> Jewson N.D. The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770–1870 // International Journal of Epidemiology. 2009. No. 38. P. 622.

<sup>88</sup> Пшибыло Г. Обратный отсчет. Записки анестезиолога. М.: АСТ, 2017. С. 46.

больной» нередко мог употребляться, чтобы оправдать отказ в переводе в реанимационное отделение или применение жизнеподдерживающей терапии. Однако по мере того, как медицинские технологии продолжают развиваться и способны все успешнее замещать ключевые процессы жизнедеятельности, становится все меньше ситуаций, когда нет возможности поддерживать жизнь пациента. Кроме того, в реанимационное отделение все чаще попадают те, у кого прогрессируют заболевания, приводящие к летальному исходу, но интенсивная терапия позволяет продлить жизнь еще хотя бы на несколько недель или дней<sup>89</sup>. Так, например, М. Морган отмечает, что в настоящее время каждый третий пациент с онкологическим заболеванием на последней стадии умирает после поступления в реанимационное отделение. Несмотря на предсказуемость и предопределенность близкой смерти таких больных, они умирают после реанимационных вмешательств, в окружении не только родных, но и аппаратов. Такое пребывание в реанимационной палате может причинять больше страданий, чем паллиативная помощь<sup>90</sup>.

В связи с этим П.Д. Тищенко указывает на характерное для биомедицинской парадигмы исчезновение идентичности умирающего и его превращение в обычного больного. Пациент либо жив, даже если его состояние характеризуется как крайне тяжелое, либо уже мертв. Умирание как некий отдельный акт исчезает из поля зрения, перестает быть наблюдаемым в биомедицинской парадигме<sup>91</sup>. На это обращает внимание Ф. Арьес, ссылаясь на исследования Э. Кюблер-Росс. Когда еще полвека назад она попробовала беседовать с умирающими об их состоянии и переживаниях, администрация больницы усмотрело в этом неуместную жестокость и оспорило саму постановку

---

<sup>89</sup> Bledsoe T.A., Ward N.S., Levy M.N. Этические принципы в медицине критических состояний // Руководство по критической медицине / Под ред. Ж.-Л. Венсана: в 2 т. Т. 2. СПб.: Человек, 2019. С. 1729.

<sup>90</sup> Морган М. Реанимация. Истории на грани жизни и смерти. С. 273.

<sup>91</sup> Тищенко П.Д. На гранях жизни и смерти. С. 94.

проблемы: «Умирующие? Таких нет. Их и не может быть в хорошо организованном лечебном заведении»<sup>92</sup>.

Таким образом, можно выделить еще один проблемный аспект в отношении видимости границы между жизнью и смертью. В реанимационном пространстве размывается граница между умирающими и теми, кого еще можно спасти.

### *1.2.2. Проявления жизни и признаки смерти*

Возникает вопрос о том, как достоверно выявить признаки приближения и наступления смерти. Процесс биологического умирания человеческого организма в целом невидим невооруженным глазом. Даже видимые признаки наступившей смерти требуют заключения специалиста, способного корректно интерпретировать увиденное. При этом, по мнению французского физиолога А. Дафра, заключение судмедэксперта представляет собой не столько констатацию, сколько прогноз. Дело в том, что отдельные следы витальности (например, рост волос и ногтей) могут продолжаться некоторое время после видимой смерти человека<sup>93</sup>. Это отчасти можно объяснить тем, что с биологической точки зрения человеческое тело, признанное мертвым в клиническом смысле, еще живо. Об этом свидетельствует сам факт начинающегося процесса разложения как цепочки определенных биохимических процессов<sup>94</sup>.

Можно было бы предложить, что невидимость некоторых надвигающихся признаков смерти объясняется масштабами. Действительно, человеческий глаз не в состоянии рассмотреть микроскопически малые объекты без специального оптического оборудования. Так, по мнению ряда авторов, именно на клеточном уровне следует искать границу между жизнью и смертью<sup>95</sup>. Однако южноафриканский биолог и антрополог Л. Уотсон радикально проблематизирует

<sup>92</sup> *Аръес Ф.* Человек перед лицом смерти. С. 484.

<sup>93</sup> *Янкелевич В.* Смерть. М.: Изд-во Литературного института, 1999. С. 248.

<sup>94</sup> *Watson L.* The Romeo Error: A Matter of Life and Death. London: Hodder and Stoughton, 1974. P. 24.

<sup>95</sup> *Тищенко П.Д.* На гранях жизни и смерти. С. 50.

разграничение жизни и смерти на уровне клеток. Один из примеров, которые он приводит в своей научно-популярной книге «Ошибка Ромео», связан с кожными покровами человеческого организма. По его мнению, если считать клетки кожи мертвыми, то «наше тело буквально укрыто смертью. Ни одной живой клетки не видать, в поле зрения одна лишь смерть, и все же нас числят среди живых»<sup>96</sup>. При этом он не останавливается на клеточном уровне. Ссылаясь на исследователей в области молекулярной биологии, Уотсон утверждает, что чем выше разрешение микроскопов, тем яснее отсутствие принципиального различия между живой и мертвой материей<sup>97</sup>. В итоге, он приходит к выводу о бессмысленности любых попыток выявить различие между жизнью и смертью на любом уровне с точки зрения биологии. По его мнению, смерть – искусственное понятие в межличностных отношениях, не имеющее биологической, клинической или логической реальности. Уотсон усматривает в смерти всего лишь изменение состояния, которое часто оказывается обратимым и временным<sup>98</sup>.

На каком же уровне проходит биологическая граница между жизнью и смертью – органом, гистологическом, клеточном, молекулярном, атомарном, субатомарном? К.Э. Циолковский отрицает существование отчетливой границы между живым и мертвым. По его мнению, не остается ничего, кроме атомов, которые лишь условно можно считать нечувствительными<sup>99</sup>. Х. Варрайч подчеркивает малоизученность танатогенеза, в особенности явлений клеточной смерти. По его словам, несмотря на кажущуюся простоту смерти по сравнению с жизнью, научное знание о клеточной смерти чуть ли не на столетие отстает от представлений о том, как клетки зарождаются<sup>100</sup>.

---

<sup>96</sup> *Watson L.* The Romeo Error: A Matter of Life and Death. P. 24.

<sup>97</sup> *Ibid.* P. 20.

<sup>98</sup> *Ibid.* P. 85.

<sup>99</sup> *Циолковский К.Э.* Приложение. Ответ В.Г. // Атлас дирижабля из волнистой стали. Калуга, С. 22–23. (Цит. по: *Алексеева В.И.* Философия бессмертия К. Циолковского: истоки системы и возможности анализа // *Общественные науки и современность.* 2001. № 3. С. 182–183.)

<sup>100</sup> *Варрайч Х.* Современная смерть. Как медицина изменила уход из жизни. М.: Альпина нон-фикшн, 2021. С. 31.

Наконец, можно поставить вопрос о том, считать ли смерть биологической необходимостью или же неестественным сбоем в мироздании. В.Г. Шор считает смерть «следствием непреодолимых условий, заложенных природой внутри самого организма»<sup>101</sup>. Противоположной позиции придерживаются И.И. Мечников, Р. Фейнман, Дж. Уайатт.

Вполне возможно, что этот вопрос так и останется без ответа. При желании можно до бесконечности теоретизировать. Тем не менее, в практической плоскости вопрос о критериях смерти человека требует предельной ясности. Врачам – в первую очередь, в области таких специальностей, как реанимация и интенсивная терапия, хирургия, паллиативная медицина, приходится фактически ежедневно констатировать смерти. Необходимость четких и недвусмысленных критериев в значительной мере связана с грузом ответственности – как юридической, так и моральной.

Традиционно наступление смерти человека констатировалось на основании необратимого прекращения дыхания. После изобретения стетоскопа в начале XIX в. определяющим критерием смерти стала остановка сердцебиения и кровообращения<sup>102</sup>. Изобретение нового прибора – в данном случае стетоскопа – повлияло на изменение определяющего критерия смерти. Так, в качестве классического локуса смерти – органа или группы органов тела, утрата функций которых ведет к гибели организма, рассматривались легкие и сердце<sup>103</sup>.

К настоящему времени эти представления претерпели изменения. В ряду таких локусов смерти, которые в медицине критических состояний принято называть органами-мишенями, главное место занимает головной мозг. Соответственно, в реанимационном пространстве интенсивное наблюдение фокусируется на функциональной деятельности сердца, легких и головного мозга.

---

<sup>101</sup> Шор В.Г. О смерти человека. Введение в танатологию. Ленинград: Изд-во КУБУЧ, 1925. С. 16.

<sup>102</sup> Daroff R.B. The Historical Evolution of Brain Death from Former Definitions of Death: Harvard Criteria to the Present. P. 217.

<sup>103</sup> Попова О.В., Иванюшкин А.Я. К истории легитимизации концепции смерти мозга, развития трансплантологии и органного донорства: философский и социокультурный контекст. С. 69.

Характерно, что в настоящее время наиболее надежным способом удостовериться в смерти человека являются именно реанимационные мероприятия<sup>104</sup>. В контексте обозначенных выше проблем можно предположить, что медицинские технологии оказывают все более существенное влияние на практики констатации смерти. Так, вследствие изобретения стетоскопа вместо остановки дыхания решающим критерием стало прекращение сердцебиения. Вместе с тем, оба этих признака, составляющие единый кардиопульмональный критерий, могут быть зафиксированы без специального высокотехнологичного оборудования и практически в любых условиях, в то время как достоверно установить необратимое прекращение функций головного мозга возможно только при наличии сложной контрольно-диагностической аппаратуры в клиническом пространстве.

Далее рассмотрим вопрос о том, как процесс наступления смерти репрезентируется в современном биомедицинском дискурсе, который до настоящего времени в значительной мере продолжает опираться на методологию классического естествознания. Особенности современной концептуализации состояний, угрожающих жизни, можно попытаться проследить на примере терминологии. В частности, в контексте рассматриваемой темы представляется значимым вопрос о соотношении и терминологических различиях понятий критического и терминального состояния<sup>105</sup>. Так, в настоящее время в российской науке терминальное состояние принято считать одним из разновидностей критических состояний. Однако в некоторых учебных пособиях встречается

---

<sup>104</sup> *Tercier J.* The Lips of the Dead and the 'Kiss of Life': The Contemporary Deathbed and the Aesthetic of CPR // *Journal of Historical Sociology*. 2002. Vol. 15. No. 3. P. 299–300.

<sup>105</sup> Основанием для констатации как критических, так и терминальных состояний является полиорганная недостаточность. Рассматриваются главным образом морфологические изменения органов. При этом для разграничения критических и терминальных состояний используется критерий необратимости. Если эти морфологические изменения обратимы, делается вывод о наличии критического состояния. В обратном случае принято говорить о состоянии терминальном. Подробнее см.: *Спирин А.В.* Общая патология критических, терминальных и постреанимационных состояний (лекция) // *Медицинский вестник Башкортостана*. 2014. Т. 9. № 5. С. 130; *Алексеева Е.В.* Танатология и танатогенез: исторические факты, проблемы и перспективы изучения // *Медицинские новости*. 2018. № 2. С. 13.

объединение критических и терминальных, а также постреанимационных состояний в премортальный период. Патологии этого периода и составляют объект медицины критических состояний<sup>106</sup>.

По мере развития реанимационных технологий становится возможным все более подробно описать процесс умирания как последовательность стадий<sup>107</sup>. Соответственно, для современных научных определений терминального состояния характерно указание на многоэтапность его протекания. На сегодняшний день в процессе умирания принято выделять следующие стадии: преагональное состояние (преагония) – терминальная пауза – агония – клиническая смерть – биологическая смерть<sup>108</sup>.

Наиболее проблемным в контексте рассматриваемой темы видится вопрос о клинической смерти как последнем этапе умирания. В.А. Неговский указывает на сходство клинической смерти с состоянием анабиоза в естественной среде, хотя эти понятия, на его взгляд, все же не тождественны. Примечательны предпринятые им попытки определить клиническую смерть как то, что «уже не является жизнью, но ещё не является смертью»<sup>109</sup>. Если подходить к предложенному определению строго логически, то возникает вопрос о корректности суждения о «смерти, которая еще не является смертью». Однако это противоречие, по всей видимости, неустранимо при любых попытках дать исключительно рациональные определения описываемому явлению.

---

<sup>106</sup> Алексеева Е.В. Танатология и танатогенез: исторические факты, проблемы и перспективы изучения // Медицинские новости. 2018. № 2. С. 13.

<sup>107</sup> За гибелью коры мозга следует необратимая утрата сознания. Организм теряет способность к поддержанию гомеостатической целостности. Гибнет ствол мозга, и возникает состояние, которое в большей степени сопоставимо не с животным, а с растительным существованием. Организм как целостный индивид уже прекратил свою жизнедеятельность, однако некоторые его органы и ткани еще могут сохранять жизнеспособность. С отмиранием клеток организм теряет последние признаки жизни. (Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий. С. 8).

<sup>108</sup> К терминальным состояниям относят все перечисленные выше стадии от преагонии до клинической смерти. Отличительная особенность терминальных состояний состоит в том, что умирающему организму требуется помощь извне, чтобы восстановиться, даже если устранена причина, создавшая угрозу для жизни (Тристан В.Г. Патофизиология экстремальных и терминальных состояний: учебное пособие. Омск: СибГАФК, 2001. С. 63).

<sup>109</sup> Неговский В.А. Восстановление жизненных функций организма, находящегося в состоянии агонии или периоде клинической смерти. М.: Медгиз, 1943. С. 74.

Выявление стадий при описании некоторого процесса представляет собой некую интеллектуальную процедуру, которая задает концептуальные границы, отделяющие одну стадию от другой. В связи с этим важно указать на конвенциональность этих понятийных границ. Во всех рассмотренных выше определениях прослеживается указание на то, что процессы угасания жизненных функций организма составляют некий континуум. Структурировать его возможно только условно. Концептуальные границы между этапами умирания могут очерчиваться по-разному в зависимости от таких параметров, как ракурс и масштаб наблюдения, критерии, на основании которых выделяются этапы, степень разработанности научного языка, социокультурный контекст, в котором действует исследователь. Например, на клеточном уровне картина танатогенеза может существенно отличаться от его репрезентации на уровне систем органов. Кроме того, можно выявить различия в подходах к описанию одних и тех же процессов исходя из границ медицинских дисциплин. Например, при описании танатогенеза реаниматологи основное внимание уделяют функциональным изменениям, которые вызывают летальный исход, в то время как патологоанатомы фиксируют морфологические проявления, которые сопровождают наступление смерти<sup>110</sup>.

Сама по себе дихотомия акта и процесса, которая присутствует в патофизиологических описаниях, – это тоже определенная теоретическая конструкция. Соответственно, дискуссии о том, следует ли рассматривать смерть как одномоментный акт или как растянутый во времени процесс, тоже вписаны в определенную систему теоретических представлений. Эти воззрения заметно варьировались в истории медицины. В конце концов, можно поставить под вопрос сам выбор механизмов умирания в качестве основного объекта танатологии<sup>111</sup>.

---

<sup>110</sup> Алексеева Е.В. Танатология и танатогенез: исторические факты, проблемы и перспективы изучения. С. 13.

<sup>111</sup> Так, например, Ю.А. Медведев, на протяжении многих лет занимавшийся исследованием проблемами танатогенеза, пришел к убеждению, что «механизмов умирания в природе не существует, есть механизмы борьбы за жизнь; и танатология – наука об их несостоятельности» (Тимофеев И.В. Патология лечения: Руководство для врачей. СПб., 1999. С. 43).



В современной клинической патологии танатогенез до сих пор остается малоизученным, хотя его значение для практической медицины трудно переоценить<sup>112</sup>. Как полагает Ю.М. Падеров, уровень развития медицинской науки пока не позволяет установить, на каком именно этапе протекания болезни в организме происходят необратимые изменения, приводящие к летальному исходу. Значительную трудность представляет выявление причинно-следственных связей между танатогенными морфофункциональными изменениями и наступлением смерти. Наконец, во взглядах на причины и процессы умирания присутствуют расхождения. Пока не сформировано единое представление о танатогенезе<sup>113</sup>.

Уже на данном теоретическом этапе можно увидеть вариативность научных интерпретаций того, что принято называть танатогенезом. Соответственно, можно указать на проблему выявления границы между жизнью и смертью на уровне научной терминологии. Проблема границы между жизнью и смертью в том числе связана с трудностями дифференциации критических состояний, а также стадий премортального периода.

В применяемых схемах при описании этапов танатогенеза, несомненно, заложен эвристический потенциал, а их инструментальную ценность на практике трудно переоценить. Скорее здесь хотелось бы указать еще на одну проблематичную границу – между знанием научным и знанием иного рода, областью тайны.

Если рассматривать патофизиологические описания умирания как теоретические конструкты, то возникает еще одна трудность. В.С. Степин ставит проблему онтологизации теоретических конструктов, на основании которых выстраивается научная картина мира. В качестве примера он приводит представления об атоме и ставит вопрос о том, допустимо ли отождествлять

---

<sup>112</sup> *Алексеева Е.В.* Танатология и танатогенез: исторические факты, проблемы и перспективы изучения. С. 13.

<sup>113</sup> *Падеров Ю.М.* К вопросу о танатогенезе // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 26. № 1. Вып. 2. С. 8–10.

теоретические конструкции с реальностью, приписывая ей те свойства, которые есть у конструкций, изобретенных учеными. Так, представление об атоме как о неделимой частице – это идеализация, которая оказывается устаревшей на фоне современного научного знания. Ведь на самом деле атом обладает сложной структурой и может делиться на части<sup>114</sup>. Если аналогичным образом поставить вопрос в отношении танатологических концептов, не следует ли допустить, что они также являются примерами идеализации и могут быть пересмотрены по мере накопления новых знаний?

Подводя предварительные итоги, попробуем обозначить ряд проблем для дальнейшего анализа. Во-первых, прицельно наблюдаемые параметры напоминают верхушку айсберга, в то время как значительная часть процессов в организме остаются за пределами видимости и недоступны непосредственному чувственному восприятию. Во-вторых, механизмы танатогенеза описываются исходя из наблюдений за медикализированным телом – результатом предварительной эпистемологической редукции, история возникновения которой насчитывает почти пять столетий (если взять за условную точку отсчета трактат Везалия «*De Humani Corporis Fabrica*»). На основании этого осуществляются и стандартизированные практики констатации смерти. Можно ли при этом быть уверенными в том, что в результате такой редукции не упускается какое-либо важное свойство? При этом сами практики и регулирующие их стандарты обусловлены социокультурными факторами, что предполагает вариативность интерпретаций. В-третьих, усмотрение смерти опосредовано логическими умозаключениями. Возможно усмотреть последствия и признаки смерти, но не сам момент. Результаты измерения определенных показателей при помощи приборов предлагают материал для интерпретации. Однако невозможно исключить ошибки в процессе умозаключений.

Итак, можно сделать вывод о том, что граница между жизнью и смертью в реанимационном пространстве обретает видимость лишь условно

---

<sup>114</sup> *Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н.* История и философия медицины. С. 39.

и опосредованно, когда врач фиксирует определенные параметры жизнедеятельности пациента. Наблюдение за параметрами требует все более точных способов и средств их измерения, анализу которых посвящен следующий параграф.

### **1.3. Средства мониторинга критических состояний**

#### *1.3.1. Инструменты репрезентации жизнедеятельности в цифрах*

Исходя из проблемы ускользания от непосредственного усмотрения, зафиксированной в предыдущем параграфе, представляется закономерным вопрос о том, каким образом возможно добиться большей видимости. В данном контексте подразумеваются, в первую очередь, измерительные приборы в качестве инструментов, которые позволяют визуализировать конкретные параметры жизнедеятельности.

Ситуация точного замера параметров жизнедеятельности человека сама по себе достаточно искусственна. Здоровому организму обычно не требуется фиксация количественных параметров его функционирования. Кроме того, в естественных условиях, не имея под рукой приборов, человек, как правило, не может замерить кровяное давление, уровень глюкозы в крови или объем сердечного выброса. В таких случаях о нарушениях процессов жизнедеятельности возможно судить по тем или иным качественным признакам.

Разумеется, в чрезвычайных ситуациях, когда человек находится в критическом состоянии, необходимость точного замера его жизненных показателей и диагностической визуализации связана отнюдь не с праздным любопытством. Для оказания действенной помощи надо не просто увидеть труднодоступное для взгляда. Надо это увидеть как можно быстрее и яснее.

Можно предположить, что в истории медицины, до появления электронных контрольно-диагностических приборов, восприятие критических состояний было принципиально иным. Если человек получил тяжелую травму, вызвавшую обильное кровотечение, то внешние признаки возможной угрозы для жизни от

кровопотери можно распознать невооруженным глазом (резкая бледность, цианоз кожи, потеря сознания). Например, человек внезапно потерял сознание, но под рукой нет никаких измерительных приборов. По каким признакам можно судить о том, что это не простой обморок, а состояние, угрожающее жизни? Наличие пульса и самостоятельного дыхания можно проверить без специальных устройств и при необходимости провести первичные реанимационные мероприятия, но для дальнейшего выяснения причин уже необходимы диагностические приборы – от простого тонометра, доступного в домашних условиях, до массивного аппарата компьютерной томографии.

В настоящее время спектр приборов сердечнососудистого мониторинга весьма разнообразен. В пределах одного параграфа не представляется возможным охарактеризовать все разновидности методик и технологий – от тонометрии и фотоплетизмографии до трансторакальной эхокардиографии и катетеризации легочной артерии<sup>115</sup>. Поэтому в контексте рассматриваемой проблемы основное внимание уделено стандартному монитору пациента на пять параметров (оксиметрия, неинвазивное артериальное давление, электрокардиограмма, частота дыхания, температура). Такой монитор позволяет непрерывно, в режиме реального времени, наблюдать состояние организма.

Неспециалисту эти цифры на мониторах в большинстве случаев мало что говорят. Изменения числовых параметров могут казаться непосвященному взгляду менее наглядными признаками приближающейся смерти, чем постепенно выпрямляющаяся линия электрокардиограммы. Но взгляд специалиста способен распознавать за сочетанием цифр достаточно отчетливую клиническую картину.

Одним из основоположников количественного метода в медицине считается итальянский анатом и физиолог С. Санторио (1561–1636). Задавшись целью подойти к описанию болезней и здоровья с позиций математики, он пытался изучать функционирование органов в их здоровом состоянии, фиксируя

---

<sup>115</sup> О разновидностях мониторов см., напр.: *Meltzer J.S., Mittel A.M.* Мониторинг сердечно-сосудистой системы // Руководство по критической медицине: в 2 т. Т. 1 / Под ред. Ж.-Л. Венсана. СПб.: Человек, 2019. С. 200–202.

количественные показатели их жизнедеятельности. Для этого он использовал целый ряд измерительных приборов (некоторые – собственного изобретения): термометры (водный и ртутный), пульсимер, гигрометр, «камеру» для измерения показателей обмена веществ и др. Английский медик У. Гарвей (1578–1657), которого принято считать основоположником физиологии, также опирался на арифметические вычисления в своих суждениях и опытах<sup>116</sup>.

До XIX в. диагностика была в основном устным и визуальным процессом, без использования инструментов (за исключением уроскопии). Физикальная диагностика, при которой часто использовались измерения, была разработана с высокой степенью точности в начале XIX в.<sup>117</sup>. Почти одновременно с методами физикальной диагностики начали разрабатываться техники и устройства для инструментальной диагностики (см. *Приложение 1*).

Для непосвященного взгляда цифры на мониторах реанимационного отделения могут представляться гораздо менее убедительными изображениями критического состояния пациента, нежели плоская линия ЭКГ или ЭЭГ. Однако для специалиста квантифицированные параметры жизнедеятельности организма рисуют клиническую картину с достаточно жесткими границами, способными оказывать решающее влияние на врачебные решения. Показатели на мониторах интерпретируются на основании представлений о нижней и верхней границах нормы. Тем самым, граница между жизнью и смертью может визуализироваться в виде цифр, которые принято считать несовместимыми с жизнеспособностью организма.

С философско-методологической точки зрения диагностику критических состояний можно охарактеризовать как процесс силлогистической интерпретации видимых признаков, по которым можно судить о степени угрозы. Точно дифференцировать критические состояния на глаз, не имея под рукой хотя бы самых простых диагностических приборов, не представляется возможным. Числовое измерение параметров жизнедеятельности, их сопоставление с некой

---

<sup>116</sup> Стетин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н. История и философия медицины. С. 102.

<sup>117</sup> Hansson S.O. Philosophy of Medical Technology. P. 1276.

нормой, воспринимаются в качестве надежных критериев разграничения. Параметризация позволяет превращать некоторые признаки и свойства в операбельные сущности. Благодаря отслеживанию конкретных числовых параметров становится возможным визуализировать витальность, тем самым как бы увидеть невидимое и неуловимое. Квантификация превращается в один из удобных методов визуализации, создавая впечатление, что оперирование точными цифрами снижает риск ошибочных интерпретаций диагностических изображений, какие возможны, например, в вербальных описаниях рентгеновских снимков. В цифрах оценивается не только уровень витальности пациента, но и прогнозы относительно его качества жизни и риски летального исхода. В качестве еще одной разновидности инструментов репрезентации витальности в цифрах можно рассматривать различные шкалы оценки функционального состояния критических больных<sup>118</sup>.

Возможно ли измерить границу между жизнью и смертью? Можно только на основании измерения определенных параметров прийти к заключению, что жизнь пациента под угрозой или уже оборвалась. Иными словами, благодаря измерению конкретных параметров можно сделать ее условно видимой. Наличие монитора может создавать впечатление отчетливой видимости и того момента, когда наступает смерть. Так, например, вместо чисел, указывающих частоту сердцебиения и артериальное давление, начинают мигать вопросительные знаки. Однако можно встретить описания случаев, когда на мониторе не видно признаков наступившей смерти<sup>119</sup>. Так или иначе, важно заметить, что

---

<sup>118</sup> В частности, можно упомянуть о шкалах оценки острых физиологических расстройств и хронических функциональных изменений (Apache), упрощенных шкалах острых физиологических состояний (SAPS), модели вероятной смертности (MBS), шкале последовательной оценки органной недостаточности (ПООН).

<sup>119</sup> В этом смысле примечателен эпизод из воспоминаний британской медсестры К. Уотсон о двенадцатилетней девочке Жасмин, получившей ожоги во время пожара: «Я держу Жасмин и вдруг чувствую, как что-то меняется. На мониторе все по-прежнему. Ее сердцебиение, артериальное давление и  $S_aO_2$  (уровень насыщения крови кислородом) не изменились. Сигнал тревоги на аппарате ИВЛ не срабатывает... Но что-то в Жасмин переменялось: кажется, будто ее голова в моих руках стала легче, что-то не так. Ее голова стала легкой как перышко. Я поднимаю взгляд на Надю, а она смотрит на меня, и мы обе понимаем, что Жасмин только что

качественная граница между жизнью и смертью становится границей количественной.

Наблюдаемые в настоящее время тенденции цифровизации медицины указывают на то, что по мере своего совершенствования диагностические технологии превращаются в полноправных и неотъемлемых акторов в процессе интерпретации эмпирических данных. Цифровизация, на первый взгляд, помогает еще больше раздвинуть диапазон врачебного взгляда, фиксируя дополнительные параметры. С другой стороны, возможность неограниченного накопления больших данных также составляет проблему, поскольку чрезмерный массив также рискует стать неоперабельным.

Современные технологии мониторинга не просто позволяют что-либо измерять со все возрастающей точностью. В настоящее время врачу или исследователю, использующему электронную аппаратуру для наблюдений, нет необходимости собственноручно записывать полученные результаты. Компьютеризированные приборы не просто самостоятельно накапливают фиксируемые показатели, но и подвергают их определенным когнитивным процедурам (систематизация, анализ, сравнение, визуализация и т. п.).

Критерием видимости становится измеримость. Видимо то, что поддается измерению; все, что не поддается измерению, «остается за кадром», как бы недоступным врачебному взгляду. Цифры на мониторах становятся более предпочитаемым критерием достоверности видимого. В противовес субъективному взгляду врача система числовых параметров витальности представляется объективной картиной происходящего. В этом ключе объективность неслучайно является однокоренным слову «объектив», которым принято обозначать часть оптического прибора, обращенную к объекту наблюдения и формирующую его изображение, действительное или мнимое. То, что по тем или иным причинам не попадает в объектив прибора диагностической

визуализации, перестает участвовать в процедуре интерпретации клинической реальности и становится как бы невидимым.

Прикроватные мониторы являют по меньшей мере два уровня видимости. С одной стороны, на экране высвечиваются цифры, последовательность которых может разглядеть всякий, насколько позволяет физическое зрение. С другой стороны, эти же цифры отсылают к сложной системе научно-медицинских представлений о строении и жизнедеятельности человеческого организма. Иными словами, числовые параметры на мониторе требуют дополнительной расшифровки, ключи к которой содержатся в медицинском знании. На основании теоретических представлений о том, какие цифры можно считать совместимыми с жизнью, а какие нет, изображение на мониторе получает дополнительное измерение, невидимое неспециалисту, но доступное клиническому взгляду врача.

Числовые показатели на мониторах могут рассматриваться в качестве инструментов визуализации. Для того чтобы увидеть проецируемую ими клиническую реальность, нужны определенные ключи, позволяющие считывать зашифрованные коды. Такие ключи к чтению содержит в себе медицинское знание, в рамках которого тем или иным числовым значениям приписываются соответствующие смыслы и состояния. Сходный процесс можно проследить и в отношении контрольно-диагностических изображений, о которых будет сказано далее.

### *1.3.2. Контрольно-диагностические изображения*

Медперсоналу в реанимационной палате приходится иметь дело с несколькими разновидностями контрольно-диагностических изображений: графические изображения электрокардио- (ЭКГ) и электроэнцефалографии (ЭЭГ), эхокардиография<sup>120</sup>, ультразвунография (УЗИ)<sup>121</sup>, магнитно-резонансная (МРТ) и

---

<sup>120</sup> Эхокардиография широко используется для диагностики сердечнососудистых заболеваний. С 1980-х эхокардиография стала активно использоваться в медицине критических состояний, для выявления причин гемодинамической нестабильности и коррекции терапевтического вмешательства (*Kratzert W.B., Mahajan A. Электро-кардиография // Руководство по критической медицине: в 2 т. Т. 1 / Под ред. Ж.-Л. Венсана. СПб.: Человек, 2019. С. 181).*



компьютерная томография (КТ). На сегодняшний день наиболее распространенными являются ультразвуковая диагностика, томографическая диагностика, флуоресцентная визуализация, прижизненная оксиметрия<sup>122</sup>.

Совершенствование диагностических приборов и технологий позволяет увидеть то, что недоступно невооруженному взгляду, тем самым преодолевая границы человеческого тела и расширяя пределы врачебных возможностей. Это актуально не только для реаниматологии и анестезиологии, но и для множества других направлений современной медицины. Однако в реанимационном пространстве возможность быстрой и точной диагностической визуализации в каких-то ситуациях может спасти жизнь.

Благодаря диагностическим технологиям границы видимости могут преодолеваться посредством изменения масштаба восприятия. Так, микроскопы благодаря многократному увеличению позволяют рассмотреть то, что кажется невидимым без специального оборудования. Кроме того, современные технологии диагностической визуализации способны все эффективнее преодолевать границу видимости, создаваемую анатомическими границами тела (кожными покровами, мышечными тканями и т.д.). Тем самым, как отмечает В.А. Подорога, тело пациента становится «открытым для прямого наблюдения и последующего ”вторжения”». Клиническое тело разворачивается в многомерных электронных проекциях<sup>123</sup>.

Однако визуализация в медицине связана не только с увеличением микроскопически малых объектов наблюдения и просвечиванием сквозь

---

<sup>121</sup> Ультразвуковые аппараты также представляют собой эффективный диагностический инструмент. По мере совершенствования технологий аппараты УЗИ уменьшились в размерах и стали доступнее по стоимости. Появились портативные модели, благодаря чему стало возможным их использование непосредственно у постели критического пациента. В частности, прикроватная ультрасонография применяется для обследования сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной и нервной систем (*Singh S.P., Ramsingh D.* Прикроватное ультразвуковое исследование // Руководство по критической медицине: в 2 т. Т. 1 / Под ред. Ж.-Л. Венсана. СПб.: Человек, 2019. С. 174).

<sup>122</sup> *Осипов Л.В., Долгушин М.Б., Михайлов А.И. и др.* Заглянуть в человека: визуализация в медицине // Вестник РГМУ. 2016. № 4. С. 4–14.

<sup>123</sup> *Подорога В.А.* Эпоха Corpus'a? С. 199–200.

непрозрачные покровы человеческого организма. Кривые электрокардио- и электроэнцефалограмм также можно рассматривать как разновидность визуализации, как нечто, что позволяет увидеть такие жизненно важные процессы, скрытые от непосредственного наблюдения, как электрическая активность сердца и мозга. При этом прямая линия на ЭКГ, указывающая на асистолию, или ЭЭГ-плато, свидетельствующее об электрическом молчании мозга (интерпретируемом в качестве признака неврологической смерти), могут служить примерами того, как граница между жизнью и смертью проецируется на монитор или какой-либо другой носитель изображения и тем самым обретает схематичную видимость.

Экраны<sup>124</sup> мониторов становятся неустрашимым звеном в этой процедуре. С одной стороны, экраны преодолевают границу между видимым и невидимым. С другой стороны, они сами по себе конституируют новую границу видимости. Экран, с одной стороны, можно рассматривать как плоскость, на которую проецируется некое изображение. С другой стороны, экран представляет собой защитный барьер, в том числе скрывающий что-либо от посторонних взоров<sup>125</sup>.

На примере экранов можно нагляднее охарактеризовать технологическую обусловленность диагностических изображений. Американский этнометодолог Майкл Линч рассматривает на примере снимка магнитно-резонансной томографии процесс создания научных изображений. Он показывает, что подобные изображения и визуализации, как и все прочие артефакты, конструируются совместными усилиями машин и людей, использующих понятия,

---

<sup>124</sup> В этом смысле примечательна этимология слова экран от фр. *écran*, которое, в свою очередь, восходит к старофранцузскому *escranc* (ширма, заслон). Отсюда через ср.-верхненем. *schranc* (решетка, загородка) прослеживаются истоки современного англ. *screen* (одним из основных значений которого является как раз «экран»), и нем. *Schranke* (барьер, преграда) (Skrank (8809) / *Romanisches Etymologisches Wörterbuch von W. Meyer-Lübke*. Heidelberg, Carl Winter's Universitätsbuchhandlung, 1911. P. 603). Также неслучайно происхождение слова *ширма* от нем. *Schirm* (заслон, щит, экран) (*Шанский Н.М.* Краткий этимологический словарь русского языка. М.: Просвещение, 1975. С. 507).

<sup>125</sup> Характерно, что в английском языке ширма вокруг постели больного обозначается словом *screen* (экран). Это же слово можно встретить в словосочетании *behind a screen of secrecy* (под покровом тайны, за завесой секретности). Иными словами, экран может быть как инструментом превращения невидимого в видимое, так и наоборот, закрывать собой что-либо от взора.

инструменты, стандарты и практики. Исследования науки и технологий предлагают методологические инструменты, чтобы проследить историю создания конкретного изображения, будь то иллюстрация в научном журнале или экран компьютера, показывающий наглядный результат работы программы. Ретроспективный подход показывает, что изображения являются результатом длительного ряда технологических возможностей и ограничений, переговоров и решений. Так, изображения МРТ обусловлены целым рядом решений по настройке томографа, а также по тем данным, которые должны быть получены. Ученые и техники принимают решения о таких параметрах, как количество и толщина срезов поперечного сечения, угол съемки, масштаб или количество пикселей. При последующей обработке изображений на экране также приходится решать, с какого ракурса представить объект, какие цвета и контрастность выбрать для научных публикаций. Эти частные решения зависят не только от технических и профессиональных стандартов, но также от культурных и эстетических условностей или индивидуальных предпочтений. Снимок МРТ является не «нейтральным» продуктом, но технологическим конструктом, результатом целого ряда особых, культурно обусловленных социотехнических согласований<sup>126</sup>. Сходный пример приводит А. Мол, описывая, как видимость утолщенной интимы стенки сосуда, пораженного атеросклерозом конструируется при помощи микроскопа, указателя, пинцетов, скальпелей, красителей<sup>127</sup>.

Здесь также следует указать не только на технологическую, но и на социокультурную обусловленность научных изображений. Как отмечают Р.В. Бурри и Дж. Думит, краеугольным камнем в области исследований культурной обусловленности научных изображений стал сборник статей «Репрезентация в научной практике»<sup>128</sup>. В нем собраны результаты исследований,

---

<sup>126</sup> Lynch M. The Externalized Retina: Selection and Mathematization in the Visual Documentation of Objects in the Life Sciences // Lynch M., Woolgar S. (eds.) Representation in Scientific Practice. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1990. P. 153–186.

<sup>127</sup> Мол А. Множественное тело. Онтология в медицинской практике. С. 64–65.

<sup>128</sup> Lynch M., Woolgar S. Representation in Scientific Practice. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1990. 376 p.

посвященных тому, что ученые делают со словами, карандашами, бумагой, компьютерами, технологиями и цветами в процессе работы с изображениями. В сборнике показано, что визуальные репрезентации нельзя понять отдельно от тех прагматических ситуаций, в которых они используются<sup>129</sup>. Поэтому, отмечают М. Линч и С. Вулгар, недостаточно просто описать то, что изображают или означают эти репрезентации. Следует также сосредоточиться на текстуальных схемах и дискурсивных практиках, в которые встроены эти изображения<sup>130</sup>. На наш взгляд, этот подход может быть плодотворным и для анализа технологий медицинской визуализации.

Дополняя мысль о теоретической нагруженности факта в научном познании, можно сформулировать гипотезу о технологической нагруженности медицинского факта. То, что кажется очевидным и бесспорным, на самом деле в той или иной степени предзадано имеющимся контрольно-диагностическим оборудованием. Технические характеристики того или иного прибора, используемого при диагностике, так или иначе обуславливают получаемый результат (например, верхняя граница шкалы, чувствительность датчиков, диагональ и разрешение монитора и т.д.).

Это утверждение не означает, что технологическая визуализация неизбежно ведет к искаженному отражению клинической реальности. Трудно поспорить с тем, что контрольно-диагностическая аппаратура во многом превосходит ограниченность непосредственного зрительного восприятия и в критических ситуациях совершенно незаменима. Речь идет лишь о том, что соответствующее оборудование задает свои границы, которые следует учитывать при вынесении ответственных врачебных решений.

Зафиксировав эти моменты, перейдем от вопроса о технологическом конструировании диагностических изображений к проблемам их интерпретации.

---

<sup>129</sup> Lynch M., Woolgar S. Representation in Scientific Practice. P. viii.

<sup>130</sup> Burri R.V., Dummit J. Social Studies of Scientific Imaging and Visualization // Hackett E.J., Amsterdamska O., Lynch M., Wajcman J. (eds.) The Handbook of Science and Technology Studies. 2008. P. 300.

В первую очередь, следует указать на теоретическую обусловленность восприятия и интерпретации видимого. И. Йоханссон и Н. Линё отмечают на примере исследовательской лаборатории разницу между восприятием специалиста и неспециалиста. Там, где ученый видит приборы для измерения и результаты поставленных экспериментов, неспециалист может разглядеть только некие ящики, стрелки и кнопки. Это различие в восприятии присутствует и в медицине. Рентгеновский снимок брюшной полости для неспециалиста будет выглядеть не более чем хаотичным смешением темных и светлых пятен, в то время как рентгенолог на основании этого снимка может констатировать наличие некой патологии<sup>131</sup>. Это можно проиллюстрировать примерами того, как в современной врачебной прозе описывается работа медиков с диагностическими изображениями. Так, например, один из главных действующих лиц романа «Чинить живых» М. Керангаль врач Револь «умел читать эти изображения, как открытую книгу с затейливым сюжетом», «распознавал формы, пятна, сияния, толковал молочные ореолы, расшифровывал черные мазки, без труда ориентировался в легенде и в шифрах»<sup>132</sup>.

Разные врачи могут читать диагностические изображения по-разному. Несогласие в восприятии допустимо в науке. Оно имеет не только сугубо эмпирический характер. Такое несогласие в восприятии не всегда возможно преодолеть при помощи экспериментов. Решающее значение могут иметь теоретические вопросы, а также социологические факторы<sup>133</sup>. Для подтверждения этого тезиса американский философ науки Норвуд Рассел Хэнсон приводит пример с двумя биологами, которые исследуют один и тот же микроскопический препарат. Один видит в клетке сгусток инородной материи как результат неправильного применения техники. Другой же исследователь в этом сгустке опознает «комплекс Гольджи». Два биолога воспринимают один и тот же объект

---

<sup>131</sup> Йоханссон И., Линё Н. Медицина и философия. Введение в XXI столетие. М.: Атмосфера, Вече, 2019. С. 68.

<sup>132</sup> Керангаль М. Чинить живых. С. 35.

<sup>133</sup> Йохансон И., Линё Н. Медицина и философия. Введение в XXI столетие. С. 69.

по-разному. Одна из возможных причин состоит в споре вокруг теории техники микроскопических исследований<sup>134</sup>.

В качестве промежуточных выводов можно выделить две значимых особенности изображений, формируемых при помощи средств мониторинга критических состояний. Во-первых, условность и избирательность репрезентации (изображения представляют собой технологические конструкты). Во-вторых, необходимость дополнительной интерпретации видимого.

### *1.3.3. Технологии видеонаблюдения и телереанимации*

В ряду технологий визуализации, используемых в реанимационном пространстве, следует также упомянуть о видеокамерах для удаленного консультирования (телереанимации), а также наблюдения в целях безопасности. В отличие от прикроватных мониторов видеокамеры можно встретить далеко не в каждой палате интенсивной терапии. Однако есть основания предполагать, что в ближайшие десятилетия эти технологии станут столь же неотъемлемой их частью.

Неологизм «телереанимация» (tele-ICU) вне профессионального контекста, вероятнее всего, может ассоциироваться в обыденном сознании с телевизионными документальными проектами, о которых еще будет сказано ниже. Что касается телереанимации как одного из развивающихся направлений в телемедицине, речь идет об удаленном консультировании и видеомониторинге больных в критическом состоянии.

Идея телереанимации появилась еще в 1970-е, однако понадобилось несколько десятилетий для ее относительно широкого введения в клиническую практику. Так, например, в США первая попытка применить телереанимационные технологии была осуществлена в 2000 г. Исходно предполагалось обеспечение видеосвязи между дежурными врачами и внешними консультантами для дистанционных консилиумов. Удаленный доступ к мониторам пациентов при этом отсутствовал. Теперь же дистанционное наблюдение критических больных в

---

<sup>134</sup> Hanson N.R. Patterns of Discovery. Cambridge: Cambridge University Press, 1958. P. 5.

реальном времени получило широкое распространение<sup>135</sup>. В условиях пандемии подобные возможности телереанимационных технологий оказались особенно востребованными. В частности, в дополнение к консультированию обсуждаются способы удаленного управления аппаратами ИВЛ<sup>136</sup>.

В медицинских журналах продолжаются дискуссии о преимуществах и недостатках телереанимации – главным образом, с врачебной, экономической и этической точек зрения. Оставляя за кадром их подробный обзор, коснемся лишь того, что связано с вопросом о видимости. Визуальный доступ к разным реанимационным палатам открывает возможность видеть в реальном времени то, что находится за сотни, а то и тысячи километров. Ранее непроницаемые пространственные границы реанимационного пространства продолжают размываться.

Вместе с тем, виртуальное сближение усугубляет ту дистанцию между врачом и пациентом, с которой связан отчужденный профессиональный взгляд на больного как на клиническое тело. Значительно сокращается возможность тактильной коммуникации между медиком и пациентом. То, что прежде воспринималось через слух или осязание, переводится на язык видимого и измеряемого. Однако монитор способен сообщить о человеке далеко не все, даже если речь идет только о его физическом состоянии. В особенности это можно отнести к боли и страданию критического пациента. Так, например, В.А. Подорога указывает на оптическую природу боли. Экран рассматривается в качестве одного из источников «тотальной анестезии», который «превращает индивидуально переживаемое событие боли в безымянный зрительный субстрат»<sup>137</sup>.

---

<sup>135</sup> Подробнее об истории и технических особенностях телереанимации см., напр.: *Kumar S., Merchant S., Reynolds R.* Tele-ICU: efficacy and cost-effectiveness approach of remotely managing the critical care // *Open Medical Informatics Journal*. 2013. Vol. 7. P. 25.

<sup>136</sup> *Srinivasan S.R.* Tele-ICU in the Age of COVID-19: Built for this Challenge // *The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2020. Vol. 24. P. 537.

<sup>137</sup> *Подорога В.А.* Эпоха Corpus'a? С. 200.

В числе преимуществ телереанимации отмечается, что диспетчеры-консультанты подстраховывают переутомленных врачей и медсестер, дежурящих у больничных коек. Так, например, предполагается, что «со стороны» можно быстрее увидеть ситуации, если команда медиков сосредоточены на одном критическом больном, а в этот момент в другом конце отделения стало плохо еще одному. Примечательно, что у некоторых медработников «вторая пара глаз», по выражению С. Горан, вызывала скорее напряжение из-за мысли о том, что их коллеги, находящиеся по ту сторону экрана, выступают в роли надзирателей и конкурентов, готовых уличить их в ошибках и непрофессионализме<sup>138</sup>. В отдельных ситуациях подобное напряжение чревато не просто конфликтами. Так, например, в книге воспоминаний Р. Авдиш есть эпизод о том, когда один из интернов, попавший под пристальное наблюдение старших коллег после допущенной ошибки, не справился с этим психологическим грузом и в итоге покончил с собой<sup>139</sup>. Можно признать, что это крайний пример. Тем не менее, сам факт непрерывного визуального контроля может накладывать существенный отпечаток на внутреннее состояние и врачей, и пациентов в реанимационном пространстве.

Это можно отнести и к камерам видеонаблюдения в больницах в целом и в палатах интенсивной терапии в частности, в качестве общепринятого аргумента в их пользу обычно апеллируют к понятию безопасности пациентов. В частности, предполагается, что камеры видеонаблюдения могут предотвращать или фиксировать несанкционированное пребывание посторонних лиц и какие-либо нарушения с их стороны. В отношении реанимационных отделений, де факто остающимися закрытыми пространствами, видеокamеры позволяют контролировать посещение пациентов родственниками. Под непрерывным наблюдением также находятся медработники. Предполагается, что видеосъемка

---

<sup>138</sup> Goran S.F. A Second Set of Eyes: An Introduction to Tele-ICU // Critical Care Nurse. 2010. Vol. 30. No. 4. P. 47–48.

<sup>139</sup> Авдиш Р. В шоке. С. 104–105.



их действий при необходимости может послужить вещественным доказательством допущенных врачебных ошибок.

И хотя по умолчанию предполагается, что подобные меры безопасности осуществляются в интересах, в первую очередь, пациентов, они оказываются в роли объектов надзора – роли, которая навязывается им самим больничным пространством задолго до появления технологий видеонаблюдения. В отличие от повседневных ситуаций, когда человек находится под видеонаблюдением в общественном транспорте, магазине или каком-либо учреждении, в палате интенсивной терапии пациент в объективе видеокамер пребывает в гораздо более уязвимом положении, особенно если сохраняется сознание. Пребывание под прицелом видеокамеры может усугублять крайний дискомфорт у пациента, если учесть отсутствие одежды, нередко и ширм, невозможность соблюдать личную гигиену привычными способами и т.д. Тем самым в реанимационном пространстве смещается и размывается еще одна граница – между приватным и публичным. Даже без видеонаблюдения больничное пространство жестко смещает эту границу по сравнению с домашней обстановкой, сводя к минимуму приватную зону человека и ее неприкосновенность. Камеры и мониторы видеонаблюдения, в свою очередь, добавляют к этой проблеме новое технологическое измерение, которое требует особой этической рефлексии.

#### **1.4. Субъекты наблюдения в реанимации**

Вопрос об интерпретации диагностических изображений и состояния критического пациента напрямую связан с тем, кто является субъектом наблюдения. Здесь представляется возможным только пунктирно наметить ряд вопросов, связанных с субъектами наблюдения.

##### *1.4.1. Врачи в качестве активных субъектов*

Под активными наблюдателями здесь подразумеваются те, кто осуществляет не только наблюдение при помощи контрольно-диагностических

приборов, но и терапевтические процедуры. В этой роли выступают специалисты в области медицины – в первую очередь, врачи, а также медсестры. Активные наблюдатели наделены не только средствами, но и полномочиями вмешиваться в наблюдаемые процессы. Иными словами, они могут оказывать воздействие как на самого пациента, так и на приборную ситуацию, в которую он помещен. Однако у этого вмешательства есть свои пределы (внутренние и внешние, добровольные и навязанные, технические, экономические, административные и др.), о которых еще будет сказано в третьей главе.

Здесь же основное внимание уделено обоснованию тезиса о том, что у специалистов в области критической медицины вырабатывается особый профессиональный взгляд на смерть. Этот профессионализм связан с важнейшим навыком не поддаваться панике в критических ситуациях. Однако оборотной стороной этого профессионализма видится именно технический характер отношения к жизни и смерти.

Далее кратко рассмотрим предпосылки усвоения профессионального взгляда на смерть в современных практиках обучения студентов-медиков. Характерно, что приобщение к медицинскому знанию в рамках высшего образования фактически начинается с патологической анатомии. Как отмечает А. Мол, в настоящее время распространено мнение о том, что именно патологическая анатомия лежит в основании современной медицины<sup>140</sup>. Здесь есть один важный методологический момент. Суждение о живом выносится на основании знаний, добытых ранее в работе с мертвыми телами. На это обращает внимание М. Фуко, по образному выражению которого «живой мрак рассеивается в свете смерти»<sup>141</sup>.

Известно, что изучение патологической анатомии предполагает не только чтение книг и рассматривание анатомических атласов, но также непосредственное воздействие на мертвое тело, его осязание, рассечение. При этом опыт анатомического препарирования существенно меняет взгляд на человеческое

---

<sup>140</sup> Мол А. Множественное тело. Онтология в медицинской практике. С. 71.

<sup>141</sup> Фуко М. Рождение клиники. С. 181.

тело. Вырабатывается пыливый, проникающий, почти в буквальном смысле рассекающий взгляд ученого-естествоиспытателя, умозрение сквозь покровы человеческого тела то, что невидимо для непосвященных.

Обучение в секционном зале как испытание непосредственного соприкосновения со смертью, которое для кого-то становится шоковым, затем постепенно становится привычным. Нарушение внутренних и внешних табу при встрече с видимой реальностью смерти становится своего рода инициацией для будущих врачей.

Примечательно, что обучение реанимационным мероприятиям не требует особой инициации. Для усвоения базовых техник искусственного дыхания и наружного массажа сердца не требуется высшего медицинского образования. Более того, существует немало курсов первой помощи, организованных с целью как можно большего распространения этих знаний и навыков среди населения.

В медицинских вузах, как и на курсах первой помощи, обучение реанимационным мероприятиям осуществляется на специальных манекенах. Наиболее известным является манекен-тренажер Resusci Anne<sup>142</sup> с лицом «Моны Лизы из Сены», неизвестной девушки, утонувшей в XIX в., предположительно в результате самоубийства, которая теперь оказалась «самой зацелованной в мире»<sup>143</sup>. С одной стороны, подобные манекены-тренажеры, сколь условно они ни имитировали бы человеческое тело, незаменимы на практических занятиях по оказанию первой помощи. С другой стороны, проведение сердечно-легочной реанимации на реальном пациенте драматично отличается от аналогичных манипуляций на пластиковом манекене<sup>144</sup>. Очевидно, что такие тренажеры и

---

<sup>142</sup> Подробнее об истории манекена-симулятора см., напр.: *Lind B. The Birth of the Resuscitation Mannequin, Resusci Anne, and the Teaching of Mouth-to-Mouth Ventilation // Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2007. Vol. 51. No. 8. P. 1051–1053.*

<sup>143</sup> *Phelps M., Festa M. The Most Kissed Lips in the World? // Journal of Pediatrics and Child Health. 2014. Vol. 50. No. 9. P. 748.*

<sup>144</sup> Например, американский врач-ординатор Л. Блэкхолл описывала один из случаев в своей практике, когда ей пришлось проводить сердечно-легочную реанимацию у пациента с опухолью пищевода, повредившей его аорту: «Весь объем его крови прокачивался через рот» (*Варрайч Х. Современная смерть. С. 132*).

симуляторы могут предложить лишь относительную и фрагментарную имитацию действительности.

Более того, «во время практики, – замечает П. Каланити, – все представляют, что манекены реальные, а трупы – нет»<sup>145</sup>. Во всяком случае, такое представление неявно предписывается сложившимися традициями обучения. Здесь потребовалось бы дополнительное усилие воображения, чтобы, глядя на мертвое тело, составить представление об устройении живого организма. Сходное усилие требуется для того, чтобы в воображении усмотреть за пластмассовым манекеном образ человека, чью жизнь надо спасти. Однако для усвоения технических навыков подобные усилия могут быть избыточны. И учебный манекен, и настоящий труп<sup>146</sup> – объект для тренировки, на котором можно отработать технику, довести нужные действия до автоматизма. На этапе усвоения техники, будь то препарирование трупа или наружный массаж сердца, подразумевается абстрагирование от какой бы то ни было субъектности.

Такое обезличивание представляется характерной методологической особенностью не только в процессе передачи врачебного знания. Объективация человеческого тела в биомедицинской теории и практике во многом связана с устранением лица из поля зрения. Так, например, нейрохирург П. Каланити упоминает одно из наставлений от преподавателей анатомии в школе клинической медицины Кембриджского университета. Студентам на практических занятиях по анатомии рекомендовано лишь единожды внимательно рассмотреть лицо «донора», как принято было называть тех, кто завещал свои тела науке. После этого лучше держать лицо закрытым, чтобы не отвлекаться и не испытывать психологических трудностей<sup>147</sup>.

---

<sup>145</sup> Каланити П. Когда дыхание растворяется в воздухе. С. 64.

<sup>146</sup> Труп для анатомических штудий в определенном смысле тоже представляет собой артефакт. Мертвое тело защищено от разложения благодаря специальной обработке формальдегидом. Кроме того, оно требует определенных условий хранения, для того чтобы послужить учебным или исследовательским целям.

<sup>147</sup> Каланити П. Когда дыхание растворяется в воздухе. С. 64.

Сходные примеры обезличивания в качестве механизма психологической защиты при соприкосновении со смертью можно встретить в повседневной клинической практике. Р. Кларк замечает, что «если не смотреть в лицо и не стараться думать о трупе как о когда-то жившем человеке, то можно запросто преодолеть инстинктивное желание отпрянуть»<sup>148</sup>. Медсестра К. Уотсон, рассказывая о своем первом опыте проведения процедур над телом только что умершего пациента, признается: «Я стараюсь не думать, что передо мной лежит человек, – только так я смогу это выдержать»<sup>149</sup>.

Таким образом, практики объективации сходны в отношении препарированного трупа и оперируемого пациента. Лицо устраняется из поля видимости через накрывание или заклеивание. Сходные действия могут осуществляться и в отношении только что умершего человека, причем не только в больничном пространстве. Так, через накрывание лица умершего символически очерчивается граница между жизнью и смертью.

Кроме того, неформальный человеческий контакт, момент встречи лицом к лицу с пациентами нередко воспринимаются врачами как угроза объективности. Например, в зарубежной врачебной практике в той или иной форме может присутствовать запрет на то, чтобы врач лечил своих родственников. Предполагается, что в таких ситуациях он будет необъективным и непрофессиональным в своих решениях и действиях, тем самым рискуя причинить пациенту вред<sup>150</sup>. Даже при отсутствии формального запрета или ограничения врач может осознанно отстраняться от эмоционального сближения с пациентом, чисто человеческой заинтересованности в пациенте. Причины тому могут быть самыми разными. Эта тема уже неоднократно затрагивалась как на

---

<sup>148</sup> Кларк Р. Рука на пульсе. Случаи из практики молодого врача, о которых хочется поскорее забыть. М.: Эксмо, 2019. С. 125–126.

<sup>149</sup> Уотсон К. Язык милосердия. С. 399.

<sup>150</sup> См., напр.: Hutchison C., McConnell P.C. The Ethics of Treating Family Members // Current Opinion in Anaesthesiology. 2019. Vol. 32. No. 2. P. 169–173.

уровне научных исследований<sup>151</sup>, так и во врачебной прозе. Одна из возможных и, вероятно, самых распространенных причин – нежелание принимать близко к сердцу страдания многочисленных пациентов, особенно в случае врачебных ошибок, неизбежных неудач и летальных исходов. Также опасение столкнуться с собственным профессиональным выгоранием.

Сложившаяся к настоящему времени система медицинского образования продолжает приучать будущих врачей к депривации субъектности их пациентов. Принято считать, что взгляд ученого-наблюдателя, а значит, и врача, должен быть объективным – беспристрастным и свободным от личного, субъективного отношения к наблюдаемому. Предполагается, что тем самым врач способен более эффективно помочь пациенту. При этом далеко не всегда рефлексированы предпосылки этого суждения. Обезличивание, с одной стороны, как своего рода экономия. С другой стороны, что гораздо существеннее, как дистанцирование и, соответственно, защитный механизм в отношении страдания и смерти.

Здесь возникает не просто переключение, но своего рода конфликт между двумя способами зрительного восприятия – между отстраненным наблюдением и межличностным общением, предполагающим сострадание и соприсутствие.

#### *1.4.2. Пациенты и родственники в роли пассивных субъектов*

Как уже отмечалось в предыдущем параграфе, врачи в роли активных наблюдателей обладают знаниями, средствами и полномочиями оказывать воздействие на состояние своих пациентов. Те, в свою очередь, в большинстве случаев, оказываются в роли объектов наблюдения и воздействия. Именованье их пассивными наблюдателями здесь достаточно условно.

Пассивное наблюдение может оказаться единственным занятием, которое доступно пациенту, если он в сознании. Как вспоминает одна из пациенток

---

<sup>151</sup> Обзор литературы по этой теме представлен в статье: *Fong Ha J., Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review // The Ochsner Journal. 2010. Vol. 10. No. 1. P. 38–43.*

о своем пребывании в палате интенсивной терапии, «днем, когда не было сна, оставалось только смотреть и слушать, слушать и смотреть»<sup>152</sup>.

Оказываясь в роли объекта наблюдения, пациент лишается тех форм зрительного взаимодействия, которые следовало бы считать неустранимыми между людьми. Вернее, между субъектами, которые, по меньшей мере, признают друг в друге субъектов, даже если их иерархическое положение может быть асимметричным. Пациент в роли объекта чаще всего лишен подобных полномочий видеть тех, кто оказывает на него терапевтическое воздействие. Под словом «видеть» здесь можно подразумевать хотя бы такое значение, как «добиться встречи» (здесь уместно вспомнить мысль Д.В. Михеля о «недвусмысленной оптической асимметрии»<sup>153</sup>). На практике пациент в большинстве случаев лишен права и возможности даже посмотреть собственную историю болезни.

Эта оптическая асимметрия в больничном пространстве особенно проявляется в том, что касается видимых границ личного пространства пациента. Здесь границы того, что допустимо видеть в социальном контексте, не просто смещаются, но как бы выворачиваются наизнанку. Врач в своей роли активного наблюдателя наделен властью и правом видеть то, что в иной ситуации ему было бы запрещено – если не юридическими актами и внешними требованиями, то хотя бы этическими соображениями или же, по меньшей мере, негласными нормами этикета. Так, некоторые самые интимные стороны личного пространства пациента оказываются незащищенными от обозрения другими, нередко бесцеремонного (телесная нагота, невозможность самостоятельно посетить туалет, проявления болезни, вызывающие стыд и отвращение у самого пациента или у окружающих).

При этом лицо пациента может ускользать из поля зрения медперсонала. Об этом свидетельствуют многочисленные примеры из воспоминаний пациентов, побывавших в палатах интенсивной терапии. Врачи во время обходов, медсестры, выполняющие процедуры и назначения, далеко не всегда смотрят на лица

<sup>152</sup> Соколов Я. Вызов принят. Невероятные истории спасения. С. 120.

<sup>153</sup> Михель Д.В. Воплощенный человек. С. 75.

пациентов. При этом лицо необязательно может быть прикрыто, как в случае хирургического вмешательства или вскрытия. Могут быть случаи, когда в результате тяжелой травмы или симптомов болезни лицо пациента обезображено до неузнаваемости.

Лица некоторых больных также могут казаться окружающим непроницаемой маской. Причин тому может быть множество. Прежде всего, многое зависит от того, находится ли пациент в сознании. Достаточно часто наблюдается обратное: пациент может оставаться без сознания вследствие тех или иных поражений в организме или же под воздействием седативных препаратов. Кроме того, мимика лица может быть серьезно нарушена в результате неврологических повреждений, что достаточно распространено в палатах интенсивной терапии. В конце концов, даже если человек остается в сознании, он может быть по натуре крайне сдержанным в проявлении своих чувств. В этом отношении еще более значимым является взгляд пациента.

Иногда взгляд остается для тяжелобольного пациента единственной возможностью сохранить контакт с окружающими. Это может касаться не только людей с синдромом запертого человека<sup>154</sup>, но и всех тех, кто, находясь в сознании, слишком слаб, чтобы двигаться и говорить, или же речевые функции нарушены в результате инсульта, травмы или иных причин. Однако даже эта возможность на практике оказывается осуществима с большим трудом.

В современной врачебной прозе встречаются сюжеты из жизни о том, когда врачи по стечению обстоятельств сами оказываются на месте критических пациентов. Вместе с изменением роли меняется оптика восприятия. Об этом пересечении границы между врачом и пациентом, в частности, упоминает А. Мол. Она отмечает, что врачебная проза, в которой медики свидетельствуют о переменах в своем сознании после того, как они сами оказались в роли пациентов, пользуются большой популярностью. В то же время существует еще больше

---

<sup>154</sup> История Ж.-Д. Боби, оказавшегося в результате инсульта в состоянии бодрствующей комы и надиктовавшего автобиографическую книгу: *Bauby J.-D. Le Scaphandre et le Papillon*. Paris: Pocket, 1999. 139 p.



свидетельств пациентов о том, как врачи оказываются неспособными поставить себя на их место. На основании всех этих примеров Мол отмечает, что «видимое из одной точки зрения отличается от видимого из другой»<sup>155</sup>. В этом смысле характерными представляются слова врача скорой помощи П. Сьюарда, попавшего в больницу после травмы: «Я словно оказался в той же комнате, где всегда работал, но стоял не на полу, а на потолке. Все знакомое, но перевернутое»<sup>156</sup>.

Чаще всего в подобных свидетельствах врачи, превратившиеся в пациентов, говорят о переживании навязываемой им беспомощности. Привычное стремление ощущать власть над происходящим, контролировать ситуацию, влиять на ход событий, сталкивается с препятствиями, диктуемыми больничной системой. Врачи, оказавшиеся в роли пациентов, особенно остро ощущают на себе переключение между медицинским и человеческим подходами. Смена ролей лишает их возможности непосредственно контролировать ситуацию, притом такую, которая напрямую касается их собственного состояния, жизни и смерти.

Упреки по поводу обезличивающего отношения нередко можно встретить не только со стороны пациентов в адрес медперсонала, но и наоборот. Некоторые авторы отмечают, что пациент обычно «не помнит того врача с благородным именем Анестезиолог Реаниматологович, который был с ним в тот момент, когда жизнь висела на волоске»<sup>157</sup>. А.Ю. Аксельрод пишет о выживших пациентах, из которых мало кто вспомнит фамилию врача и еще реже впоследствии будет присылать ему знаки благодарности: «Может, мы ему потом вспоминаемся в виде общей белой массы? Или просто не хочется беречь старые раны?»<sup>158</sup>

В большинстве случаев родные и близкие пациента всеми силами стремятся стать активными участниками лечебного процесса. В ряде зарубежных

<sup>155</sup> Мол А. Множественное тело. Онтология в медицинской практике. С. 53–54.

<sup>156</sup> Сьюард П. Ангелы скорой помощи. С. 202–203.

<sup>157</sup> Кузьмичев Д.Е., Никулина Л.Р., Скребов Р.В., Вильцев И.М. Лица, которого «не помнят». Врач – анестезиолог-реаниматолог // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2015. № 4. С. 64.

<sup>158</sup> Аксельрод А.Ю. Оживление без сенсаций. С. 176–177.

исследований отмечаются положительные аспекты присутствия родственников при реанимационных мероприятиях<sup>159</sup>. Однако на практике полномочия и возможности родственников активно вмешаться бывают весьма ограничены. Чаще всего им приходится сталкиваться с самыми разными препятствиями, начиная с запретов на посещения и заканчивая ограниченными возможностями современной медицины перед лицом смерти. На фоне всех этих обстоятельств степень эмоциональной вовлеченности близких пациента в происходящее нередко оказывается предельной. В большинстве случаев именно на их плечи ложится основной груз переживаний, связанных с состраданием родному человеку и осознанием собственного бессилия. Наконец, в тех ситуациях, когда необходимо принимать решения о жизни и смерти пациента, родные могут оказаться решающим голосом.

Запреты на посещение реанимационных отделений в России существовали еще до пандемии, порождая дискуссии в СМИ и социальных сетях. Отдельную и особенно драматичную грань этой проблемы в России составляют ситуации, когда родители безуспешно добиваются возможности посещения и совместного пребывания с детьми, находящимися в отделении реанимации.

В подавляющем большинстве случаев врачи осознанно или неосознанно относятся к родственникам пациента как к досадной помехе, отвлекающему фактору, источнику и проекции тех эмоций страха, неуверенности, гнева или горя, которые врачи в критических ситуациях стремятся в себе подавить.

Среди родственников могут оказаться люди с медицинским образованием, которое позволяет им компетентно ориентироваться в сведениях о клиническом состоянии пациента. На первый взгляд, это обстоятельство можно рассматривать скорее как преимущество, помогающее избегать ненужных конфликтных ситуаций. Ведь нередко бывает так, что родственники, не имеющие познаний в области медицины, ошибочно истолковывают те или иные решения и действия

---

<sup>159</sup> *Timmermans S.* High Touch in High Tech: the Presence of Relatives and Friends during Resuscitative Efforts // *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1997. Vol. 11. No. 2. P. 153–168; *Barratt F., Wallis D.* Relatives in the Resuscitation Room: Their Point of View // *Journal of Accident and Emergency Medicine*. 1998. Vol. 15. No. 2. P. 109–111.

врачей, что приводит к недоразумениям и жалобам вплоть до судебных исков. В качестве характерного примера того, как отключение от аппарата может восприниматься неспециалистами, можно привести эпизод из воспоминаний британского реаниматолога И. Эбби. Муж пациентки, которая в результате катастрофической кровопотери признана врачами фактически мертвой, обращается к д-ру Эбби: «Отобрав у нее эту <трахеотомическую> трубку, вы станете убийцей». Выслушав все ее аргументы о том, что смерть жены неминуема в ближайшие сутки, он настойчиво повторяет: «Да, я знаю. Но я говорю о том, как это *видится* нам. А мы *видим* это именно так: *вы убьете ее*» [курсив – А.П.]<sup>160</sup>.

Из сострадания к родственникам или желания избежать подобных конфликтов в некоторых случаях врачи проводят т. н. «реанимацию по социальным показаниям»<sup>161</sup> (в зарубежной практике это также называют «медленными», «показными» или «голливудскими» кодами<sup>162</sup>). Так, создается лишь видимость реанимационных мероприятий над уже мертвым телом.

Таким образом, в реанимационном пространстве эпистемологический аспект оказывается неразрывно связанным с этическим. В зависимости от теоретического и зрительного отношения к умиранию и смерти раскрывается целый спектр моральных позиций и контекстов взаимоотношений между участниками происходящего. Медицинская танатология описывает некое обобщенное, абстрактное представление об умирании и смерти. Однако смерть каждого отдельно взятого человека остается уникальным событием, даже если в безличной перспективе она представляется наитипичнейшей, словно по учебнику. Наблюдение за умиранием незнакомого человека, с которым наблюдателя не связывают никакие отношения, не тождественно ситуации, когда на глазах умирает близкий.

---

<sup>160</sup> Эбби И. Семь причин для жизни. С. 68.

<sup>161</sup> Соколов Я. Узнать по глазам. С. 128.

<sup>162</sup> Варрайч Х. Современная смерть. С. 109.

### ***Выводы по главе 1***

Методологические установки интенсивного наблюдения в критической медицине совпадают с общенаучными принципами научного наблюдения – целенаправленностью, систематичностью, строго зафиксированной структурой. В реанимационном пространстве находят свое отражение такие отличительные свойства новоевропейской научной картины мира, как объективация, математизация и идеализация исследуемых явлений. Реаниматология в своих основаниях восходит к медицинской танатологии, которая опирается на представление о том, что процессы умирания доступны рациональному познанию и могут быть объектом научного изучения. При этом в биомедицинской парадигме клиническое наблюдение опирается на установки эпистемологического реализма. Предполагается, что можно объективно оценить состояние организма пациента с помощью контрольно-диагностических приборов. Практики использования реанимационных технологий и принятие решений о жизни и смерти пациентов опираются на традиционные аналитические процедуры выявления причинно-следственных связей танатогенеза и попытки воздействовать на его причины. Биомедицинская картина мира опирается исключительно на позитивистский подход, предполагающий выявление четких причинно-следственных связей и не оставляющий места для метафизических представлений. Демистификация умирания и смерти в дальнейшем приводит к формированию представлений о том, что на процессы умирания можно целенаправленно воздействовать при помощи технологий. На уровне мировоззрения здесь можно проследить квазирелигиозное стремление противостоять человеческой смертности силой разума и его научно-техническими достижениями.

В отношении критических пациентов, оказывающихся в качестве объектов наблюдения в реанимационной палате, прослеживается эпистемологическая редукция. За время существования критической медицины наблюдается переход от кардио- к нейроцентризму. Так, в качестве основного органа-мишени, от состояния которого зависит решение о тактике лечения или констатации смерти

человека, принято рассматривать головной мозг. Подобная нейроредукционистская установка и связанный с ней неврологический критерий смерти лежат в основании современных практик очерчивания границы между жизнью и смертью в реанимационном пространстве. Проблема видится в том, что эти редукции по отношению к пациенту связаны с этическими рисками его деперсонализации и дегуманизации.

Анализ методологических особенностей контрольно-диагностических технологий, с помощью которых визуализируются жизненные показатели пациентов, позволил выявить такие свойства получаемых результатов, как избирательность, дедуктивность, относительность, ограниченность. Оценка клинического состояния и определение момента смерти в реанимационном пространстве связаны с комплексом процедур, связанных главным образом с измерением определенных показателей при помощи приборов. Однако они требуют дополнительной силлогистической интерпретации, что в итоге не устраняет конвенциональный характер установления момента смерти. Технологии медицинской визуализации репрезентируют только те параметры жизнедеятельности, которые принято считать релевантными в критической ситуации. Такими параметрами в первую очередь являются функциональные показатели органов-мишеней (сердца, легких и головного мозга). Измерение этих показателей позволяет делать выводы о наличии и степени угрозы для жизни исходя из теоретических представлений о физиологической норме. В этом смысле определение момента смерти в реанимационном пространстве не застраховано от вариативности интерпретаций и носит скорее конвенциональный и вероятностный характер, хотя на практике эта вероятностность обычно не рефлексировается.

Таким образом, дихотомия видимого и невидимого в реанимационном пространстве определяется тремя условиями – теоретической обоснованностью, материально-технической осуществимостью и моральной приемлемостью видимого. При этом следует учитывать, что на границе между жизнью и смертью оказываются не только пациенты, но в определенном смысле и сами врачи,

и родственники. В этом смысле субъектами наблюдения в медицине критических состояний могут быть далеко не только медики, усвоившие профессиональный клинический взгляд и биомедицинскую парадигму с ее специфической дисциплинарной онтологией. Так, в реанимационном пространстве особенно ощутимо столкновение разных картин мира. Также сталкиваются разные образы человеческого взгляда – тщательный осмотр, беспристрастное наблюдение, строгий надзор, напряженное всматривание. В конечном счете, самой драматичной оказывается коллизия между безличным и личностным отношениями к умиранию и смерти человека.

## Глава 2. АНТИТЕЗА ОБРАТИМОГО И НЕОБРАТИМОГО: ГРАНИЦА МЕЖДУ ЖИЗНЬЮ И СМЕРТЬЮ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ РЕАНИМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

### 2.1. Средства интенсивной терапии как орудия против необратимости

#### *2.1.1. Приспособления для возвращения к жизни в истории медицины*

История реанимационных приспособлений и практик – особенно ближе к XIX в. – тесно переплетается с историей анестезиологии и хирургии. Охватить и подробно охарактеризовать все эти пересечения в одном параграфе не представляется осуществимой задачей. Здесь возможно только пунктирно наметить основные траектории развития (ключевые даты приведены в *Приложении*).

В XVII–XVIII вв. применялись методы реанимирования, некоторые из которых с современной точки зрения кажутся не только совершенно бесполезными, но и опасными для человека в критическом состоянии. Было принято считать, что люди теряют сознание из-за отсутствия стимуляции. На этой гипотезе основывался целый ряд весьма специфических методов лечения, целью которых было стимулирующее воздействие на пациентов<sup>163</sup>. Это сходно с чрезвычайно агрессивным характером терапевтических воздействий в рамках ятрофизики и ятрохимии, получивших распространение в XVII в. Исходя из представления о том, что главная цель лечения – как можно скорее восстановить нормальное движение частиц, рекомендовались сильнодействующие потогонные и наркотические препараты для улучшения тонуса «фибр», а также высокотоксичные средства минерального происхождения (нитрат серебра,

---

<sup>163</sup> В частности, больного, потерявшего сознание, могли перекачивать через бочки, бросать на бегущую рысцей лошадь, бичевать, подвешивать вниз головой, охлаждать на льду или использовать воздуходувные мехи, чтобы дым поступал в прямую кишку. Подробнее см.: *Slutsky A.S. History of Mechanical Ventilation From Vesalius to Ventilator-induced Lung Injury // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Vol. 191. No. 10. P.1107–1108.*

сульфаты, ртутные соли, препараты сурьмы) для восстановления кислотно-щелочного равновесия<sup>164</sup>.

В XVII в. происходит научная революция в медицине вследствие представления о том, что физиологические процессы можно исчерпывающе объяснить механическими причинами, в количественных и пространственных категориях. Это наглядно показали экспериментальные исследования У. Гарвея и В. Племпиуса. На основании этих изысканий Рене Декарт в 1637 г. попытался пересмотреть философские основания в медицине («Рассуждения о методе», «Диоптрика»). Так, благодаря Декарту во врачебном знании начинает складываться новая картина изучаемой реальности<sup>165</sup>.

Историю искусственной вентиляции легких целесообразно рассматривать в соотнесении с открытиями в области физиологии дыхания. В середине XVII в. был совершен ряд фундаментальных открытий в области физиологии, в т.ч. в отношении процессов дыхания, функций и устройства легких<sup>166</sup>. Можно с уверенностью сказать, что идея искусственной вентиляции легких возникла в эпоху великих экспериментов, совпавших с основанием Королевского общества. В области физиологии открытие этой техники, по всей видимости, с тех пор не забывалось. Однако в смежных областях медицины, хирургии и реаниматологии должно было пройти много лет, прежде чем эта идея была принята<sup>167</sup>.

В XVIII в. стали возникать «Гуманитарные общества» («Humane Societies»), в состав которых входили врачи и обычные люди, чтобы помогать людям, умирающим в результате несчастных случаев. Первое подобное общество было

<sup>164</sup> Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н. История и философия медицины. С. 125.

<sup>165</sup> Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н. История и философия медицины. С. 106.

<sup>166</sup> В 1661 г. М. Мальпиги в ходе исследований с использованием микроскопа, изобретенного в том же столетии, обнаружил неоднородность вещества легких, состоящего из альвеол. Спустя всего несколько лет после открытия Мальпиги, в 1667 г. на заседании Лондонского королевского общества был проведен сложный эксперимент по искусственной вентиляции легких с использованием воздуходувных мехов. Авторы эксперимента английский естествоиспытатель Р. Гук и английский врач Р. Лоуэр тем самым показали, что решающее значение для поддержания жизни имеет не движение легких, а смена в них воздуха (Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н. История и философия медицины. С. 122).

<sup>167</sup> Baker A.B. Artificial Respiration, the History of an Idea // Medical History. 1971. Vol. 15. No. 4. P. 341.



основано в Голландии в 1767 г. с целью продвигать «новоизобретенные» приемы реанимирования жертв утопления, включая искусственное дыхание рот-в-рот<sup>168</sup>. Такие общества впоследствии распространились в других европейских странах.

Первым достоверным случаем выздоровления человека после искусственного дыхания, по всей видимости, можно считать свидетельство У. Тоссака в 1744 г. о реанимировании задохнувшегося шахтера с помощью техники рот-в-рот<sup>169</sup>. Этот прием искусственного дыхания<sup>170</sup> какое-то время применялся на практике. Однако после открытия кислорода его перестали использовать повсеместно. Считалось, что выдыхаемый воздух был лишен кислорода, поскольку он уже прошел через легкие другого человека<sup>171</sup>. Однако британский медик Джон Фотергилл – вероятно, наиболее выдающаяся фигура в то время в области практик реанимирования, – указывал на преимущества техники искусственного дыхания рот-в-рот по сравнению с применением мехов<sup>172</sup>.

Однако после того, как Блэк в 1754 г. открыл двуокись углерода, а Пристли, Лавуазье и Шееле открыли кислород, техника искусственного дыхания рот-в-рот была вытеснена вентиляцией легких под положительным давлением, сначала с помощью воздуходувных мехов, а затем с помощью поршней<sup>173</sup>. Более двух столетий спустя этот метод был усовершенствован Джоном Хантером, который использовал двухкамерные мехи собственной конструкции для вентиляции легких в экспериментах с животными<sup>174</sup>. Искусственная вентиляция легких

---

<sup>168</sup> Safar P. History of cardiopulmonary cerebral resuscitation // Kaye W., Bircher N. (eds.) *Cardiopulmonary Resuscitation*. New York, NY: Churchill Livingstone, 1989. P. 1–53.

<sup>169</sup> Tossach W. A Man, Dead in Appearance, Recovered by Distending the Lungs with Air // *Medical Essays and Observations*, Edinburgh. 1744. Vol. 5. No. 2. P. 605.

<sup>170</sup> Fothergill J. XI. Observations on a Case Published in the Last Volume of the Medical Essays of Recovering a Man Dead in Appearance, by Distending the Lungs with Air // *Philosophical Transactions*. 1744. Vol. 43. P. 275–281.

<sup>171</sup> Slutsky A.S. History of Mechanical Ventilation From Vesalius to Ventilator-induced Lung Injury // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2015. Vol. 191. No. 10. P. 1108.

<sup>172</sup> Baker A.B. Artificial Respiration, the History of an Idea. P. 342.

<sup>173</sup> Ibid.

<sup>174</sup> Sternbach G.L., Varon J., Fromm R.E. et al. The Humane Societies // *Resuscitation*. 2000. Vol. 45. P. 73.

с использованием мехов была кодифицирована Лондонским Королевским гуманитарным обществом в 1783 г.<sup>175</sup> в качестве предпочтительного метода для реанимирования утонувших вплоть до 1837 г.<sup>176</sup>.

С середины XIX в. конструировались многочисленные «дыхательные машины», спроектированные таким образом, чтобы пациент мог находиться внутри них<sup>177</sup>. Среди множества разновидностей таких аппаратов стоит отдельно упомянуть о т.н. «железных легких», изобретенных датским физиологом А. Крогом. С 1930-х гг. эти приборы широко применялись для лечения пациентов с коллапсом легких в результате паралича, вызванного полиомиелитом<sup>178</sup>. «Железное легкое» представляет собой недавний пример принципа технологически ассистируемой вентиляции, который, по всей видимости, впервые был описан Везалием еще в XVI в.<sup>179</sup>.

Когда полиомиелит вернулся в Европу в 1950-х, это стало переломным событием в истории ИВЛ. До этого времени механическая вентиляция, хотя и признавалась полезной, все же не использовалась широко. После вспышки полиомиелита в 1950-х преимущества ИВЛ были столь впечатляющими и очевидными, что это привело к ее широкому использованию во всем мире<sup>180</sup>. В 1950-х гг. искусственная вентиляция легких впервые была применена для

<sup>175</sup> *Davis J.E., Sternbach G.L., Varon J. et al. Paracelsus and Mechanical Ventilation // Resuscitation. 2000. Vol. 47. No. 1. P. 5.*

<sup>176</sup> *Sternbach G.L., Varon J., Fromm R.E. et al. The Humane Societies. P. 73.*

<sup>177</sup> Такие машины ритмично оказывали отрицательное давление на поверхность грудной клетки, тем самым позволяя легким, даже пострадавшим, продолжать свою деятельность по насыщению кровотока кислородом.

<sup>178</sup> М. Лок приводит одно из своих детских воспоминаний времен Второй мировой войны о «железном легком» как о «массивной устрашающей штуковине», стоявшей у входа в больничную палату и бывшей предметом детских разговоров о тех, кто умер внутри него (*Lock M.M. Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death. Oakland: University of California Press, 2002. P. 57–58.*)

<sup>179</sup> «Но для того, чтобы животному (...) была возвращена жизнь, необходимо проделать отверстие в стволе трахеи, в которое следует вставить трубку из тростника или камыша; затем дунуть в эту трубку, чтобы легкое могло снова расправиться и животное вдохнуло воздух» (“*De Humani Corporis Fabrica*”, 1543). Цит. по: *Lock M.M. Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death. Oakland: University of California Press, 2002. P. 57–58.*

<sup>180</sup> *Dries D.J. Mechanical Ventilation: History and Harm // Air Medical Journal. 2016. Vol. 35. No. 1. P. 12.*

лечения пациентов с тяжелыми травмами грудной клетки. С тех пор было разработано около четырехсот различных моделей аппаратов ИВЛ, что свидетельствует не только об их широком применении, но и о рыночной конкуренции<sup>181</sup>.

В рамках этого краткого обзора были рассмотрены, с одной стороны, наиболее известные техники оказания медицинской помощи в критической ситуации, с другой стороны, спасательные технологии, т.е. устройства, специально спроектированные с целью вернуть человека к жизни. При этом техники воздействия можно условно разделить на ручные (телесные) и механизированные. При отсутствии под рукой специальных устройств в современных протоколах реанимационных мероприятий предписываются наружный массаж сердца и техники искусственного дыхания<sup>182</sup>. Однако в большинстве случаев непосредственного ручного воздействия оказывается недостаточно.

Кроме того, тенденция к цифровизации и миниатюризации, в целом характерная для самых разных технологий, прослеживается и в отношении аппаратов реанимации и жизнеобеспечения. Некоторые устройства даже помещаются внутрь тела пациента на продолжительное время. В первую очередь, здесь идет речь об имплантируемых кардиовертерах-дефибрилляторах (ИКД). Сюда же с некоторыми оговорками можно было бы отнести и инвазивные методы искусственной вентиляции, в т. ч. те, для которых требуется трахеостома<sup>183</sup>.

Так или иначе, несмотря на непрерывное совершенствование реанимационной аппаратуры, сохраняется принцип непосредственного

---

<sup>181</sup> Lock M.M. Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death. P. 58.

<sup>182</sup> Сердечно-легочная и церебральная реанимация: Учебно-методическое пособие для студентов, ординаторов, аспирантов и врачей. М.: Российский Национальный Совет по реанимации, 2011. С. 9, 11. См. также: Обзор рекомендаций American Heart Association по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2020 г. 32 с. URL: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/aha.pdf> (дата обращения: 02.08.2021).

<sup>183</sup> Интракорпоральных вентиляторов, вероятнее всего, еще не существует. Тем не менее, еще в 1993 г. высказывались предложения по поводу разработки интракорпоральной респираторной поддержки (*Shapiro B., Peruzzi W.T. Intracorporeal Respiratory Support: A Potential Supplement to Airway Pressure Therapy? // Chest. 1993. Vol. 103. No. 1. P. 1–2.*)

механического и электрического воздействия на организм извне или изнутри. Основная цель такого воздействия по-прежнему заключается в том, чтобы компенсировать жизненно важные процессы в организме, протезировать функции дыхания и кровообращения.

Описанные выше приспособления и приемы отражают общую историю развития медицинского знания. Приспособления для спасения умирающих конструировались на основании представлений об устройстве человеческого организма. Характерно, что некоторые техники были признаны успешными не сразу. Также примечательно, что некоторые приемы, строившиеся на определенных гипотезах, не просто оказывались бесполезными, но даже опасными для жизни, и без того находящейся под угрозой.

При этом техническое совершенствование приспособлений не позволяет до конца избавиться от побочных эффектов и осложнений на уровне физиологии. Так, например, несмотря на очевидные преимущества искусственной вентиляции с положительным давлением во время эпидемии полиомиелита, многие пациенты в конечном итоге умирали после начала ИВЛ даже при нормальных значениях газов в крови. Были выявлены многочисленные факторы, включая механические травмы легких, токсичность кислорода и гемодинамический коллапс с повышенным внутригрудного давления. Во время эпидемии полиомиелита исследователи отмечали, что механическая вентиляция может вызвать структурные повреждения легких. В 1960-х был введен термин «респираторное легкое»<sup>184</sup>.

Кроме того, по мере усложнения устройств возникают новые риски. Возрастающая сложность приборов увеличивает вероятность ошибок в эксплуатации и потери драгоценного времени. Так, например, А. Гаванде

---

<sup>184</sup> Речь идет о диффузных альвеолярных инфильтратах и гиалиновых мембранах, которые были обнаружены после вскрытия пациентов, перенесших ИВЛ. В более поздних исследованиях описываются повреждения легких после ИВЛ (воспалительные клеточные инфильтраты, образование гиалиновых мембран, отек легких и повышенную проницаемость сосудов). Этот комплекс легочных повреждений был назван вентилятор-индуцированным повреждением легких (ventilator-induced lung injury – VILI). Подробнее см., напр.: *Dries D.J. Mechanical Ventilation: History and Harm // Air Medical Journal. 2016. Vol. 35. No. 1. P. 13.*

упоминает о результатах одного исследования, согласно которым в ситуациях внезапной остановки сердца пациента 27 из 30 врачей неправильно или слишком медленно применяли дефибриллятор. Подавляющему большинству клиницистов требовалось немало времени, чтобы разобраться в особенностях устройства и эксплуатации конкретной модели<sup>185</sup>. По всей видимости, еще более сложным в этом отношении следует признать аппарат искусственной вентиляции легких. По мнению М. Лок, это один из наиболее «капризных» и сложных в эксплуатации приборов интенсивной терапии, для обслуживания которого необходимы специально обученные техники-респирологи<sup>186</sup>. Ф. Тремольер отмечает, что «ИВЛ управлять не так же легко, как, например, стиральной машиной»<sup>187</sup>.

Нельзя исключить и вероятность аварийных ситуаций (возгорание аппаратов ИВЛ<sup>188</sup>). Наконец, с точки зрения цифровой безопасности – по крайней мере, теоретически – дистанционное управление медицинским оборудованием может быть уязвимо для несанкционированного доступа в целях причинения вреда пациентам.

В связи с этим можно подчеркнуть ту дистанцию, которая вследствие возрастающей сложности аппаратуры продолжает увеличиваться, с одной стороны, между врачом и пациентом, с другой стороны, между врачом и машиной. Устройство как посредник задает определенную дистанцию между спасающим и спасаемым. Технологии постепенно усложняются и берут на себя главенствующие функции.

Одновременно с этим, использование все более сложных технологий в больницах повысило значимость инженеров в здравоохранении, ответственных за работу необходимого диагностического, терапевтического и паллиативного оборудования. В связи с потребностью в их экспертных знаниях некоторые

---

<sup>185</sup> Гаванде А. Тяжелый случай. Записки хирурга. М.: Альпина нон-фикшн, 2019. С. 38.

<sup>186</sup> Lock M.M. Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death. P. 61.

<sup>187</sup> Trémolières F. Description of a Ventilator // Lemaire F. (ed.) Mechanical Ventilation. New York: Springer-Verlag, 1991. P. 1.

<sup>188</sup> См., напр.: Аппарат ИВЛ в больнице Петербурга, где погибли пять пациентов, загорелся на глазах у врача // ИА Интерфакс. 12.05.2020. URL: <https://www.interfax.ru/russia/708270> (дата обращения: 02.02.2021).

техники и инженеры становятся ближе к пациенту и берут на себя больше клинических ролей в междисциплинарных медбригадах<sup>189</sup>.

Итак, здесь возникает целый ряд проблем: физиологические осложнения от применения, дороговизна аппаратов, сложность эксплуатации, требующая дополнительного обслуживающего персонала, риски аварийных ситуаций.

При этом динамику развития техник и технологий возвращения к жизни можно было бы оценить скорее положительно. Тем не менее, несмотря на все достижения остается открытым вопрос о том, возможно ли в конечном счете решить проблему смертности человека техническим способом. Можно ли считать изобретение некоего аппарата или комплекса приемов, которые позволили бы спасать умирающего, только вопросом времени? Или же здесь с особой отчетливостью вырисовывается неустранимая ограниченность человеческих усилий по противостоянию смерти?

### *2.1.2. Спасение жизни: современные реанимирующие техники и процедуры*

Далее возникает вопрос о практиках применения этих устройств в настоящее время. В данном случае речь идет о техниках и технологически опосредованных практиках, главной целью которых является спасение человеческой жизни.

Тактика оказания помощи критическому пациенту во всех случаях ориентирована на две приоритетных задачи. В первую очередь, требуется как можно быстрее восстановить функции легких и сердца, во-вторых, свести к минимуму повреждения органов-мишеней, из которых в особой защите нуждается головной мозг. При остановке сердца, в дополнение к фармакологическим препаратам, применяются техники механического и электрического воздействия<sup>190</sup>.

<sup>189</sup> Hansson S.O. Philosophy of Medical Technology. P. 1275.

<sup>190</sup> Callaway C.W., Reynolds J.C. Сердечно-легочная и церебральная реанимация // Руководство по критической медицине: в 2 т. Т. 1 / Под ред. Ж.-Л. Венсана. СПб.: Человек, 2019. С. 341.

Суть этих тактик сводится к тому, что главный приоритет в работе реаниматолога – спасение жизни, а не здоровья пациента. Именно сохранение жизни критического больного традиционно рассматривается в качестве главного и, по сути, единственного критерия успешности его лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии<sup>191</sup>. Иногда первоочередная цель спасти жизнь фактически противопоставляется другим целям и императивам, которые в критической ситуации рассматриваются как второстепенные. Главным образом это может касаться проявления сострадания к человеку. Так, врач П. Сьюард замечает, что пострадавшему в аварии «в первую очередь, требуется от нас не сочувствие – мы должны спасти ему жизнь», а этот долг зачастую требует радикального вмешательства (например, «прорезать дыру у него между ребрами и всунуть в нее трубку, чтобы слить кровь, заполнившую грудную клетку»)<sup>192</sup>. Другой врач Ф.А. Грин описывает процесс реанимации как воздействие на «тело, которое мы изо всех сил пытаемся хлестать, бить, толкать, тянуть и заводить всеми средствами, какие у нас есть»<sup>193</sup>. М. Маккарти, вспоминая свой опыт интернатуры в реанимационном отделении больницы при Колумбийском университете, замечает: «Не существует какого-то тонкого подхода к возвращению человека к жизни. Просто лупи по грудной клетке в надежде, что это сработает»<sup>194</sup>. Подобное описание по сути напоминает практики из прошлого, уже упомянутые в начале предыдущего параграфа.

В связи с этим следует упомянуть о таких синонимичных терминах, как «агрессивный уход» (*aggressive care*), присутствующий главным образом в онкологическом и паллиативном дискурсах<sup>195</sup>, и «терапевтическое насилие»

---

<sup>191</sup> Белкин А.А., Алашеев А.М., Давыдова Н.С. и др. Обоснование реанимационной реабилитации в профилактике и лечении синдрома «после интенсивной терапии» (ПИТ-синдром) // Вестник восстановительной медицины. 2014. № 1. С. 37.

<sup>192</sup> Сьюард П. Ангелы спасения. Экстренная медицина. С. 106.

<sup>193</sup> Грин Ф.А. Люди скорой. С. 160.

<sup>194</sup> Маккарти М. Настоящий врач скоро подойдет. Путь профессионала: пройти огонь, воду и интернатуру. М.: Эксмо, 2021. С. 403.

<sup>195</sup> См., напр.: *Mohammed A.A. et al. Aggressive Care at the End of Life; Where Are We? // Indian Journal of Palliative Care. 2019. Vol. 25. No. 4. P. 539–543.*

(therapeutic violence)<sup>196</sup>. Пациенты, находящиеся и без того в уязвимом состоянии, подвергаются достаточно агрессивным диагностическим и терапевтическим процедурам, что может вести к ятрогенным осложнениям. Так, например, при наружном массаже сердца часто случаются переломы ребер. Эта агрессивность обусловлена чрезвычайностью обстоятельств. Эта проблема, по всей видимости, сходна с необходимостью агрессивного терапевтического воздействия при лечении онкологических заболеваний, а также при хирургических манипуляциях (в особенности в тех случаях, когда требуются ампутация или иссечение пораженных внутренних органов). Само по себе воздействие носит болезненный и травмирующий характер, а побочные эффекты столь серьезны, что значительно ухудшают качество оставшейся жизни пациента, нередко превращая его в инвалида. Иными словами, весь арсенал реанимационных техник можно охарактеризовать как крайние средства, как орудия, которые одновременно спасают и травмируют. В этом смысле самым доступным аналогичным примером может служить скальпель, который одновременно может быть и незаменимым инструментом в спасении жизни, и орудием убийства<sup>197</sup>. Следовательно, главная проблема заключается не в самом орудии, а в том, кто, как и при каких обстоятельствах его использует. В некоторых ситуациях техники и аппараты, спроектированные исключительно для спасения человеческой жизни, могут превратиться в орудие убийства. Нажатие не той кнопки, поворот тумблера может привести к смерти человека. Происходит ли это по технической случайности, человеческой неопытности, неосторожности или же по злему умыслу, это уже другой вопрос. Здесь же пока стоит еще раз зафиксировать этот момент «переключения репертуара».

---

<sup>196</sup> *Tercier J. The Lips of the Dead and the 'Kiss of Life'. P. 293.*

<sup>197</sup> В связи с этим стоит заметить, что здесь не так легко провести четкую границу между реаниматологией и хирургией. С одной стороны, при проведении реанимационных мероприятий может потребоваться хирургическое вмешательство (например, трахеотомия или торакотомия). С другой стороны, экстренная хирургия. Также часто требуется интенсивная терапия в периоперационный период.



Технология предполагает отчетливо артикулируемые процедуры. Важно, чтобы результат этих процедур был по меньшей мере предсказуемым, в наилучшем случае – гарантированно успешным. Однако в экстренных ситуациях, когда жизнь человека на волоске, рассчитывать на гарантируемый успех не приходится. При этом некоторые авторы высказывают сомнения относительно универсальности и результативности общепринятых стандартов и протоколов сердечно-легочной реанимации. Так, например, Дж. Терсьер указывает на ограниченную эффективность сердечно-легочной реанимации, уточняя, что, хотя она и действенна, все же в гораздо меньшей степени, чем принято думать. Она успешна главным образом при внезапной фибрилляции желудочков. В иных случаях вернуть человека к жизни нередко оказывается невозможно. Тем не менее, к настоящему времени сердечно-легочная реанимация стала медицинским, правовым и медийным стандартом поведения перед лицом внезапной смерти<sup>198</sup>.

Правомерно ли в таком случае допустить, что чаще всего сердечно-легочная реанимация не намного успешнее, чем эксперименты Альдини по гальванизации мертвых тел в начале XIX в.?<sup>199</sup> Такое сопоставление показалось бы большинству современных реаниматологов крамольным. Так или иначе, реальная клиническая практика в отличие от кинематографических штампов показывает, что медицинские технологии не могут гарантировать стопроцентно успешных результатов. Ф.А. Грин на основании своего многолетнего опыта работы в приемном покое приходит к выводу о том, что в большинстве случаев исход не зависит от реанимационных мероприятий: «Где-то после пятисотой или тысячной реанимации неожиданно осознаешь: тот, кому суждено жить, выживает. Тот, кому суждено умереть, умрет»<sup>200</sup>. Сходные размышления встречаются и в книге реаниматолога И. Эбби, с горечью признающей, что когда «старуха с косою уже

---

<sup>198</sup> *Tercier J.* The Lips of the Dead and the ‘Kiss of Life’. P. 296.

<sup>199</sup> Подробнее см., напр.: *Cambiaghi M., Parent A.* From Aldini’s Galvanization of Human Bodies to the Modern Prometheus // *Medicina Historica*. 2018. Vol. 2. No. 1. P. 27–37.

<sup>200</sup> *Грин Ф.А.* Люди скорой. С. 155.

прибыла, весь наш цирк с реанимацией – всего лишь иллюзия, театральное действие, призванное изобразить, будто мы и правда держим все под каким-то контролем»<sup>201</sup>.

При этом крайне редко, но все же встречаются примеры спонтанного возвращения к жизни после прекращения сердечно-легочной реанимации или ее отсутствия. Первое научное описание этого явления<sup>202</sup> датируется 1982 г., а спустя десятилетие оно было названо «феноменом Лазаря»<sup>203</sup> (аллюзия на эпизод из Евангелия от Иоанна, в котором Христос воскрешает Лазаря спустя четыре дня после его смерти)<sup>204</sup>.

Активное развитие реанимационных технологий способствует существенному сокращению показателей смертности в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Однако при сопоставлении с уровнем смертности в течение первого года<sup>205</sup> даже высокие показатели выживаемости в течение 28 дней после выписки из отделения реанимации, можно охарактеризовать как тактические победы при стратегическом поражении. Даже если пациент выживает в течение первого года после выписки, в долгосрочной перспективе качество такой жизни нередко оказывается низким или даже «несовместимым с жизнью» в ее обыденном понимании. Тем не менее, признание этой проблемы вступает в противоречие с административной логикой, которой в той или иной степени подчиняются все лечебные учреждения и системы здравоохранения в целом. На первый план может выходить стремление не испортить статистику по показателям краткосрочной выживаемости. Эффективность реанимационной палаты должна быть подкреплена соответствующими количественными результатами. В противном случае возможны подозрения в низком уровне

---

<sup>201</sup> Эбби И. Семь причин для жизни. С. 189–190.

<sup>202</sup> Linko K., Honkavaara P., Salmenpera M. Recovery after Discontinued Cardiopulmonary Resuscitation // *Lancet*. 1982. No. 1. P. 106–107.

<sup>203</sup> Bray J.G.Jr. The Lazarus Phenomenon Revisited // *Anesthesiology*. 1993. Vol. 78. No. 5. P. 991.

<sup>204</sup> Воротынцев С.И., Голдовский Б.М., Поталов С.А. и др. Феномен Лазаря: ауторесусцитация после остановки сердца // *Медицина неотложных состояний*. 2011. № 3 (34). С. 130.

<sup>205</sup> Yende S., Austin S., Rhodes A. et al. Long-term quality of life among survivors of severe sepsis: analyses of two international trials // *Critical Care Medicine*. 2016. Vol. 44. No. 8. P. 1461.

квалификации, халатности или даже преступных намерениях. Вряд ли кто-то станет всерьез отрицать, что во многих случаях не удастся спасти пациента по объективным причинам. Тем не менее, принято считать, что реанимационная палата существует для того, чтобы выписывать пациентов живыми, даже если на следующий день им все равно предстоит умереть.

С другой стороны, врачи могут прилагать меньше усилий по отношению к тем, чьи шансы на нормальное качество жизни оцениваются как ничтожно малые. Эта проблема особенно остро проявляется в перинатологии. В случаях рождения глубоко недоношенных детей высок риск их инвалидизации, в связи с чем врачи могут возражать против реанимации. Так, например, в России до недавнего времени не проводились реанимационные мероприятия для детей, родившихся до 28 недели беременности<sup>206</sup>.

Уже неоднократно отмечалось, что в биомедицине устойчиво сохраняется механистическое восприятие человеческого организма. Критические состояния воспринимаются как поломка, сбой в механизме, который можно попытаться устранить при помощи механических и иных технически опосредованных воздействий. Вернуть человека к жизни значит «перезапустить» его сердце-мотор. Это по-прежнему находит свое отражение в реаниматологическом дискурсе – как в теоретических терминах, так и в профессиональном жаргоне (в английском языке для данного контекста характерен глагол *to fix*, который можно одновременно означать и ремонт, и лечение).

Продолжая эту аналогию, можно было бы сравнить отделение реанимации и интенсивной терапии с ремонтным цехом, в котором работает своего рода «конвейер» по спасению жизней. На первый взгляд, метафоры спасения и ремонта плохо сочетаются между собой. Коннотации слова «спасения» отсылают к экзистенциальному измерению. О спасении принято говорить в тех случаях, когда речь идет о серьезной опасности (сюда же можно отнести метафоры

---

<sup>206</sup> В 2019 г. Минздрав России пересмотрел медицинские критерии рождения: живым считается плод, родившийся с 22-й недели беременности (Приказ от 13 сентября 2019 г. о внесении изменения в приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н).

поединка с болезнью и смертью). Ремонт же ассоциируется с гораздо менее драматичными обстоятельствами, скорее, наоборот – с предсказуемостью, контролируемостью, ремесленной стороной дела, технологичностью. Тем не менее, можно допустить, что для критической медицины как раз свойственно это парадоксальное сопряжение метафор спасения и ремонта. Другой гранью этого парадокса можно было бы считать то обстоятельство, что для реанимационных отделений чрезвычайные ситуации одновременно являются рутинными.

По сути, медицинская танатология и реаниматология сходятся в своей главной интенции – повернуть вспять процессы танатогенеза в организме. Иными словами, сделать обратимым то, что ранее было необратимым. Вместе с тем, очевидно, что эти попытки победить необратимость не приносят универсальных положительных результатов. Сердечно-легочная реанимация оказывается действенной лишь в тех случаях, когда некая неуловимая черта необратимости еще не перейдена. В. Янкелевич называет реанимацию «акробатическим восстановлением на краю небытия». По его мнению, это может оказаться необыкновенной удачей в сочетании с высоким профессионализмом медика, но не является чудом. Примечательно, что здесь он тоже использует метафору машины: «если машина снова пущена в ход, то только потому, что она по сути никогда не переставала функционировать». Иными словами, по мысли Янкелевича, реанимация представляет собой «спасение утопающего в предпоследний момент; но нельзя спасти утопленника»<sup>207</sup>.

Когда реанимационные мероприятия оказываются безуспешными, этот опыт нередко осмысливается врачами как поражение, капитуляция. Если же меры по спасению жизни оказались успешными в данный момент времени, практически всегда имеют и свои негативные последствия. Так же, как уже упоминалось в предыдущем параграфе о физиологических осложнениях в результате

---

<sup>207</sup> Янкелевич В. Смерть. С. 328–330.

искусственного вмешательства, здесь возможны проявления постреанимационной болезни (ПРБ), которое были подробно описаны в 1972 г. В.А. Неговским<sup>208</sup>.

Почему так происходит? Можно ли это объяснить только несовершенством человеческих технологий? Можно ли рассчитывать на то, что это несовершенство рано или поздно будет преодолено? Или же приходится признать, что человеческая смертность не устранима в принципе? В таком случае следовало бы уточнить, что спасение жизни означает ее продление на некоторый срок.

### *2.1.3. Поддержание жизни: практики искусственной вентиляции легких*

В этом параграфе речь пойдет главным образом об искусственной вентиляции легких как о наиболее распространенной технологической практике поддержания жизни в палате интенсивной терапии. Помимо искусственной вентиляции легких к устройствам жизнеобеспечения также можно было бы отнести аппараты искусственного кровообращения, оборудование для диализа и – с некоторыми оговорками – для энтерального и парентерального питания. Однако именно практики ИВЛ, на наш взгляд, наиболее показательны в поисках ответов на вопрос, что происходит с границей между жизнью и смертью под воздействием устройств жизнеобеспечения.

Внедрение ИВЛ в клиническую практику предзнаменовало появление современных отделений интенсивной терапии. За последние два десятилетия интерес к методам ИВЛ заметно возрос как в теоретическом плане, так и с точки зрения клинической практики<sup>209</sup>. Особую остроту этой проблематике придала пандемия COVID-19, когда возникла необходимость искусственной вентиляции для огромного количества пациентов одновременно.

---

<sup>208</sup>Под постреанимационной болезнью понимается состояние организма после перенесенной остановки кровообращения и последующего восстановления функции органов и систем. Данная нозологическая форма выражается в синдроме полиорганной недостаточности. На состояние пациента могут негативно влиять осложнения, возникающие в процессе сердечно-легочной реанимации (аспирационный синдром, травма скелета грудной клетки) и во время собственно постреанимационного периода (Неговский В.А., Гурвич А.М., Золотокрылина Е.С. Постреанимационная болезнь. М.: Медицина, 1987. С. 8).

<sup>209</sup>Slutsky A.S. History of Mechanical Ventilation from Vesalius to Ventilator-Induced Lung Injury // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2015. Vol. 191. No. 10. P. 1107.

Неслучайно в этих обстоятельствах заметно увеличилось число научных публикаций о различных аспектах респираторной поддержки пациентов с острой дыхательной недостаточностью. Помимо медицинских исследований предпринимаются попытки осмыслить практики ИВЛ в более широком социогуманитарном контексте. В этом отношении примечательна статья Х. Соломона «Жизнь на одолженном дыхании», где на основе этнографических наблюдений в индийских больницах автор рассуждает о биополитике интенсивной терапии. В частности, Соломон ставит вопрос о том, какие виды дыхательных техник люди создают с помощью технологий жизнеобеспечения. Употребляя словосочетание «дыхательные техники»<sup>210</sup>, Х. Соломон опирается на основную концепцию М. Мосса из его эссе «Техники тела»<sup>211</sup>. Автор статьи предлагает подходить к анализу механической вентиляции с позиций «социального дыхания». По мнению Х. Соломона, дыхание является социальным, потому что в критических ситуациях люди и машины перемещают воздух – как материальным, так и нематериальным образом<sup>212</sup>. Посредством реанимации, интубации и снятия с аппарата дыхание перемещается между пациентами и врачами, между пациентами и машинами, а также между пациентами и их родственниками. Развивая мысль Х. Соломона, можно рассматривать практики «социального дыхания» в качестве еще одного способа смещения границы между жизнью и смертью. Благодаря «социальному дыханию» становится возможным вернуть человеку дыхание жизни.

Этот момент интересен в связи с тем, что по мере развития медицины критических состояний наблюдается постепенный переход от непосредственного телесного воздействия к более механизированному и, соответственно, от индивидуального к массовому. Так, в практиках искусственного дыхания

---

<sup>210</sup> *Solomon H. Living on Borrowed Breath: Respiratory Distress, Social Breathing, and the Vital Movement of Ventilators // Medical Anthropology Quarterly. 2021. Vol. 35. No. 1. P. 3.*

<sup>211</sup> В указанной работе Мосса присутствует только беглое упоминание о дыхательных техниках, а также о «техниках лечения аномального: массажи и т.д.» (*Мосс М. Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии. М.: КДУ, 2011. С. 322*).

<sup>212</sup> *Solomon H. Living on Borrowed Breath. P. 3.*

прослеживается переход от приемов рот-в-рот к применению вспомогательных приспособлений и устройств (мешки Амбу, аппараты ИВЛ).

Социальное измерение современных практик искусственной вентиляции позволяет посмотреть с иного ракурса на ранее упомянутую проблему «терапевтического насилия». По сравнению с приемами сердечно-легочной реанимации может сложиться впечатление, что агрессивность терапевтического воздействия здесь отступает на второй план. Хотя это дискуссионный момент. Как, например, замечает П. Сьюард, «заталкивание пластиковой трубки в горло до самой трахеи – не та вещь, которую организм будет спокойно терпеть»<sup>213</sup>. В связи с этим классическая субъект-объектная дихотомия при взаимодействии врача и пациента снова порождает проблемы этического плана. Пациент в предписанной ему роли объекта может сопротивляться интубации по тем или иным причинам. Например, он может не понимать или же не соглашаться с тем, что совершаемые над его телом манипуляции, сколь бы болезненными и неприятными они ни были, по представлениям окружающих совершаются ради его же блага. В некоторых ситуациях при проведении интубации может возникнуть необходимость принуждения, выражаемого в иммобилизации пациента, когда его руки и ноги привязывают к койке. Наряду с иммобилизацией в таких случаях распространены практики анальгоседации. Пациента «загружают» (как принято говорить на профессиональном жаргоне российских реаниматологов): назначают седативные аппараты, в некоторых случаях вводят в медикаментозную кому. В каком-то смысле это более современный и менее унижительный, чем иммобилизация, способ воспрепятствовать человеку, который сопротивляется назначенному лечению.

Интубация и подключение к аппарату ИВЛ считается достаточно радикальной терапией, назначаемой в крайних ситуациях, не только и не столько по причине того дискомфорта, с которым она сопряжена. По всей видимости, главная проблема заключена в другом. Если в результате реанимационных мер

---

<sup>213</sup> Сьюард П. Ангелы спасения. Экстренная медицина. С. 131.

пациента вернули к жизни, но он при этом не способен дышать самостоятельно, подключение его к ИВЛ позволяет выиграть время, чтобы дать организму шанс на восстановление или продумать иные стратегии лечения. Вместе с тем, здесь возникают новые проблемы. Как долго держать пациента на аппарате? Как определить время, когда человек снова сможет дышать самостоятельно? Как быть, если пациент в коме, и в течение длительного периода не наступает никаких улучшений? «Зависание» на аппаратах обычно рассматривается как наименее предпочтительный ход лечения, иногда более устрашающий, чем скорая смерть. В определенном смысле подключить пациента к аппарату ИВЛ легче, чем впоследствии его отключить. В особенности это касается как раз тех ситуаций, когда граница между жизнью и смертью утрачивает свою естественную отчетливость под воздействием реанимационных технологий.

Смерть из естественного события, констатация которого представляет по существу одномоментный акт, превращается в событие искусственное, будучи опосредованным медицинскими технологиями и обусловленным решениями медперсонала<sup>214</sup>. Искусственность предполагает возможность волевого решения. Если человек подключен к аппаратам жизнеобеспечения, момент наступления смерти оказывается напрямую связанным с поворотом тумблера.

Здесь можно зафиксировать едва уловимый переход от «ремонта» к «производству». Аппараты, протезирующие важнейшие жизненные функции, не просто «ремонтируют» организм человека. Искусственное поддержание жизни приводит к появлению новых искусственных форм его существования. Таких пациентов можно условно назвать «технически живыми»<sup>215</sup>, а основные формы их существования – технической жизнью. В данном контексте это еще не вполне структурированное понятие. Скорее, речь идет об эвристической метафоре,

---

<sup>214</sup> Юдин Б.Г. Смерть и умирание в контексте высоких технологий. С. 11.

<sup>215</sup> Словосочетание «технически живой» (“technically alive”) иногда встречается в публицистических и художественных текстах. Так, например, Джейк Джонс, один из британских фельдшеров скорой помощи, описывает очередной эпизод из своей практики так: «К нашему приезду в больницу пациент уже дышит сам, ...мы передаем технически живого человека» (Джонс Дж. Вы меня слышите? С. 206).



которая, тем не менее, позволяет наметить перспективные направления для осмысления парадоксальных явлений.

## 2.2. Артефакты реанимационного воздействия

### 2.2.1. Жизнь, не отличимая от смерти: клинический статус смерти мозга

Как уже отмечалось в предыдущем параграфе, благодаря стремительному развитию медицинских технологий, особенно в области реаниматологии и анестезиологии, стало возможным продолжительное поддержание жизненных функций пациента искусственными средствами. С одной стороны, это позволило в значительной мере снизить показатели смертности в палатах интенсивной терапии. С другой стороны, возникла необходимость пересмотреть признаки наступления смерти и найти новое определение понятия биологической смерти, поскольку кардиопульмональный критерий перестал быть однозначно валидным. В медицинской практике его стал вытеснять неврологический критерий, когда решающим признаком наступления смерти человека признается смерть головного мозга.

Смерть мозга сама по себе не является новым понятием. Мозг умирает вместе с остальным телом, и потому обычно не различали, погиб ли он в результате травмы или же был необратимо поврежден вследствие прекращения деятельности сердца и легких<sup>216</sup>.

Первое описание смерти мозга как клинического статуса датируется 1959 г.<sup>217</sup> Французские неврологи П. Молларе и М. Гулон описали состояние пациента на аппарате ИВЛ, находящегося в глубокой коме, у которого было констатировано полное отсутствие функций головного мозга. Для обозначения

---

<sup>216</sup> *Hacke W. Brain Death – An Artifact Created by Critical Care Medicine or the Death of the Brain Has Always Been the Death of the Individuum // Signs of Death. Scripta Varia. Vatican City, 2007. P. 85.*

<sup>217</sup> *Иванюшкин А.Я., Попова О.В. Социальный и философский контекст проблемы смерти мозга. М.: ИФ РАН, 2015. С. 10–11.*

этого состояния они предложили термин «запредельная кома» (*coma dépassé*)<sup>218</sup>. В том же году другая группа исследователей во главе с П. Вертхаймером описала «смерть нервной системы»<sup>219</sup>. Наряду с этими терминами также использовались и такие варианты, как «посткома»<sup>220</sup>, «острая анэнцефалия», «искусственно продолженная агония», «редуцированная жизнь»<sup>221</sup>. Специальная Ad Hoc комиссия медицинского факультета Гарвардского университета предложила термин «необратимая кома» (*irreversible coma*). Однако он уже использовался в медицинской практике для указания на целый ряд коматозных состояний с сохраненной дыхательной функцией и потому мог вызвать путаницу. Значительная часть проблем, с которыми сегодня приходится сталкиваться, вызваны неверными определениями и расхождениями в терминологии<sup>222</sup>. Точность в данном вопросе действительно имеет принципиальное значение. Клинический статус смерти мозга должен быть надежно отличим от других внешне сходных состояний – таких, как, например, персистирующее вегетативное состояние, апаллический синдром (бодრствующая кома), состояние минимального сознания, синдром деэфферентации, акинетический мутизм и др. В связи с этим были введены еще два термина *brain death* и *cerebral death*, поначалу употреблявшиеся как синонимы. Впоследствии термином *brain death* стали называть прекращение деятельности всего мозга (включая ствол), в то время как *cerebral death* означает отсутствие функций полушарий большого мозга<sup>223</sup>.

<sup>218</sup> Mollaret P., Goulon M. Le coma dépassé (mémoire préliminaire) // Revue neurologique. 1959. No. 101. P. 3–15.

<sup>219</sup> Wertheimer P., Jouvet M., Descotes J. A propos du diagnostic de la mort du système nerveux dans les comas avec arrêt respiratoire traités par respiration artificielle // La Presse Médicale. 1959. Vol. 67. No. 3. P. 87–88; Jouvet M. Diagnostic électro-souscortico-graphique de la mort du système nerveux central au cours de certains comas // Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. 1959. No. 11. P. 805–808.

<sup>220</sup> Пинчук А.В., Минина М.Г., Виноградов В.Л. Этические аспекты концепции смерти мозга // Трансплантология. 2013. № 2. С. 29.

<sup>221</sup> Иванюшкин А.Я., Попова О.В. Социальный и философский контекст проблемы смерти мозга. С. 14.

<sup>222</sup> Hacke W. Brain Death – An Artifact Created by Critical Care Medicine or the Death of the Brain Has Always Been the Death of the Individuum. P. 85.

<sup>223</sup> Уолкер А.Э. Смерть мозга. С. 13.

Признаки смерти головного мозга впервые были сформулированы в 1963 г. в работе Р.С. Шваба с коллективом авторов «ЭЭГ как средство определения смерти при наличии сердечной деятельности»<sup>224</sup>. Впоследствии в ходе клинических исследований многие европейские неврологи и нейрохирурги пришли к выводу, что главным доказательством гибели мозга следует считать отсутствие признаков внутричерепного кровотока<sup>225</sup>. Однако очевидно, что для точной постановки диагноза необходимо разработать целый комплекс клинических признаков.

С этой целью в 1968 г. была созвана Ad Hoc комиссия медицинского факультета Гарвардского университета под председательством анестезиолога и эксперта в области медицинской этики Г.Н. Бичера. В состав комиссии вошли тринадцать специалистов различных профилей<sup>226</sup>. В течение полугода были разработаны такие критерии смерти мозга, как устойчивое и необратимое отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие реакции на болевые раздражения и рефлексов (в т.ч. рефлексов ствола головного мозга), полное электрическое молчание мозга<sup>227</sup>.

В целом, 1960-е гг. были ознаменованы активными дебатами вокруг неврологического определения смерти<sup>228</sup>. Гарвардские критерии сами по себе не были нововведением, т.к. другие исследовательские группы или авторы уже предлагали нечто подобное в прошлом<sup>229</sup>. Однако именно эти критерии принято считать вехой на пути от кардиопульмонального критерия смерти к неврологическому. Тем самым, на протяжении полувека можно наблюдать смещение прежних критериев и локусов смерти. Тогда же к концу 1960-х гг. все

---

<sup>224</sup> Schwab R.S., Potts R., Mathis P. EEG as an aid in determining death in presence of cardiac activity. P. 147.

<sup>225</sup> Уолкер А.Э. Смерть мозга. С. 230.

<sup>226</sup> Tham J. Harvard Brain Death Criteria and Organ Transplantation: A Historical Revisit. P. 41.

<sup>227</sup> Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain, A Definition of Irreversible Coma. P. 337.

<sup>228</sup> Tham J. Harvard Brain Death Criteria and Organ Transplantation: A Historical Revisit. P. 41.

<sup>229</sup> Joyn R.J. A New Look at Death // Journal of the American Medical Association. 1984. Vol. 252. No. 5. P. 680–683.

большее распространение в западных странах получает представление о тождественности смерти мозга и смерти человека<sup>230</sup>. В связи с этим возникает множество вопросов не только сугубо медицинского, но и биоэтического, философского, социологического характера.

Несмотря на то, что Гарвардские критерии были официально приняты и впоследствии законодательно закреплены в США посредством Единого законодательного акта об определении смерти 1981 г., за минувшие полвека так и не был достигнут консенсус по поводу нового определения смерти. Напротив, увеличилось число возражений против него. Аргументы против смерти мозга выдвигаются не только философами и биоэтиками (Г. Йонас, М. Поттс, Т. Рассел<sup>231</sup> и др.) и юристами, но и самими медиками (Р. Витч, Г.С. Белкин<sup>232</sup> и др.). Примечательно, что американский невролог А. Шьюмон, до 1985 г. известный как радикальный сторонник концепции смерти мозга, на основании своих клинических исследований убедился в обратном<sup>233</sup>.

В настоящее время продолжается изучение процессов, происходящих в головном мозге человека в терминальных состояниях, и поиск возможностей реверсивного воздействия на них. Так, например, в январе 2018 г. был описан процесс т.н. «мозгового цунами», который предположительно может быть остановлен и направлен вспять<sup>234</sup>.

Диагностирование смерти мозга можно рассматривать как один из примеров технологического воздействия на человека, находящегося

---

<sup>230</sup> *Иванюшкин А.Я., Попова О.В.* Социальный и философский контекст проблемы смерти мозга. С. 14.

<sup>231</sup> *Jonas H.* Reflections on Human Experimentation // *Daedalus*. 1969. No. 98. P. 243–245; *Potts M.* Pro-Life Support of the Whole Brain Death Criterion: A Problem of Consistency // *Potts M., Byrne P.A., Nilges R.G.* (eds.) *Beyond Brain Death: The Case Against Brain Based Criteria for Human Death*. Heidelberg: Springer Netherlands, 2000. P. 121–138; *Russell T.* *Brain Death: Philosophical Concepts and Problems*. Aldershot: Ashgate Publishing Ltd., 2000. 183 p.

<sup>232</sup> *Veatch R.M.* Brain Death: Welcome Definition... or Dangerous Judgment? // *The Hastings Center Report*. 1972. Vol. 2. No. 5. P. 10–13; *Belkin G.S.* *Death Before Dying: History, Medicine, and Brain Death*. New York: Oxford University Press, 2014. 288 p.

<sup>233</sup> *Spaemann R.* Is Brain Death the Death of the Human Being? P. 133.

<sup>234</sup> *Dreier J.P.* et al. Terminal Spreading Depolarization and Electrical Silence in Death of Human Cerebral Cortex // *Annals of Neurology*. 2018. No. 83. P. 295–310.

в пограничном состоянии между жизнью и смертью<sup>235</sup>. В результате такого воздействия это состояние становится искусственным, ятрогенным, а пациент со смертью мозга превращается в своего рода «артефакт реаниматологии»<sup>236</sup>.

Смерть мозга можно констатировать только при помощи соответствующих диагностических технологий и процедур. При отсутствии возможности снять ЭЭГ и зафиксировать полное электрическое молчание мозга, остальные признаки не позволяют вынести окончательное суждение о необратимости прекращения жизнедеятельности. Когда нет возможности соотносить непосредственное наблюдение с данными мониторов, пациент с подозрением на смерть мозга может выглядеть так же, как, например, пациент в глубокой коме. В обоих случаях отсутствуют сознание и самостоятельное дыхание.

Смерть мозга констатируется как бы вопреки очевидному. Пациент со смертью мозга, находящийся на искусственной вентиляции, видимым образом отличается от обычных трупов. Он по-прежнему дышит, но при этом объявляется мертвым на основании показаний контрольно-диагностической аппаратуры и их интерпретации.

Это может быть особенно болезненно для родственников пациента. Их опыту чувственного восприятия противостоят все признаки, связанные с жизнью, но не со смертью. По внешнему виду нельзя отличить пациентов, находящихся в состоянии необратимой комы, от других коматозных больных. Их тела теплые на ощупь, грудная клетка вздымается, ощущается сердцебиение, хотя это и происходит исключительно благодаря аппаратам жизнеобеспечения<sup>237</sup>.

В этой ситуации возникает дилемма, следует ли считать пациента с констатированной смертью мозга еще живым или уже мертвым<sup>238</sup>. Пересек ли такой пациент черту необратимости? Или же он вплотную приблизился к этой

---

<sup>235</sup> Юдин Б.Г. Смерть и умирание в контексте высоких технологий. С. 13.

<sup>236</sup> Hacke W. Brain Death – An Artifact Created by Critical Care Medicine or the Death of the Brain Has Always Been the Death of the Individuum. P. 84.

<sup>237</sup> Kalitzkus V. Neither Dead-nor-Alive: Organ Donation and the Paradox of ‘Living Corpses’. P. 148.

<sup>238</sup> Иванюшкин А.Я., Попова О.В. Социальный и философский контекст проблемы смерти мозга. С. 6.

черте, но по-прежнему жив? Или, может быть, он, оказавшись в некой пограничной зоне, «еще не мертв», но «уже не жив»?

В этом контексте примечательно появление словосочетания «пациенты Шредингера». Так, например, И. Эбби называет одну из своих пациенток, в отношении которой она никак не может понять, жива ли та или мертва<sup>239</sup>. По словам Дж. Джонса, «пациент – это кот Шредингера; ...человек в сумеречной зоне между жизнью и смертью»<sup>240</sup>. Здесь прослеживается прямая аллюзия на известный мысленный эксперимент Эрвина Шредингера, критикующего копенгагенскую интерпретацию квантовой механики. Важнейшей предпосылкой в его аргументации было то, что кот не может быть одновременно и живым, и мертвым. Очевидно, что словосочетание «пациент Шредингера», во врачебной прозе и публицистике, – не более чем эффектная метафора, без притязаний на основательную концептуализацию. Однако при более внимательном рассмотрении возникает вопрос, не является ли пациент со смертью мозга одновременно живым и мертвым. Как отмечает А.Я. Иванюшкин, человек со смертью мозга «частично жив» и «частично мертв», а граница между жизнью и смертью оказывается словно бы «стертой»<sup>241</sup>.

Если для обозначения клинического статуса смерти мозга было трудно найти адекватные термины, в отношении пациентов, находящихся в этом состоянии, проблема терминологического именованья оказалась принципиально острее. Так, например, для обозначения пациентов со смертью мозга У. Гэйлин предложил термин «неоморт»<sup>242</sup>. Наряду с этим в литературе можно встретить такие имена, как «псевдоживой»<sup>243</sup>, «артефакт технологической поддержки»<sup>244</sup>,

<sup>239</sup> Эбби И. Семь причин для жизни. С. 276.

<sup>240</sup> Джонс Дж. Вы меня слышите? С. 197.

<sup>241</sup> Иванюшкин А.Я. Пути легитимизации концепции смерти мозга: опыт России и зарубежных стран // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19: Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза. М.: Изд-во МосГУ, 2014. С. 52.

<sup>242</sup> Gaylin W. Harvesting the dead // Harpers's. 1974. Vol. 249. No. 1492. P. 23–28.

<sup>243</sup> Dagonet F. La maitrise du vivant. Paris, 1988. P. 189.

<sup>244</sup> Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics. Washington, DC, 2008. P. 21.

«артефакт ИВЛ»<sup>245</sup>, «овощ» или «растение», «интегративное единство телесности»<sup>246</sup>, «сердечно-легочный препарат, который может существовать много дней» и др.<sup>247</sup>

Перечисленные примеры можно рассматривать в качестве речевых практик, обозначающих границу между жизнью и смертью как на уровне теоретической концептуализации, так и в рамках профессионального жаргона. Эти имена также представляются достаточно красноречивым свидетельством того, что граница между жизнью и смертью одновременно проявляется как граница между человеческим и нечеловеческим. Иными словами, неявно подразумевается, что мертвый – уже не человек, но предмет. Как отмечает Б.Г. Юдин, присвоение имени «человек» конкретному существу связано не просто с фиксированием объективных показателей для констатации смерти мозга, но и с выражением ценностной позиции, определяющей степень моральной приемлемости тех или иных манипуляций в отношении этого существа<sup>248</sup>. Действия по отношению к человеку определяются речью о нем<sup>249</sup>. Соответственно, присваивание пациенту со смертью мозга объективированных, «нечеловеческих» имен, т. е. отзывание имени «человек» – задает принципиально иную этическую систему координат. В этом смысле неслучайно, как отмечает Агамбен, некоторые наиболее радикально настроенные проponentы неврологического критерия смерти настаивают на государственном регулировании этого вопроса, чтобы узаконить манипуляции над телами «псевдоживых» в реанимационных палатах<sup>250</sup>.

С юридической точки зрения, если исходить из действующего неврологического критерия смерти, такие пациенты мертвы. Соответственно, предполагается, что отключение их от аппаратов жизнеобеспечения или

---

<sup>245</sup> Ibid.

<sup>246</sup> *Shewton D.* The Brain and Somatic Integration. P. 457–478.

<sup>247</sup> *Ильченко К.В.* Смерть мозга – смерть человека: этико-философский и правовой дискурс // Юридическая мысль. 2017. № 4 (102). С. 30.

<sup>248</sup> *Юдин Б.Г.* Смерть и умирание в контексте высоких технологий. С. 15.

<sup>249</sup> *Попова О.В.* Человек как артефакт биотехнологий. С. 153–154.

<sup>250</sup> *Агамбен Дж.* Homo Sacer. Суверенная власть и голая жизнь. М.: Европа, 2011. С. 209.

извлечение органов для пересадки не следует квалифицировать как убийство. Так, проблема онтологического плана здесь тесно связана с проблемой адекватного именованя и соответствующего правового и этического действия.

С одной стороны, пациента со смертью мозга на ИВЛ можно считать «клинически живым», поскольку благодаря аппаратам жизнеобеспечения его органы сохраняют жизнеспособность для пересадки. С другой стороны, его мозг признан мертвым, и потому пациент объявлен мертвым опять же с клинической точки зрения. Человека, пребывающего в этом гибридном состоянии, также можно признать «технически живым», в том смысле, что благодаря технологическому вмешательству сохраняются дыхание и кровообращение. Однако такую форму технической жизни трудно отличить от смерти.

### *2.2.2. Жизнь как непрекращающееся умирание:*

#### *хроническое критическое состояние*

Еще один тип пациентов, чье положение после медицинского вмешательства можно охарактеризовать как пограничное, – это хронические критические больные<sup>251</sup>. Таких пациентов иногда называют «реанимационными долгожителями»<sup>252</sup>. Несмотря на оптимистичное звучание этого словосочетания, которое пока не закрепилось в качестве термина, само по себе явление оставляет мало поводов для оптимизма. Речь идет о выживших больных, у которых после реанимации возник синдром хронического критического состояния. Отличительной его особенностью являются неспособность пациента дышать самостоятельно и его полная зависимость от аппарата ИВЛ. Медицинской манипуляцией, которая маркирует переход от острого критического состояния

<sup>251</sup> В англоязычный научный обиход термин *chronically critically ill*, по всей видимости, вошел благодаря статье американских исследователей К. Жирара и Т. Раффина: *Girard K., Raffin T.A. The Chronically Critically Ill: to Save or Let Die? // Respiratory Care. 1985. Vol. 30. No. 5. P. 339–347.*

<sup>252</sup> *Фаршатов Р.С. Хроническое критическое состояние – новое понятие или старая проблема? // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21585> (дата обращения: 05.08.2021).*



к хроническому, по мнению Д. Ламас, является трахеостомия<sup>253</sup>, относительно простая хирургическая операция по образованию искусственного отверстия в трахее для длительной вентиляции легких. Также было установлено, что наибольший риск развития хронического критического состояния наблюдается у пациентов с сепсисом и острой дыхательной недостаточностью, при которой возникла необходимость в подключении к аппарату ИВЛ<sup>254</sup>.

Несмотря на то, что доля тех, кто находится в хроническом критическом состоянии, от общего числа пациентов реанимации незначительна, на их содержание может расходоваться до половины всех ресурсов отделения<sup>255</sup>. Помимо больших затрат на уход следует указать на низкие показатели выживаемости в долгосрочной перспективе, а также на частые повторные обращения за врачебной помощью<sup>256</sup>. Отмечается высокий уровень смертности хронических критических пациентов в течение первого года после выписки<sup>257</sup>.

Снижение числа летальных исходов в ОРИТ приводит к увеличению количества пациентов в хроническом критическом состоянии, особенно пожилых<sup>258</sup>. В 2012 г. С.С. Карсон отмечал, что за минувшие десятилетия удвоилось число хронических критических пациентов, и прогнозировал дальнейшее его удвоение в ближайшие десять лет<sup>259</sup>. С большой долей уверенности можно предположить, что в связи с пандемией COVID-19 следует ожидать еще более масштабных последствий в этом отношении.

---

<sup>253</sup> Ламас Д. Жизнь взаимы. С. 42.

<sup>254</sup> Подробнее о патофизиологии и клинических критериях хронического критического состояния см., напр.: *Mayr B.F., Yende S.* Отдаленные исходы критических состояний // Руководство по критической медицине: в 2 т. Т. 2 / Под ред. Ж.-Л. Венсана. СПб.: Человек, 2019. С. 1788.

<sup>255</sup> *Wienczek C.* Chronic Critical Illness: Prevalence, Profile, and Pathophysiology // AACN Advanced Critical Care. 2010. Vol. 21. No. 1. P. 45.

<sup>256</sup> *Mayr B.F., Yende S.* Отдаленные исходы критических состояний. С. 1787.

<sup>257</sup> Всего около 10% таких пациентов способны вернуться домой в относительно самостоятельном состоянии (*Ламас Д.* Жизнь взаимы. С. 41).

<sup>258</sup> *Kahn J.M., Le T., Angus D.C.* et al. The Epidemiology of Chronic Critical Illness in the United States // Critical Care Medicine. 2015. Vol. 43. No. 2. P. 282–287.

<sup>259</sup> *Carson S.S.* Definitions and Epidemiology of the Chronically Critically Ill // Respiratory Care. 2012. Vol. 57. No. 6. P. 848–858.

Примечательно, что хроническое критическое состояние возникает после продолжительного пребывания в реанимационной палате (от двух недель). Это позволяет предположить, что осложнения первичного неотложного состояния связаны не только с самим течением болезни, но и с искусственными факторами.

Так, в ряде исследований, в ходе которых велось продолжительное наблюдение за выжившими пациентами, было установлено, что анальгоседация и иммобилизация в долгосрочной перспективе могут приводить к серьезному ухудшению качества жизни пациентов. Речь идет о совокупности физиологических и социально-психологических последствий пребывания в реанимационном пространстве, ограничивающих повседневную жизнь пациента в течение долгого времени после его выписки. Это явление стали называть синдромом «После Интенсивной Терапии» или «ПИТ-синдромом» (PICS – Post Intensive Care Syndrome)<sup>260</sup>. Данный термин, введенный в 2010 г. Обществом медицины критических состояний<sup>261</sup>, следует отличать от вышеупомянутых синдрома хронического критического состояния и понятия постреанимационной болезни. Продолжительность проявлений этого синдрома может достигать восьми лет, а его структура включает в себя целый ряд осложнений не только физиологического, но и психологического характера<sup>262</sup>. Эти симптомы могут проявляться как во время пребывания пациента в палате интенсивной терапии,

---

<sup>260</sup> Белкин А.А., Алашеев А.М., Давыдова Н.С. и др. Обоснование реанимационной реабилитации в профилактике и лечении синдрома «после интенсивной терапии» (ПИТ-синдром) // Вестник восстановительной медицины. 2014. № 1. С. 37.

<sup>261</sup> Davidson J.E., Harvey M.A. Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome // AACN Advanced Critical Care. Vol. 27. No. 2. P. 185.

<sup>262</sup> В качестве характерных признаков синдрома рассматриваются когнитивные расстройства (нарушение памяти, внимания, исполнительных функций), психиатрическая симптоматика (посттравматический стресс, тревожность, депрессия). Подробнее см.: Белкин А.А., Алашеев А.М., Давыдова Н.С. и др. Обоснование реанимационной реабилитации в профилактике и лечении синдрома «после интенсивной терапии» (ПИТ-синдром). С. 39.

так и после его выписки<sup>263</sup>. Причем проблемы, ассоциированные с этим синдромом, могут отрицательно сказываться и на членах семьи выжившего<sup>264</sup>.

В настоящее время изучением ПИТ-синдрома занимается сравнительно малочисленный круг специалистов, ставящих перед собой практические задачи помочь хроническим критическим пациентам и их родственникам, а также привлечь внимание медиков и здравоохранительных институций к существованию этой проблемы. Есть основания надеяться на то, что в обозримом будущем долгосрочная постреанимационная реабилитация станет объектом более обширных клинических испытаний и научных поисков<sup>265</sup>. В зарубежных публикациях противодействие ПИТ-синдрому рассматривается как новая приоритетная задача для медицины критических состояний в XXI в.<sup>266</sup> На данный момент своего развития интенсивная терапия способна решать конкретные задачи, однако пока не может целостно восстановить критического пациента<sup>267</sup>.

На первый взгляд обозначенная проблема может показаться тривиальной, поскольку побочные эффекты можно обнаружить у любого искусственного терапевтического вмешательства, весь вопрос – в приемлемом соотношении риска и пользы. В этом смысле ятрогенные осложнения и риски больничного пространства – не новость. Вместе с тем, ПИТ-синдром можно сравнить с верхушкой айсберга, подводная часть которого существенно превосходит

---

<sup>263</sup> Rawal G., Yadav S., Kumar R. Post-Intensive Care Syndrome: An Overview // Journal of Translational Internal Medicine. 2017. Vol. 5. No. 2. P. 90.

<sup>264</sup> Для описания острых и хронических психологических проблем, с которыми сталкиваются родственники больного, используется производный термин «ПИТ-синдром в семье» (PICS-Family). Подробнее см., напр.: Davidson J.E., Jones C., Bienvenu O.J. Family Response to Critical Illness: Postintensive Care Syndrome-Family // Critical Care Medicine. 2012. No. 40. P. 618–624; Schmidt M., Azoulay E. Having a Loved One in the ICU: the Forgotten Family // Current Opinion in Critical Care. 2012. No. 18. P. 540–547.

<sup>265</sup> Белкин А.А., Алашеев А.М., Давыдова Н.С. и др. Обоснование реанимационной реабилитации в профилактике и лечении синдрома «после интенсивной терапии» (ПИТ-синдром). С. 42.

<sup>266</sup> Inoue S., Hatakeyama J., Kondo Y. et al. Post-Intensive Care Syndrome: Its Pathophysiology, Prevention, and Future Directions // Acute Medicine & Surgery. 2019. Vol. 6. No. 3. P. 241.

<sup>267</sup> Григорьев Е.В., Михайлова А.А., Шукевич Д.Л. и др. Восстановление критических пациентов – системный подход. С. 118.

масштабы видимых проявлений и включает в себя не только медицинские проблемы.

Как справедливо замечает И. Эбби, «перезапустить человеку сердце не значит перезапустить его жизнь»<sup>268</sup>. Относительно перспектив восстановления после пребывания в отделении интенсивной терапии ряд зарубежных авторов описывают три вероятных сценария. Во-первых, пациент может безвозвратно утратить свой физический и социальный статус, а значит, и возможность вести прежний образ жизни. Такой вариант обозначен метафорой «большого удара». Второй сценарий под названием «медленное выгорание» связан с тем, что в течение продолжительного времени после выписки физическая и социальная активность пациента продолжает неуклонно ухудшаться. Наконец, третий вариант – «персистирующий рецидив» – предполагает то, что после выписки периоды улучшения состояния могут чередоваться с эпизодами ухудшения<sup>269</sup>.

По всей видимости, хронических критических пациентов можно отнести к первому из этих трех сценариев. При этом их состояние можно охарактеризовать как двойственное. С одной стороны, безнадежная и тяжелая болезнь, с другой стороны, нет прямой угрозы для жизни. Такой пациент может прожить не один месяц и даже не один год. По мнению Ламас, хронические критические пациенты – «достаточно “стабильные”, чтобы не нуждаться в постоянном наблюдении, но слишком больные для перевода в общее отделение или дом инвалидов»<sup>270</sup>. Иными словами, их состояние тоже можно охарактеризовать как пограничное, причем такое, что ранее существовавшие институции оказываются не в состоянии предложить необходимый уход. Возникает еще один тип лечебницы – учреждения долгосрочной интенсивной терапии. В США учреждения по специализированному уходу за такими больными известны под названием *long-term acute care hospitals* (LTACH). Их следует

---

<sup>268</sup> Эбби И. Семь причин для жизни. С. 139.

<sup>269</sup> Kahn J.M., Werner R.M., Carson S.S., Iwashyna T.J. Variation in Long-Term Acute Care Hospital Use After Intensive Care // Medical Care Research and Review. 2012. Vol. 69. No. 3. P. 339–350.

<sup>270</sup> Ламас Д. Жизнь взаимы. С. 35.

отличать от домов престарелых<sup>271</sup>, хотя определенное сходство, безусловно, прослеживается.

Нейрохирург Г. Марш в одной из своих книг упоминает о негосударственной лечебнице, в которой за больными с тяжелыми неврологическими нарушениями ухаживают католические монахини. Среди обитателей этой лечебницы он встречает несколько своих бывших пациентов, которые в результате неудачных операций на мозге впали в вегетативное состояние<sup>272</sup>. Здесь снова можно провести аналогию с «убежищами жизни, находящейся под сомнением», обитателями, возникшими в конце XVIII в., о которых упоминалось в первой главе. Подобные лечебницы для пациентов в вегетативном состоянии оказываются для них фактически единственными убежищами, поскольку они уже исключены из общества, как бы констатирована их социальная смерть, ценность их жизни поставлена под сомнение.

Подводя предварительные итоги, можно рассматривать хроническое критическое состояние в качестве еще одной разновидности технической жизни. Такой пациент технически жив, поскольку, по меньшей мере, одна из жизненных функций его организма – дыхание – поддерживается искусственно. При этом, согласно действующим критериям смерти, такой пациент вполне определенно считается живым. Однако его функциональный статус вполне соответствует терминальному состоянию. Кроме того, длительное пребывание в полу- или бессознательном состоянии в специализированном учреждении, без перспектив улучшения, позволяет охарактеризовать положение такого человека как подобие социальной смерти. Хроническое критическое состояние, по сути, представляет собой хроническое умирание.

---

<sup>271</sup> *Munoz-Price L.S.* Long-Term Acute Care Hospitals // *Clinical Infectious Diseases*. 2009. No. 9. P. 438.

<sup>272</sup> *Марш Г.* Не навреди. С. 237.

### 2.2.3. Жизнь на аккумуляторах:

#### *имплантированные устройства жизнеобеспечения*

Далее попробуем очертить круг философских проблем, связанных с имплантируемыми устройствами, протезирующими сердечную функцию. С этих позиций примечателен опыт пациентов с искусственным сердцем или искусственным желудочком сердца (ИЖС), а также имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД). В частности, здесь стоит чуть подробнее остановиться на историях британских пациентов Питера Хоутона (Peter Houghton, 1938–2007), которому в 62 года было имплантировано искусственное сердце Jarvik-2000, и Джима Лински (Jim Lynskey, 1996–2019), которому на момент операции в 2015 году было всего 19 лет<sup>273</sup>.

Каким образом имплантация подобных протезно-контрольных систем влияет на выявление границы между жизнью и смертью? В случае с искусственным сердцем возникает принципиально новая для человека физиология – физиология без пульса, которая на экране контрольно-диагностического монитора репрезентируется прямой линией, символом смерти. У такого пациента невозможно нащупать пульс или измерить давление привычным способом. Это может иметь серьезнейшие последствия, если человек, оказавшись за пределами больницы, потерял сознание. Как определить, жив ли он, если пульс отсутствует в силу вышеуказанных причин? Британский кардиохирург С. Уэстаби, осуществивший операцию по вживлению искусственного сердца П. Хоутону, упоминает о такой ситуации. Другой пациент с искусственным желудочком сердца, упав и ударившись головой, потерял сознание у себя дома. Когда его обнаружили без пульса, холодным и без сознания, то фельдшеры скорой помощи по понятной ошибке отвезли его сразу в морг<sup>274</sup>.

---

<sup>273</sup> Jim Lynskey: Man with Mechanical Heart Pump Dies // BBC News. 14.05.2019. URL: <https://www.bbc.com/news/uk-england-hereford-worcester-48265400> (дата обращения: 07.08.2021).

<sup>274</sup> Уэстаби С. Хрупкие жизни. С. 215.

Также возникает вопрос о качестве повседневной жизни таких людей, чья жизнь находится в полной зависимости от технологий не только в палате интенсивной терапии, но и после выписки. Так, например, Д. Ламас размышляет над тем, что в настоящее время для тысяч людей возможность остаться в живых связана с тем, чтобы не забыть на ночь включить в розетку механическое устройство, поддерживающее их жизнь. На основании собранных нарративов можно поставить вопрос о том, как имплантация устройств жизнеобеспечения и связанная с этим «киборгизация» отражается на психологическом состоянии человека. Ламас называет этот симбиоз человека и машины «жизнью на пределе возможного»<sup>275</sup>. Она признается, что с тех пор, как начала изучать медицину, хотела понять, где проходит этот предел. Ламас ожидает, что в перспективе искусственные желудочки сердца будут усовершенствованы и станут миниатюрными и удобными, как и современные кардиостимуляторы, и высказывает предположение, что в будущем будут изобретены новые приборы, еще на шаг приближающие к преодолению пределов смертности<sup>276</sup>.

Приняв приглашение своего пациента Вэна навестить его дома, Ламас задается вопросами, хватает ли длины шестиметрового шнура, если ночью нужно выйти из спальни, куда Вэн втыкает вилку аккумулятора, как реагирует на подаваемые устройством сигналы тревоги. Аккумуляторов хватает только на двенадцать часов, поэтому каждую ночь надо было подсоединять блок управления к розетке до утра. Пациент с юмором называет себя «собакой на привязи», а также упоминает о своей сестре, которая иногда в раздражении обещает его отключить от розетки, если тот не будет вести себя хорошо<sup>277</sup>. Жена Вэна делится своими страхами перед неизвестностью будущего. Особые опасения у нее вызывают мысли о возможных тяжелых заболеваниях, при которых возникнет необходимость трудного выбора об отключении аппарата, например, если Вэн заболеет раком или в результате инсульта потеряет способность

<sup>275</sup> Ламас Д. Жизнь взаимы. С. 63.

<sup>276</sup> Там же.

<sup>277</sup> Там же. С. 71–74.

передвигаться, общаться и даже мыслить. Можно не успеть вовремя зарядить аккумулятор, вовремя не среагировать на сигнал тревоги, неправильно наложить повязку, в результате чего возможно развитие инфекции. Кроме того, аппарат может сломаться<sup>278</sup>.

В первую очередь, описываемый опыт пациентов с имплантируемыми устройствами, которые им необходимы по жизненным показаниям, с новой остротой ставит вопрос о симбиозе человека и машины.

Здесь накладываются друг на друга, по меньшей мере, две зоны фазовых переходов (по Б.Г. Юдину) – зона между жизнью и смертью и зона между человеком и машиной. Как в этих зонах преломляется момент необратимости? Если проводить аналогию с агрегатными состояниями воды, опыт повседневности подсказывает, что воду можно заморозить, а лед – растопить. Иными словами, здесь нет проблемы необратимости. Однако очевидно, что в случае с метафорой фазовых переходов в отношении человека дело обстоит намного сложнее. Необратимость перехода от жизни к смерти осознавалась и осмыслялась в человеческой мысли еще задолго до оформления медицинской танатологии как отдельной научной дисциплины.

Однако возможно ли сделать аналогичный вывод в отношении пограничной зоны между человеком и машиной? Судя по всему, мысль о возможности превращения человека в машину тоже существует уже не одно столетие. Попытки превратить машину в человека – в том смысле, чтобы она не уступала ему в выполнении самых разных действий, как физических, так и умственных, – тоже предпринимаются достаточно давно. Здесь можно вспомнить и об идее роботехники, не говоря уже о современных разработках искусственного интеллекта. Можно допустить, что проекты по «машинизации» человека – от крупномасштабных политических до более локальных, узкопрофессиональных, на коллективном или индивидуальном уровнях – уже осуществлялись и продолжают осуществляться с относительным успехом. Но возможен ли

---

<sup>278</sup> Ламас Д. Жизнь взаимы. С. 68–69.



обратный ход, если человек уже «машинизирован», если он превратился в киборга? Или же «машинизация» человека в своих основаниях носит тот же необратимый характер, что и его смерть? Возможно ли исключить мысль о том, что в человеческой природе есть свои границы необратимости, помимо ее смертности? Иными словами, утрата человеческого может быть при некоторых обстоятельствах непоправимой и невосполнимой.

В данном случае, не имея возможности предложить фундированный ответ на вопрос в отношении всех примеров киборгов, остановимся только на рассматриваемом медицинском контексте. Если говорить об искусственном протезировании таких жизненно важных функций, как дыхание и сердцебиение, грань между пользой и бременем оказывается неуловимой. Так, например, Д.В. Михель ставит вопрос о той черте, за которой имплантированные протезно-контрольные системы становятся инструментами строгого надзора вместо того, чтобы ненавязчиво помогать в сохранении качества жизни<sup>279</sup>.

Здесь можно предположить, что наложение двух «фазовых переходов» может приводить к особенно радикальным последствиям. Зона между человеком и машиной может проявляться и в тех ситуациях, когда человек вполне здоров и активен, и в тех ситуациях, когда он серьезно болен и даже нуждается в машинном протезировании важнейших функций жизнедеятельности. Но если человек оказался в зоне границы между жизнью и смертью, и эта зона пересекается с зоной между человеческим и машинным, к чему это может привести? Как отмечает Д.В. Михель, под влиянием постепенно внедряющихся технологий киборгизации начинают меняться привычные представления о живом. В частности, представляются закономерными вопросы о том, «дышит ли оно так, как дышат другие» и «способно ли оно умереть так, как умирают живые тела?»<sup>280</sup> Возможные ответы на эти вопросы можно найти в монографии голландской исследовательницы Н. Оудсхоорн «Жизнестойкие киборги: жизнь и умирание с ритмоводителями и дефибрилляторами». Описываемые устройства, с одной

---

<sup>279</sup> Михель Д.В. Воплощенный человек. С. 155.

<sup>280</sup> Там же. С. 156.

стороны, выступают в качестве технологий, спасающих жизнь, с другой стороны, определенным образом трансформируют хрупкость тела, порождая новые формы его уязвимости<sup>281</sup>.

Подводя итог, можно отметить, что полная зависимость от инкорпорированных аппаратов жизнеобеспечения позволяет охарактеризовать такой организм как технически живое тело. Однако, в отличие от предыдущих двух форм технической жизни, жизнь на аккумуляторах позволяет человеку сохранять более активный функциональный статус, несмотря на отсутствие пульса. Так, для пациентов с искусственными желудочками сердца кардиопульмональный критерий смерти окончательно утрачивает свою актуальность. Подобное биотехнологическое вмешательство смещает не только границу между жизнью и смертью, но и границы человеческой телесности.

### ***Выводы по главе 2***

Историческая динамика реанимационных техник и приспособлений не отличается равномерностью. В мировоззренческом плане их можно рассматривать как орудия чаемой человеческой победы над неизбежностью и необратимостью смерти – того, что испокон веков воспринималось как неподвластное человеку. На практике результаты реанимационного вмешательства оказываются либо бесполезными, либо относительно успешными. Если в естественных условиях переход от жизни к смерти сравнительно кратковременен, то под воздействием реанимационных технологий период пребывания между жизнью и смертью может растягиваться на значительное время. Так, реанимационные технологии создают видимость искусственного контроля над необратимостью смерти, открывая возможность замедлить некоторые процессы танатогенеза и выиграть время, однако не позволяют победить ее неизбежность.

---

<sup>281</sup> Oudshoorn N. Resilient Cyborgs Living and Dying with Pacemakers and Defibrillators. London: Palgrave Macmillan, 2020. 350 p.

Если традиционно смерть считалась наихудшим исходом лечения, то по мере развития реанимационных технологий эти представления стали меняться. Теперь наименее желательным исходом интенсивной терапии считается состояние полной зависимости от аппаратов жизнеобеспечения без перспектив улучшения, особенно при тяжелых неврологических поражениях.

Если исходить из вышеназванной концепции Б.Г. Юдина, то можно допустить, что в реанимационном пространстве зона перехода от жизни к смерти одновременно оказывается зоной, объединяющей человека и машину. Два типа фазовых переходов накладываются друг на друга: жизнь умирающего поддерживается за счет машины. Так, пациент, подключенный к аппаратам жизнеобеспечения, обретает новый онтологический статус, превращаясь в артефакт реанимационного воздействия. Такого пациента можно назвать технически живым, поскольку биологическая жизнь – дыхание и кровообращение – в нем поддерживается исключительно за счет технологической поддержки. Однако этого нередко оказывается недостаточно для признания человека живым как личности.

В связи с этим было предложено выделить следующие категории пациентов, подключенных к аппаратам жизнеобеспечения, на основании конфигурации свойств «клинически живой», «юридически живой» и «социально живой». Пациенты со смертью мозга объявляются юридически и социально мертвыми, но при этом могут некоторое время оставаться клинически живыми благодаря аппаратам жизнеобеспечения. Хронические критические пациенты живы клинически и юридически, но необратимо утрачивают возможность социальной жизни. Наконец, пациенты с инкорпорированными аппаратами жизнеобеспечения остаются клинически, юридически и социально живыми, однако до конца жизни остаются полностью зависимыми от этих устройств, в результате отключения которых неизбежно быстрое наступление биологической смерти.

Таким образом, историю реаниматологии можно назвать технологическим поединком с необратимостью, в ходе которого преобразуется природа человека.

По мере совершенствования технологий жизнеобеспечения в реанимационном пространстве происходит неуловимый переход от «ремонта» организма к «производству» новых, гибридных форм физиологии. Возникают специфические конфигурации модусов жизни и смерти, в которых существенную роль играет технологический фактор.

### **Глава 3. АПОРЕТИКА ДОПУСТИМОГО И НЕДОПУСТИМОГО: СОЦИОГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАНИМАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

В предыдущих двух главах было показано, как граница между жизнью и смертью размывается и смещается при различных терапевтических вмешательствах. В этой главе речь пойдет о том, кем и каким образом принимаются решения, связанные с очерчиванием этой границы.

Проблематика выбора и принятия решений чрезвычайно обширна. К ее картографированию можно подойти с разных позиций, например, сделав акцент на ее междисциплинарном измерении. Двигаясь от внешних, формализованных рамок, которые фиксируются юридическими нормами, к внутренним критериям допустимого – этическим, социокультурным, психологическим, мировоззренческим, попробуем рассмотреть спектр возможных дилемм.

#### **3.1. Граница между жизнью и смертью в юридическом измерении**

В первой главе уже упоминалось о дискуссиях относительно того, является ли смерть человека одномоментным актом или продолжительным процессом. В частности, было указано на особую трудность выявления момента смерти на практике. Во второй главе также были рассмотрены отдельные категории пациентов, продолжительное время пребывающих в состоянии, которое можно охарактеризовать как промежуточное между жизнью и смертью. Однако в юридическом контексте не существует понятия «полутруп»: врачу либо удалось спасти пациента, либо не удалось<sup>282</sup>. Необходимость фиксировать в документах точное время смерти в часах и минутах вынуждает ставить вопрос ребром о формализуемых критериях разграничения жизни и смерти в клинической практике.

---

<sup>282</sup> Соколов Я. Узнать по глазам. С. 98.

Кроме того, очевидно, что медицина критических состояний сопряжена с повышенным риском неблагоприятных исходов, а также врачебных ошибок. Медперсоналу приходится постоянно сталкиваться с риском юридической ответственности, что является мощным фактором в принятии решений о жизни и смерти.

Существенно и то, что критические пациенты, в большинстве случаев находящиеся в крайне тяжелом и зачастую бессознательном состоянии, редко способны выразить и отстоять свою волю в момент принятия решений о собственной жизни и смерти. Это составляет серьезную проблему как с юридической, так и с этической точки зрения<sup>283</sup>. С одной стороны, свои сложности возникают как при подключении, так и при отключении от аппаратов. С другой стороны, можно выявить целый спектр ситуаций между двумя полюсами – добровольным и принудительным лечением с использованием этих приборов.

В пределах одного параграфа не представляется возможным подробно охарактеризовать и сопоставить соответствующие законодательные нормы в разных странах. В этом контексте целесообразнее рассмотреть правоприменительные практики и реальные прецеденты.

### *3.1.1. Право на жизнь*

В этом параграфе, главным образом, речь пойдет о ситуациях, когда для защиты права на жизнь потребовались продолжительные тяжбы, вызвавшие международный общественный резонанс. Одной из главных проблем в этих случаях было принятие решения о том, допустимо ли отключить пациента от аппаратов жизнеобеспечения.

---

<sup>283</sup> Bledsoe T.A., Ward N.S., Levy M.N. Этические принципы в медицине критических состояний // Руководство по критической медицине: в 2 т. Т. 2 / Под ред. Ж.-Л. Венсана. СПб.: Человек, 2019. С. 1726.

В этом ряду, в первую очередь, можно упомянуть о случае Терри Шьяво, уже ставшем хрестоматийным в биоэтике<sup>284</sup>. Эту историю принято рассматривать в качестве одного из наиболее резонансных прецедентов, повлиявших на общественное мнение относительно прав на жизнь и смерть. Примечательно, что конфликт между родителями Терри, отстаивавшими ее право на жизнь, и ее мужем, который добивался для нее возможности умереть, принял масштабы судебного-политического конфликта. В конечном итоге, суд принимает решение о том, что Терри можно отключить от искусственного питания.

Стоит обратить внимание на то, что отключение от аппарата ИВЛ не тождественно прекращению искусственного питания через зонд. Смерть от неспособности самостоятельно дышать после может наступить значительно быстрее, чем смерть от голода и обезвоживания. Также есть примеры того, когда пациенты, отключенные от ИВЛ, вопреки прогнозам врачей, могли самостоятельно дышать еще достаточно продолжительное время.

При определенных ситуациях врачи или суд принимают решение об отключении пациента от аппаратов жизнеобеспечения вопреки воле родных. Трагизм этих историй обостряется тем, что такими пациентами оказываются не только взрослые (Венсан Ламбер<sup>285</sup>), но и дети (Джахай МакМат<sup>286</sup>, Чарли Гард<sup>287</sup>, Альфи Эванс<sup>288</sup> и др.).

Так, например, судебные инстанции Великобритании не просто постановили отключить 11-месячного Чарли Гарда, страдавшего от неизлечимой генетической аномалии, от аппаратов жизнеобеспечения. Родителям не разрешили вывезти сына в США для экспериментального лечения. Позднее им

---

<sup>284</sup> Подробнее см., напр.: *Perry J.E., Churchill L.R., Kirshner H.S.* The Terri Schiavo Case: Legal, Ethical, and Medical Perspectives // *Annals of Internal Medicine*. 2005. Vol. 143. No. 10. P. 744–748.

<sup>285</sup> *Wilkinson D., Savulescu J.* Current Controversies and Irresolvable Disagreement: the Case of Vincent Lambert and the Role of “Dissensus” // *Journal of Medical Ethics*. 2019. Vol. 45. No. 10. P. 631–635.

<sup>286</sup> *Truog R.D.* Defining Death: Lessons from the Case of Jahi McMath // *Pediatrics*. 2020. Vol. 146. Suppl. 1. P. S75–S80.

<sup>287</sup> *The Lancet.* Charlie Gard and the Limits of Medicine // *Lancet*. 2017. Vol. 390. No. 10094. P. 531.

<sup>288</sup> *Freckelton I.* Responding Better to Desperate Parents: Warnings from the Alfie Evans Saga // *Journal of Law and Medicine*. 2018. Vol. 25. No. 4. P. 899–918.

было отказано даже в том, чтобы отпустить младенца умирать дома. Комментируя это дело, юрист П.Ю. Дробышев указывает на появление в британском прецедентном законодательстве «экстремального и трагичного» понятия «смерть как наилучший интерес ребенка». При этом суд принимает подобное решение в прямом противоречии с волей родителей<sup>289</sup>. В качестве сходных примеров можно упомянуть о решениях суда, согласно которым врачам было позволено отключить Шарлотту Уайетт<sup>290</sup> и Айзу Хааструпа<sup>291</sup>, младенцев с тяжелыми нарушениями мозговой деятельности, исходя из принципа наилучшего интереса ребенка. Как показывает практика, ситуаций, когда родителям удалось отстоять в суде право на сохранение жизни своего ребенка на аппарате жизнеобеспечения (Пейтон Саммонс<sup>292</sup>, Тафида Ракиб<sup>293</sup>), существенно меньше.

На этих примерах, приведенный список которых едва ли можно считать исчерпывающим, можно увидеть не только неизбежный зазор между документами и практикой. И не только вариативность и относительность правовых оценок тех или иных решений и действий медперсонала, если сравнивать опыт разных государств.

Отчуждаемо ли право на жизнь? Практика критической медицины отвечает на этот вопрос утвердительно. Каковы критерии отчуждения права на жизнь у пациентов? В поисках ответов на поставленные вопросы трудно выйти на уровень универсальных обобщений. Проведение реанимационных мероприятий для помощи человеку, получившему тяжелую травму, – это одно. Попытки

---

<sup>289</sup> Дробышев П.Ю. Соотношение родительских прав и ответственности родителей за судьбу своего ребенка с полномочием суда по определению его наилучших интересов: дело Чарли Гарда и умертвление как наилучший интерес. URL: <http://www.anglolex.org/News/18.html> (дата обращения: 30.07.2021).

<sup>290</sup> Brazier M. An Intractable Dispute: When Parents and Professionals Disagree // *Medical Law Review*. 2005. No. 13. P. 412–418.

<sup>291</sup> Jonas M., Evans A. Conceptions of Dignity in the Charlie Gard, Alfie Evans and Isaiah Haastrup cases // *Bioethics*. 2020. Vol. 34. No. 7. P. 687–694.

<sup>292</sup> Girl at center of court battle dies after court allows more time on life support // *CBS News*. 2018. October 20. URL: <https://www.cbsnews.com/news/payton-summons-texas-girl-dies-after-court-allows-more-time-on-life-support/> (дата обращения: 30.07.2021).

<sup>293</sup> Cave E., Brierley J., Archard D. Making Decisions for Children—Accommodating Parental Choice in Best Interests Determinations // *Medical Law Review*. 2020. Vol. 28. No. 1. P. 183–196.



реанимировать неизлечимо больного – это другое. Усилия вернуть к жизни человека преклонных лет – третье. Реанимация новорожденного – четвертое и т. д. Возможно ли сравнивать ценность жизни каждого из них и утверждать, что у одного меньше прав на спасение жизни, чем у другого?

Здесь существуют полярные точки зрения. Выражением наиболее радикальной позиции могут быть слова Ницше, хотя они и были написаны задолго до появления реанимационных технологий: «Прозабание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер, после того как потерян смысл жизни, право на жизнь, должно бы вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредниками в этом презрении, – не рецепты, а каждый день новая доза отвращения к своему пациенту»<sup>294</sup>. Другой крайностью представляется стремление спасти каждую человеческую жизнь при любых обстоятельствах и всеми доступными средствами, иногда вопреки воле самого спасаемого. В этом отношении примечательно исследование американского антрополога и биоэтика Хелен Чэппл-Стэнтон об идеологии и индустрии спасения в больничном пространстве<sup>295</sup>. Под натиском такого спасательного императива некоторым оказывается не менее сложно отстоять свою волю о завершении жизни желаемым образом. Как справедливо замечает И. Эбби, вопрос о том, хочет ли человек жить, совсем не равнозначен вопросу о том, как он хочет умереть<sup>296</sup>.

### 3.1.2. Право на смерть

К настоящему времени в общественном сознании сформировались стойкие ассоциации между словосочетанием «право на смерть» и понятием эвтаназии, которое ввел еще Ф. Бэкон в своем сочинении «О достоинстве и приумножении наук» для обозначения безболезненной, легкой, иногда даже счастливой

<sup>294</sup> Ницше Ф. Сумерки идолов, или как философствуют молотом // Ницше Ф. Полн. собр. соч.: в 13 т. Т. 6. М.: Культурная Революция, 2009. С. 82.

<sup>295</sup> Chapple H.S. No Place for Dying: Hospitals and the Ideology of Rescue. Routledge, 2019. 324 p.

<sup>296</sup> Эбби И. Семь причин для жизни. С. 203.

смерти<sup>297</sup>. Со второй половины XX в. проблемы эвтаназии стали предметом многочисленных исследований и дискуссий, которые, судя по всему, далеки от завершения.

В настоящее время Россия остается в ряду стран, в законодательстве которых «право на смерть» не предусмотрено<sup>298</sup> и где совершение эвтаназии влечет за собой уголовное наказание<sup>299</sup>.

В контексте реанимационных технологий остановимся на вопросе, следует ли с точки зрения правовых норм считать отключение от аппаратов жизнеобеспечения одним из видов эвтаназии. В рамках действующего законодательства РФ отключение от аппарата жизнеобеспечения расценивается как «умышленное причинение смерти другому человеку» (ч. 1 ст. 105 УК РФ)<sup>300</sup>. В Германии, например, признается законной пассивная эвтаназия для тех пациентов, которые находятся на аппаратах жизнеобеспечения<sup>301</sup>.

Примечательно, что в связи с развитием реанимационных технологий возникла необходимость в дифференциации научной и юридической

---

<sup>297</sup> *Мальшева А.А.* Отключение от аппарата жизнеобеспечения: помощь больному или убийство пациента? С. 136.

<sup>298</sup> В таких государствах, как, например, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Грузия, Дания, Казахстан, отрицается само существование права на смерть в качестве субъективного права человека. В Бразилии, а также в ряде европейских стран (Австрия, Дания, Польша, Португалия и др.) эвтаназия квалифицируется либо как убийство, либо как подстрекательство к самоубийству, с соответствующими уголовными наказаниями. Кроме того, в уголовных кодексах Румынии, Исландии, Венгрии, Италии, Польши и некоторых других государств предусмотрена ответственность за содействие в самоубийстве (*Антоненко М.М.* Эвтаназия как разновидность убийства в уголовном праве России: дис. ... к.юр.н. Калининград, 2018. С. 93–94).

<sup>299</sup> Сюда можно также отнести Германию, Италию, Польшу, Испанию, Перу, Корею, Японию и ряд других стран. (*Момотов В.В.* Биоэтика в контексте законодательства и правоприменения (эвтаназия) // *Lex Russica*. 2019. № 10 (155). С. 12.)

<sup>300</sup> Примечательно, что Уголовный кодекс РФ предусматривает в качестве смягчающего наказания обстоятельства мотив сострадания или гуманные побуждения (п. «д» ч. 1 ст. 61 Уголовного кодекса Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ // СЗ РФ. 17.06.1996. № 25. Ст. 2954).

<sup>301</sup> Так, согласно постановлению Федерального суда Германии от 2010 г., если пациент или его родственники изъявили желание прекратить жизнеподдерживающую терапию, это не следует считать убийством (независимо от того, идет ли речь о прекращении медикаментозной терапии или же об отключении от аппаратов) (цит. по: *Мальшева А.А.* Отключение от аппарата жизнеобеспечения: помощь больному или убийство пациента? С. 138).

терминологии. Так, в дополнение к понятию эвтаназии, в последнее десятилетие стали появляться однокоренные термины-неологизмы *дистаназия*<sup>302</sup>, *гистаназия*<sup>303</sup>, *антиэвтаназия*<sup>304</sup>, *элеотаназия*<sup>305</sup>, *ятротаназия*<sup>306</sup> и др. По всей видимости, они еще не закреплены в правовых актах и не получили повсеместного распространения. Скорее, речь идет об авторских терминах, требующих дальнейшей разработки и рецепции.

В случае с дистаназией и гистаназией обращает на себя внимание то обстоятельство, что для этих терминов, однокоренного греческому слову *Θάνατος* (смерть), ключевым словосочетанием в определении является «поддержание жизни». На наш взгляд, это противоречие указывает не столько на несовершенство предложенных определений, сколько на парадоксальность рассматриваемых явлений. Жизнь и смерть в реанимационном пространстве перестают быть взаимоисключающими реальностями.

Следует указать на противоположные варианты определения термина ортотаназия или ортаназия (греч. «правильная смерть»). Согласно Л. Пессини, ортотаназия (*orthothanasia*) представляет собой *естественное* умирание без боли и страдания, когда на своем завершающем этапе жизнь ни сокращается, ни

---

<sup>302</sup> Дистаназия – искусственное продление процесса умирания, «плохая» смерть, сопряженная со страданиями из-за бесполезных и болезненных процедур для продления жизни, в т.ч. на аппаратах жизнеобеспечения (*Pessini L. Life and death in the ICU: ethics on the razor's edge // Revista Bioética (Impr.). 2016. Vol. 24. No. 1. P. 59.*)

<sup>303</sup> Гистаназия – поддержание жизни пациента, который неизлечимо болен, хотя и не испытывает невыносимых страданий. При этом используются действенные, но очень дорогостоящие средства (*Капинус О.С. Эвтаназия как социально-правовое явление. М.: Буквоед, 2006. С. 32.*)

<sup>304</sup> В качестве родового термина для «дистаназии» и «гистаназии» предлагается «антиэвтаназия», определяемая как борьба за жизнь пациента до самого конца всеми доступными средствами, сколь бы дорогими они ни были (*Орлов А.Н. Милосердна ли легкая смерть. Этюды биоэтики. Красноярск, 1995. С. 9; Сабиров В.Ш. Жизнь. Смерть. Бессмертие // Человек. 2000. Вып. 5. С. 42.*)

<sup>305</sup> Элеотаназия (греч. «милосердная смерть») – противоположность дистаназии (*Corke C., Silvester W., Bellomo R. Avoiding nosocomial dysthanasia and promoting eleoethanasia // Critical Care and Resuscitation: Journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine. 2010. Vol. 12. No. 4. P. 222.*)

<sup>306</sup> Ятротаназия – врач отказывает больному в помощи, что ведет к гибели пациента (*Шамов И.А. Биомедицинская этика. М.: Медицина, 2006. С. 138–140.*)

продлевается<sup>307</sup>. Я.О. Тринева определяет ортаназию как смерть, которая не опосредована просьбами пациента. Иными словами, ортаназия связана с волеизъявлением не больного, а других лиц о том, чтобы его жизнь была прекращена. Так, Я.О. Тринева предлагает квалифицировать как ортаназию отключение пациента от аппаратов жизнеобеспечения по решению суда или просьбе законных представителей больного. В частности, подобные ситуации могут возникать в отношении недееспособных пациентов, включая новорожденных<sup>308</sup>.

Примечательно то, что вышеперечисленные термины отражают стремление различить смерть «хорошую» и «плохую», «правильную» и «неправильную», «законную» и «противозаконную» и т.д. Подобные этико-аксиологические коннотации маркируют границы между допустимым и недопустимым в общественном сознании. В этом отношении дискурсивные практики являются значимым биополитическим инструментом.

В современной юриспруденции в последние годы начало формироваться новое направление – биоюриспруденция или правовая биомедицина<sup>309</sup>. В этом контексте также появилось понятие танатологических прав, в рамках которых предлагается различать права умирающего и права умершего. В контексте реанимационных технологий стоит несколько подробнее остановиться на первой группе. Так, к правам умирающего в первую очередь предлагается относить право на «легкую и достойную смерть», а также право отказаться от реанимационных мер и право распоряжаться своими органами и тканями для посмертного донорства. В этом ряду также упоминаются права на оказание паллиативной медицинской помощи, равенство и социальную справедливость в области

---

<sup>307</sup> *Pessini L.* Life and death in the ICU: ethics on the razor's edge. P. 59.

<sup>308</sup> *Тринева Я.О.* Понятие и перспективы легализации эйтаназии и ортаназии: мнение адвоката // Евразийская адвокатура. 2012. № 1 (1). С. 122.

<sup>309</sup> *Запорожченко А.О.* Танатологические права в контексте прав человека // ФП. 2014. № 2. С. 119.

здравоохранения, и, что характерно, право на «уважение человеческого достоинства»<sup>310</sup>.

На сегодняшний день в отстаивании права на смерть можно выделить по меньшей мере два типа ситуаций: 1) пациент уже подключен к аппаратам, но по мнению врачей безнадежен; 2) отстаивание права на смерть заблаговременно (до критической ситуации и необходимости подключения к аппаратам) – отказ от реанимации, прижизненные завещания, оформляемые не только больными, но и здоровыми.

Если говорить о первой группе ситуаций, в большинстве случаев пациент находится без сознания или в минимальном состоянии сознания и не может выразить свою волю. За его право на смерть могут высказываться его законные представители, когда, по выражению Ф. Арьеса, право собственности на свою смерть человек уступает своим родным<sup>311</sup>. Здесь можно упомянуть о казусах Карен Куинлан<sup>312</sup>, Тони Бланда<sup>313</sup>, Элуаны Энгларо<sup>314</sup>, когда родители отстаивают в суде право своих детей на смерть. Эти примеры можно было бы обозначить термином «ортаназия» в трактовке Я.О. Триневой, когда принимается решение о лишении жизни пациента по просьбе его законных представителей или суда.

---

<sup>310</sup> *Запорожченко А.О.* Танатологические права в контексте прав человека. С. 121.

<sup>311</sup> *Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти. С. 506.

<sup>312</sup> 17-летняя американка Карен Энн Куинлан в результате алкогольного отравления впала в запредельную кому. Судебное разбирательство в связи с иском родителей и их просьбой отключить дочь от аппаратов жизнеобеспечения продолжалось около двух лет. После отключения от аппарата ИВЛ Карен продолжала самостоятельно дышать и прожила в перманентном вегетативном состоянии еще почти десять лет, пока не умерла в 1985 г. от пневмонии.

<sup>313</sup> Дело 17-летнего британца Тони Бланда, ставшего жертвой давки болельщиков на стадионе Хилсборо 15 апреля 1989 г. В результате полученных травм юноша впал в перманентное вегетативное состояние. Спустя три года врачи обратились в суд, чтобы получить разрешение на его отключение от аппаратов жизнеобеспечения. Родители не возражали. В итоге, суд постановил, что Бланд может быть снят с аппаратов.

<sup>314</sup> 21-летняя итальянка Элуана Энгларо в результате аварии, случившейся в 1992 г., впала в кому, в которой пребывала 17 лет. Врачи признали ее состоянием необратимым. Отец пациентки в течение целого десятилетия добивался права на ее отключение от аппаратов. С 6 февраля 2009 г. медики стали постепенно сокращать объем питательной смеси, поступающей через зонд, и спустя несколько дней Элуана умерла (Отключить нельзя спасти // Интерфакс. 10.02.2009. URL: <https://www.interfax.ru/russia/62255> (дата обращения: 25.08.2021)).

В том, что касается заблаговременного отстаивания права на смерть, здесь, главным образом, речь идет о практиках отказа от реанимации. В некоторых странах (США, Германия, ОАЭ и др.) законодательно закреплено право отказаться от реанимационного вмешательства, в то время как в России такая возможность не разрешена законом, так же как и любой вид эвтаназии<sup>315</sup>. В зарубежной практике<sup>316</sup> распоряжение об отказе от реанимации представляет собой медицинский документ, фиксирующий желание пациента отказаться от врачебной помощи в критической ситуации<sup>317</sup>. Причем, стоит подчеркнуть, речь идет только об отказе от сердечно-легочной реанимации. Здесь не содержатся инструкции относительно других видов лечения, введения обезболивающих или питания. Подобный документ оформляется заблаговременно. В дополнение к документам также существуют медицинская бижутерия и татуировки с соответствующими надписями<sup>318</sup>.

Среди тех, кто чаще всего оформляет распоряжения DNR, в первую очередь, стоит назвать людей с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями и лиц преклонного возраста. Примечательно, что значительную долю тех, кто оформляет отказ от реанимации – сами медики<sup>319</sup>.

---

<sup>315</sup> В частности, в ст. 45 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. зафиксирован прямой запрет медицинским работникам ускорять наступление смерти пациента по его просьбе. К запрещенным средствам здесь относится также прекращение искусственных жизнеподдерживающих мероприятий. Согласно X статье того же закона, пациент не лишен права продолжать или прекратить свое лечение. Однако, как показывает клиническая практика, в России у человека нет возможности отказаться от реанимационных мероприятий (*Высочина Ю.Л.* Эвтаназия и отказ от реанимации как реализация принципа уважения автономии пациента // Вестник СМУС74. 2018. № 1 (20). С. 27).

<sup>316</sup> Здесь, в первую очередь, подразумеваются англоязычные страны – США, Канада, Великобритания, Новая Зеландия.

<sup>317</sup> Существуют различные виды таких распоряжений, из которых чаще всего встречается название «*Не реанимировать*» – “*Do Not Resuscitate*” или DNR.

<sup>318</sup> Продолжаются дискуссии на тему того, насколько подобная татуировка сама по себе может рассматриваться как юридически значимая (если, например, пациент поступил в тяжелом состоянии, и при нем нет документа об отказе от реанимации, но есть татуировка DNR).

<sup>319</sup> *Murray K.* How Doctors Die // Zócalo Public Square. 2011. 30 November. URL: <https://www.zocalopublicsquare.org/2011/11/30/how-doctors-die/ideas/nexus/> (дата обращения: 06.02.2021).

С юридической точки зрения здесь следует указать на проблему неправомерных назначений DNR. Например, в зарубежной практике зафиксированы ситуации, когда врачи делают запись об отказе от реанимации в медицинской карте пациента с психическими нарушениями и не уведомляют его об этом<sup>320</sup>.

В настоящее время продолжаются дискуссии о том, считать ли тождественными распоряжения «не реанимировать» и «позволить естественную смерть» (AND – Allow Natural Death)<sup>321</sup>. В связи с этим, рассуждая о праве на смерть, важно прояснить, подразумевается ли право на *естественную* смерть или же право на *достойную* смерть. В паллиативной медицине естественная смерть, скорее, будет рассматриваться в качестве противоположности достойной смерти. Что касается медицины критических состояний, в обыденном сознании эти понятия нередко отождествляются: достойной считается естественная смерть, без госпитализации и аппаратов.

Естественную и технологизированную смерть стали различать только в последние несколько десятилетий. Как отмечает шведский философ науки Свен Ове Хэнссон, дискуссии о смерти, занимающие центральное положение в медицинской этике, часто связаны именно с критикой технологий. Некоторые критики считают «современную» смерть в технологически оснащенной больнице «неестественной», в то время как «естественная» смерть без современных медицинских технологий считается более достойной<sup>322</sup>. Примечательно, что дихотомия естественного и искусственного в данном контексте приобретает ценностную нагруженность.

В связи с этим представляется симптоматичным такое явление, которое М. Эмрис-Робертс называет страхом перед реанимацией. Если в прошлом врачи

---

<sup>320</sup> Судебное разбирательство по делу пациентки Джанет Трейси, умершей в марте 2011 г. в британской больнице Адденбрукс. Подробнее см.: Landmark judgment in resuscitation case [https://www.leighday.co.uk/News/2014/June-2014/Landmark-judgment-in-resuscitation-case; accessed on 11.09.2020].

<sup>321</sup> Chen Y., Youngner S.J. “Allow Natural Death” is Not Equivalent to “Do Not Resuscitate”: A Response // Journal of Medical Ethics. 2008. No. 34. P. 887–888.

<sup>322</sup> Hansson S.O. Philosophy of Medical Technology. P. 1283.

больше всего опасались допустить ошибку, которая приведет к смерти пациента, то сейчас, по всей видимости, еще более серьезной профессиональной ошибкой может оказаться принуждение пациента к жизни<sup>323</sup> («принуждение к доживанию», по выражению Ж. Бодрийяра<sup>324</sup>).

Право выбирать, где и как умереть, – так же, как и право на спасение жизни, – все больше отчуждается от некоторых категорий лиц. В настоящее время возможность выбора, где умирать, в значительной степени обусловлена социально-экономическим статусом человека. Встретить смерть не в больнице, а дома – привилегия более обеспеченных<sup>325</sup>. Такое положение дел отражает все усиливающуюся тенденцию к медикализации смерти. Все больше людей оканчивают свои дни не дома, а в медицинских учреждениях<sup>326</sup>. Смертным одром становится койко-место в обезличивающей больничной системе.

Таким образом, в качестве предварительных выводов можно отметить следующее. Во-первых, отмечается заметный рост числа исков и судебных разбирательств по поводу права как на сохранение жизни, так и на естественную смерть. На этих примерах можно проследить коллизии между юридическим, медицинским, этическим, экономическим и мировоззренческими измерениями.

Во-вторых, наблюдается существенная вариативность юридических норм в разных государствах. Одно и то же клиническое состояние может быть признано жизнью на территории одного государства и смертью – на территории другого.

В-третьих, следует признать, что темпы реагирования государственно-общественных институтов на новые вызовы чаще всего не совпадают. Развитие биомедицинских технологий опережает институты права, системы здравоохранения и образования, религиозные организации, общественное мнение.

---

<sup>323</sup> *Emrys-Roberts M.* Death and Resuscitation // *British Medical Journal*. 1969. Vol. 4. No. 5679. P. 364–365.

<sup>324</sup> *Бодрийяр Ж.* Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000. С. 307.

<sup>325</sup> *Варрайч Х.* Современная смерть. Как медицина изменила уход из жизни. С. 85.

<sup>326</sup> *Cassel E.J.* Dying in a technological society. P. 43.



Инерционность большинства этих институтов пока не позволяет своевременно перестраивать свою деятельность с учетом меняющихся реалий.

Процесс умирания становится предметом правового регулирования, подобно тому, как в XIX в. он стал предметом научного исследования, а в XX в. – предметом технологического управления. В этом контексте границу между жизнью и смертью можно рассматривать не только как момент смерти индивида, но и в более широком смысле, как биополитический конструкт, формируемый при взаимодействии субъектов общественных отношений. Этот конструкт вслед за Дж. Агамбеном можно было бы охарактеризовать как некую предельную границу или точку, в которой, по мысли Дж. Агамбена, «решение о жизни превращается в решение о смерти»<sup>327</sup>, а биополитика оборачивается танатополитикой. Агамбен подчеркивает, что эта граница перестала быть очевидной и постепенно сдвигается в «более широкие пространства социальной жизни»<sup>328</sup>. И хотя граница между жизнью и смертью сама по себе едва ли является объектом биополитики, вследствие медиализации она продолжает смещаться и размываться. Это, в свою очередь порождает новые трудности этического характера, о которых речь пойдет далее.

### **3.2. Этические проблемы использования реанимационных технологий**

В медицине критических состояний трудно разграничить ответственность юридическую и ответственность моральную. Даже в тех условиях, когда над реаниматологами нет дамоклова меча жестких юридических норм (хотя представить себе такое на практике практически невозможно), груз моральной ответственности за принятие решений о жизни и смерти пациента от этого не становится легче. В каких-то случаях, наоборот, отсутствие четких юридических рамок делает этот выбор еще труднее.

---

<sup>327</sup> Агамбен Дж. Homo Sacer. Суверенная власть и голая жизнь. М.: Европа, 2011. С. 156.

<sup>328</sup> Там же.

Вследствие того, что на границе между жизнью и смертью стали возможными различные способы вмешательства, которые продолжают совершенствоваться в технологическом плане, возникают новые этические проблемы. Далее предлагается кратко их рассмотреть в индивидуальном и коллективном измерениях.

### *3.2.1. Прекращение интенсивной терапии*

Как уже отмечалось во второй главе, жизнесберегающие действия могут носить агрессивный характер и причинять страдания критическому пациенту. В связи с проблемой терапевтического насилия возникает вопрос, как определить ту меру, когда столь радикальное медицинское вмешательство уже не целесообразно, а вред от побочных эффектов перевешивает пользу. При этом прекращение лечения будет означать скорое наступление смерти.

Прекращение реанимационных мероприятий в нынешних условиях связано не только с прекращением спасательных манипуляций вроде наружного массажа сердца или ручной вентиляции легких. В тех ситуациях, когда пациент уже подключен к аппарату жизнеобеспечения, вопрос о прекращении дальнейшего лечения значительно усложняется. Когда от аппарата отключают пациентов, полностью от него зависящих, обычно они умирают в течение нескольких минут. В отличие от решений, касающихся других форм жизнеподдерживающей терапии, решение о начале или прекращении ИВЛ часто действительно является выбором жизни или смерти<sup>329</sup>.

Если при проведении реанимации относительно легче понять, когда усилия бесполезны и следует остановиться, то в отношении прекращения интенсивной терапии этот вопрос оказывается значительно сложнее. Как уже отмечалось во второй главе, аппарат жизнеобеспечения из орудия спасения может превратиться в орудие убийства.

---

<sup>329</sup>Truog R.D., Mitchell C., Daley G.Q. The Toughest Triage – Allocating Ventilators in a Pandemic // The New England Journal of Medicine. 2020. Vol. 382. No. 21. P. 1974.

В дискуссиях вокруг проблем, связанных с неоказанием помощи критическому пациенту, может возникать путаница между понятиями прекращения лечения и отказа от него<sup>330</sup>. Сходным образом могут смешиваться понятия «позволить умереть» и «убить».

Здесь также стоит упомянуть и о ситуациях, связанных с отключением имплантированных аппаратов жизнеобеспечения. Например, в некоторых случаях возникают вопросы об отключении имплантированного ритмоводителя у пациентов с отказом от реанимации. Согласно результатам международного опроса врачей-электрофизиологов, проведенного группой исследователей из Пенсильванского университета, большинство респондентов полагают, что отключение кардиовертера-дефибриллятора с этической точки зрения не отличается от отказа от сердечно-легочной реанимации и, таким образом, что согласуется с документом отказа от реанимации. Большинство считают, что отключение кардиостимулятора представляет собой отдельную проблему и не может быть широко одобрено с этической точки зрения. Кардиостимуляторы считались уникальными устройствами, которые с этической точки зрения осуществляют жизнеподдерживающую функцию, так же как диализ<sup>331</sup>. Примечательно, что отключение имплантированного дефибриллятора здесь рассматривается как менее проблемное с этической точки зрения, чем отключение кардиостимулятора.

Таким образом, реаниматологам приходится постоянно искать ответы на два важнейших вопроса. Во-первых, когда больше не стоит продлевать жизнь человека (если вообще такие ситуации возможны)? Во-вторых, когда человек в самом деле мертв? Первый вопрос проецируется на практическую плоскость следующим образом: когда врачу допустимо или желательно приостановить или прекратить лечение, чтобы позволить еще живому пациенту умереть? Второй

---

<sup>330</sup> *Морган М.* Реанимация. Истории на грани жизни и смерти. С. 107.

<sup>331</sup> *Daeschler M., Verdino R.J., Caplan A.L., Kirkpatrick J.N.* Defibrillator Deactivation against a Patient's Wishes: Perspectives of Electrophysiology Practitioners // *Pacing and Clinical Electrophysiology*. 2015. Vol. 38. No. 8. P. 917–924.

вопрос на практике звучит так: когда врач констатирует смерть (бывшего) пациента<sup>332</sup>.

Постановка обоих вопросов вновь подводит к проблеме выявления четкого предела допустимого. Существует ли в принципе такой предел? Возможно ли его познать? Возможно ли говорить об универсальности этого предела? В. Янкелевич предполагает невозможность определения границы между мерой и злоупотреблением. По его мнению, у человека нет внутренних критериев, которые побудили бы прекратить усилия, если остается хотя бы крупица надежды: «Отказ до конца использовать все данные нам возможности был бы в этом случае настоящим кощунством!»<sup>333</sup> Сходную мысль высказывает Д. Файгенбаум, отмечая, что при проведении сердечно-легочной реанимации сложнее всего – суметь остановиться вовремя: «А если еще одно твоё движение спасет человеку жизнь? Или следующее за ним?»<sup>334</sup> С другой стороны, П. Молларе и М. Гулон, авторы термина «запредельная кома», признают, что жалость по отношению к пациентам в таком состоянии постепенно уступает место осознанию безнадежности, и тогда «искушение нажать на выключатель становится неотступным»<sup>335</sup>.

В приведенных выше рассуждениях речь шла главным образом о дилеммах, связанных с прекращением интенсивной терапии отдельно взятого индивида. Далее рассмотрим коллективное измерение этих проблем.

### *3.2.2. Выбор между жизнями*

Необходимость принимать этические решения никогда не существует в вакууме. В медицине критических состояний, помимо жестких юридических рамок, свои границы диктует экономический фактор. В этом отношении коллизии

<sup>332</sup> Kass L.R. Death as an Event: A Commentary on Robert Morrison // Science. 1971. Vol. 173. No. 3998. P. 699.

<sup>333</sup> Янкелевич В. Смерть. С. 167.

<sup>334</sup> Файгенбаум Д. В погоне за жизнью. История врача, опередившего смерть и спасшего себя и других от неизлечимой болезни / Пер. с англ. В. Горохова. М.: МИФ, 2020. С. 17.

<sup>335</sup> Mollaret P., Goulon M. Le coma depasse // Revue neurologique. 1959. No. 101. P. 14.

этических и экономических соображений практически неизбежны. Так, Дж. Уайатт не без горькой иронии формулирует «первый закон экономики здравоохранения», согласно которому «самый дешевый больной – мертвый больной». Иными словами, если подходить к вопросу с денежных позиций, наиболее выгодное соотношение между ценой и эффективностью присуще как раз смерти, а больше всего ресурсов уходит на помощь хроническим больным и людям с ограниченными возможностями<sup>336</sup>. С точки зрения расхода ресурсов (средств индивидуальной защиты, медикаментов, сил медперсонала) реанимационные мероприятия чрезвычайно затратны. Кроме того, не менее дорого обходится само пребывание пациента в отделении интенсивной терапии.

В этом контексте усугубляется конфликт интересов между индивидуальным и общественно-государственным субъектами критической медицины. В частности, возникают проблемы, связанные, с одной стороны, с потребностями и ожиданиями пациентов и их родственников в отношении интенсивной терапии и, с другой стороны, с ограниченными материальными и кадровыми ресурсами систем здравоохранения<sup>337</sup>.

В связи с этим рассмотрим далее две категории ситуаций, когда врачам в палате интенсивной терапии приходится выбирать между жизнями двух и более пациентов. Во-первых, речь идет о случаях, когда органы пациента со смертью мозга могут быть пересажены другим пациентам. Во-вторых, в таких чрезвычайных условиях нехватки ресурсов, как, например, массовые травмы, стихийные бедствия или пресловутая пандемия, возникает необходимость медицинской сортировки тяжелых пациентов. На первый взгляд, два этих сюжета мало связаны друг с другом. Тем не менее, этические проблемы прекращения интенсивной терапии так или иначе связаны с неизбежной ограниченностью ресурсов. Такими дефицитными ресурсами могут быть и дорогостоящие

---

<sup>336</sup> Уайатт Дж. На грани жизни и смерти. С. 50.

<sup>337</sup> McDermid R.C., Bagshaw S.M. Prolonging life and delaying death: the role of physicians in the context of limited intensive care resources // Philosophy Ethics and Humanities in Medicine. 2009. Vol. 4. No. 3. URL: <http://www.peh-med.com/content/4/1/3> (дата обращения: 28.07.2021).

медикаменты, и жизнеспособный орган для пересадки, и аппарат жизнеобеспечения и, наконец, просто койко-место в палате интенсивной терапии.

Говоря о дилеммах на стыке реаниматологии и трансплантологии, прежде всего, стоит отметить, что в настоящее время категоризация посмертных доноров связана с неврологическим критерием смерти. Так, могут быть доноры с установленным диагнозом смерти мозга и доноры с необратимой остановкой циркуляции крови в организме. Чаще всего для пересадки используются органы доноров первой группы<sup>338</sup>. Дело в том, что в процессе умирания постепенно сокращается естественное кровообращение. Гипоксия органов делает их непригодными для возможной пересадки<sup>339</sup>. Если извлечь орган спустя некоторое время после прекращения сердечной деятельности, существенно возрастает вероятность его отторжения организмом реципиента<sup>340</sup>. Однако в соответствии с «правилом мертвого донора», эксплантация жизненно важных органов не должна быть причиной смерти<sup>341</sup>. Концепция смерти мозга дает юридическое право осуществлять забор органов с целью пересадки. Без постановки такого диагноза эксцизия органов у пациента, находящегося на аппаратах жизнеобеспечения, квалифицировалась бы как убийство<sup>342</sup>.

Пациенты с хроническими неизлечимыми заболеваниями, чьи органы подходили бы для пересадки, встречаются чрезвычайно редко, поскольку в большинстве подобных случаев речь идет о системных заболеваниях, поражающих именно те органы, которые надо пересадить. Для целей трансплантации больше всего подходят органы молодых людей, скоростижно

---

<sup>338</sup> *Виноградов В.Л.* Ведение потенциального донора со смертью мозга (часть I) // Трансплантология. 2014. № 3. С. 23.

<sup>339</sup> *Bard J.S.* The Diagnosis of Anencephaly and the Parents Ask About Organ Donation: Now What? A Guide for Hospital Counsel and Ethics Committees. P. 63.

<sup>340</sup> *Уолкер А.Э.* Смерть мозга. С. 190.

<sup>341</sup> *Семенов В.Е.* Этические, медицинские и правовые проблемы трансплантации органов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2014. № 1. С. 122.

<sup>342</sup> *Ильченко К.В.* Смерть мозга – смерть человека: этико-философский и правовой дискурс. С. 32.

погибших в результате травматических или сосудистых поражений мозга<sup>343</sup>. В большинстве случаев это предполагает внезапную и насильственную смерть. Посмертное донорство словно бы приоткрывает положительную грань таких трагических ситуаций в том, чтобы «вместо двоих умерших [была] одна спасенная жизнь»<sup>344</sup>.

В условиях дефицита донорских органов вопрос о критериях и фиксации момента смерти обретает особую остроту. Возможно ли, например, жертвовать жизнями людей с необратимыми повреждениями головного мозга? Так, в 1980–1990-е развернулись дебаты вокруг возможности использования новорожденных с анэнцефалией в качестве доноров<sup>345</sup>. Международный форум по трансплантационной этике в 1997 г. выступил с предложением использовать для пересадки органы пациентов в перманентном вегетативном состоянии. При этом донорам с ПВС предлагалось делать смертельные инъекции<sup>346</sup>. Также ставится вопрос об основаниях донорства у безнадежных умирающих пациентов<sup>347</sup>. В частности, обсуждаются перспективы использования понятия «неизбежная смерть мозга» (глубокая кома)<sup>348</sup>. Это лишь некоторые примеры попыток пересмотреть границы допустимого и обосновать приемлемость исключений из «правила мертвого донора».

Очевидно, что в медицинской практике при решении тех или иных дилемм, связанных с вопросами реаниматологии и органного донорства, невозможно обойти вниманием прагматические аргументы. Тем не менее, возникает вопрос о допустимости функционального подхода к ценности человеческой жизни.

<sup>343</sup> Уолкер А.Э. Смерть мозга. С. 191.

<sup>344</sup> Пишибыло Г. Обратный отчет. С. 47–48.

<sup>345</sup> Byrne P. Use of Anencephalic Newborns as Organ Donors // Paediatrics & Child Health. 2005. Vol. 10. No. 6. P. 335–337.

<sup>346</sup> Hoffenberg R., Lock M., Tilney N. et al. Should Organs from Patients in Permanent Vegetative State Be Used for Transplantation? // Lancet. 1997. Vol. 350. No. 9087. P. 1320–1321.

<sup>347</sup> Sade R.M., Boan A.D. The Paradox of the Dead Donor Rule: Increasing Death on the Waiting List // The American Journal of Bioethics. 2014. Vol. 14. No. 8. P. 21–23.

<sup>348</sup> Groot Y.J.de, Jansen N.E., Bakker J. et al. Imminent Brain Death: Point of Departure for Potential Heart-Beating Organ Donor Recognition // Intensive Care Medicine. 2010. Vol. 36. No. 9. P. 1488–1494.

Иными словами, допустимо ли жертвовать не просто интересами, но жизнями одних пациентов ради других?

Этот вопрос встает ребром не только в области органного донорства, но и в медицине критических состояний в целом. В частности, в том, что касается чрезвычайных обстоятельств пандемии, особую остроту обрели этические проблемы сортировки пациентов. На фоне жесткого дефицита ресурсов возникают вопросы о четких критериях их распределения между многочисленными пациентами. В разных странах продолжаются попытки выработать универсальные критерии сортировки и распределения ограниченных ресурсов, в первую очередь, аппаратов ИВЛ.

С одной стороны, аппараты ИВЛ – не единственный ресурс неотложной медицинской помощи, требующий тщательного администрирования во время пандемии. В нынешней ситуации не менее остро стоят вопросы об оптимальном распределении других ограниченных ресурсов (вазопрессоры, седативные средства, эндотрахеальные трубки). Не в последнюю очередь, вдумчивого распределения требуют силы врачей, специализирующихся в медицине критических состояний, и квалифицированных медсестер<sup>349</sup>.

С другой стороны, аппараты ИВЛ представляют собой сложные и дорогостоящие приборы, нехватку которых трудно компенсировать в сжатые сроки. Для их эксплуатации требуются дополнительные дефицитные ресурсы (кислород, седативные средства). В этих чрезвычайных обстоятельствах в некоторых странах третьего мира предпринимаются попытки самостоятельно спроектировать и сконструировать в домашних условиях механизмы, которые могли бы обеспечить респираторную поддержку хотя бы на самом примитивном уровне. Кроме того, в рамках пандемии COVID-19 ограничивающим фактором при использовании ИВЛ оказывается не только дефицит самих аппаратов, но и ограниченное число врачей-респирологов и специального обученного

---

<sup>349</sup> *Feinstein M.M., Niforatos J.D., Hyun I et al. Considerations for Ventilator Triage during the COVID-19 Pandemic // The Lancet Respiratory Medicine. 2020. Vol. 8. No. 6. P. e53.*



медперсонала, способного обеспечить безопасное функционирование аппаратов каждый день на протяжении трех смен подряд<sup>350</sup>.

Из всех видов медицинской помощи, подлежащих нормированию, искусственная вентиляция легких представляется наиболее проблемной еще по одной причине. Когда у пациентов дыхание ухудшается до такой степени, что они нуждаются в респираторной поддержке, обычно есть только ограниченный временной промежуток, в течение которого их можно спасти. Когда же от аппарата отключают пациентов, полностью от него зависящих, обычно они умирают в течение нескольких минут. В отличие от решений, касающихся других форм жизнеподдерживающей терапии, решение о начале или прекращении ИВЛ часто действительно является выбором жизни или смерти<sup>351</sup>.

В обычных условиях общим для всех решений о начале, продолжении или прекращении жизнеподдерживающих процедур является их обусловленность автономным желанием пациента и пользой лечения<sup>352</sup>. В повседневной медицинской практике искусственная вентиляция легких может быть приостановлена или отменена, если больше нет показаний к ее применению, либо в том случае, если лечение противоречит воле пациента<sup>353</sup>. В условиях пандемии на эту практику накладывается дополнительный процесс сортировки<sup>354</sup>. К сожалению, может возникнуть необходимость приостановить или отключить от ИВЛ у тех, кому в иных обстоятельствах эта терапия принесла бы пользу<sup>355</sup>.

---

<sup>350</sup> Emanuel E.J., Persad G., Upshur R., et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 // *The New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382. No. 21. P. 2050.

<sup>351</sup> Truog R.D., Mitchell C., Daley G.Q. The Toughest Triage. P. 1973–1974.

<sup>352</sup> Haas L.E.M., Lange D.W. de, Dijk D. van, Delden J.J.M. van. Should We Deny ICU Admission to the Elderly? // *Ethical Considerations in Times of COVID-19*. *Critical Care*. 2020. Vol. 24. No. 321. P. 1.

<sup>353</sup> Hick J.L., Barbera J.A., Kelen G.D. Refining Surge Capacity: Conventional, Contingency, and Crisis Capacity // *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2009. Vol. 3. P. S59–67.

<sup>354</sup> Joebges S., Biller-Andorno N. Ethics Guidelines on COVID-19 Triage – an Emerging International Consensus. *Critical Care*. 2020. Vol. 24. No. 201. P. 1.

<sup>355</sup> Antommaria A.H., Gibb T.S., McGuire A.L. et al. Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors // *Annals of Internal Medicine*. Vol. 173. No. 3. P. 188.

Сколько бы рациональными ни были те или иные аргументы в теории, на практике любая ситуация принудительного отключения от ИВЛ сопряжена с травмирующим душевным опытом, усугубляющим и без того тяжелое бремя пандемии, отмечает Э. Петерсон. Врачи испытывают горечь и бессилие перед лицом решений, которые противоречат их этосу заботы. Семьи пациентов, умерших после принудительного отключения от аппаратов жизнеобеспечения, вполне обоснованно будут испытывать горе, гнев и замешательство. Кроме того, родные пациентов с ограниченными возможностями могут подозревать дискриминацию. А некоторых пациентов, получающих ИВЛ, может охватить чувство вины за то, что они выжили за счет жизней других<sup>356</sup>.

В каждой конкретной ситуации оказывается трудно разграничить, как минимум, четыре вида соображений – медицинские, юридические, этические и материально-технические. Чаще всего на эту многосоставность накладываются и мировоззренческие установки (вплоть до конфликтов на религиозной почве).

Очевидно, что невозможно помочь всем и сразу. Так, в медицине критических состояний неизбежен конфликт между неутилитарными и прагматическими соображениями.

### ***Выводы по главе 3***

Правовое поле, в котором принятие решений о жизни и смерти обусловлено применением реанимационных технологий, находится на стадии становления. С одной стороны, как показывает клиническая и юридическая практика, есть насущная необходимость в четких и универсальных критериях, которые позволяли бы ясно очерчивать границу между жизнью и смертью. С другой стороны, та же практика показывает, что формализовать эту границу возможно лишь отчасти. Иными словами, невозможно выработать такую правовую рамку, которая позволила бы избежать моральных дилемм.

---

<sup>356</sup> Peterson A., Largent E.A., Hart E. et al. Ethics of Reallocating Ventilators in the Covid-19 Pandemic // British Medical Journal. 2020. Vol. 369. No. 1828. P. 2.

Медицина критических состояний изобилует примерами того, что право пациента на собственную жизнь и смерть при определенных условиях отчуждается в пользу иных субъектов. Использование реанимационных и иных биомедицинских технологий породило потребность в формировании танатологических прав человека.

В медицине критических состояний врачи постоянно сталкиваются с необходимостью принимать решения о жизни и смерти своих пациентов и нести как юридическую, так и моральную ответственность за последствия. В этическом плане применение реанимационных технологий порождает коллизии между включенностью врача в жесткую иерархическую систему здравоохранения и его личным моральным выбором. С одной стороны, прагматический контекст этой системы может диктовать необходимость прекращения терапии и лишения последнего шанса на выживание. С другой стороны, бремя юридической ответственности побуждает врачей к тому, чтобы проводить реанимационные мероприятия даже в тех ситуациях, когда это может быть насилием по отношению к пациенту.

Технологический фактор играет существенную роль во взаимодействии индивидуальных и коллективных субъектов юридической и моральной ответственности. В обыденном сознании на реанимационные технологии, с одной стороны, могут возлагаться завышенные ожидания. С другой стороны, технологии ассоциируются с «неестественной» и потому «недостойной» смертью. Подобно тому, как еще в XIX в. бытовали страхи быть похороненными заживо, со второй половины XX в. возникают страхи на неопределенное время «зависнуть» на аппаратах жизнеобеспечения. На первый взгляд, это противоположно тому, чтобы быть похороненным заживо. Ведь человека, наоборот, всеми силами пытаются удержать в живых (иногда вопреки его воле). Но в то же время такая жизнь едва отличима от смерти.

В этом контексте границу между жизнью и смертью можно сравнить с лезвием, на острие которого крайне трудно удерживать равновесие. Какое решение ни было бы принято, оно чревато серьезными рисками и сопряжено

с болью и страданием. В конечном счете, остается непреодолимой ограниченность человеческих возможностей в поединке со смертью.

## Заключение

Философско-методологический анализ медицины критических состояний позволил эксплицировать те предпосылки и установки, на основании которых применяются современные реанимационные технологии. Так, представления о границе между жизнью и смертью в биомедицинской парадигме можно структурировать посредством следующих дихотомий:

1) *видимое – невидимое*: границу между жизнью и смертью можно свести к совокупности биологических процессов, которые можно сделать видимыми при помощи технических средств; отрицается невидимая метафизическая субстанция (дух, душа) в качестве субстрата жизненной силы в человеке, которая покидает тело с наступлением смерти;

2) *измеряемое – неизмеримое*: границу между жизнью и смертью можно выявить через измерение ряда биологических процессов в организме при помощи технических средств; качественные оценки вторичны по отношению к количественным; то, что не поддается измерению, не принимается во внимание;

3) *дискретное – континуальное*: граница между жизнью и смертью как совокупность биологических процессов в организме скорее континуальна, чем дискретна; дискретность этой границы носит конвенциональный характер; обозначить точечный момент смерти возможно лишь условно;

4) *естественное – искусственное*: граница между жизнью и смертью может быть искусственно отодвинута; при определенных условиях естественные процессы танатогенеза поддаются искусственному вмешательству с использованием реанимационных технологий, что в некоторых случаях позволяет спасти человеку жизнь;

5) *обратимое – необратимое*: период, когда процессы танатогенеза поддаются искусственному вмешательству и считаются обратимыми, ограничен жесткими временными рамками; эти представления, сформировавшиеся на основе клинических наблюдений, обуславливают существующие стратегии и алгоритмы реанимационных практик;

б) *допустимое – недопустимое*: в критической ситуации для спасения жизни допустимо применять агрессивные и травмирующие меры реанимационного воздействия, которые в иной ситуации расценивались бы как недопустимое нанесение тяжелых увечий и причинение страданий.

Представления о границе между жизнью и смертью отличаются разнородностью не только при сопоставлении биомедицинской парадигмы с вненаучными картинами мира, но и внутри нее самой. Так, в рамках дисциплинарной онтологии биомедицины нет единого мнения относительно того, на каком уровне (клеточном, тканевом, органном и т.д.) пролегает граница между жизнью и смертью в организме человека. Варьируются подходы к выявлению и именованию стадий процесса умирания. Кроме того, трансформируются представления о роли органов-мишеней, необратимое прекращение функций принято связывать с наступлением биологической смерти. На примере смены критериев смерти и дискуссий по этому поводу можно увидеть, как граница между жизнью и смертью сдвигается в том или ином направлении в зависимости от выбора органа-мишени. Дальнейшая дифференциация неврологического критерия (смерть коры, смерть ствола мозга, смерть высших отделов мозга) порождает множественность интерпретаций в отношении клинических состояний пациентов. Наблюдаемые расхождения позволяют заключить, что научная рациональность в отношении этой границы не только не уберегает от вариативности, дискуссионности и конвенциональности представлений о жизни и смерти, но в известном смысле им способствует.

Круг этико-аксиологических проблем связан с трудностями выявления пределов допустимого с моральной точки зрения в следующих вопросах:

1) проблема терапевтического насилия: не существует универсальных критериев для определения, когда бремя ятрогенных осложнений перевешивает пользу от вмешательства;

2) неопределенность критериев прекращения интенсивной терапии; неоднозначность понятия бесполезности;

3) различия между научной и иными картинами мира могут вызывать расхождения между экспертами (врачами, юристами, учеными) и неспециалистами (пациентами, их родственниками, общественностью) в оценках состояний, ситуаций, решений и действий, связанных с очерчиванием границы между жизнью и смертью; это очерчивание не может оставаться этически нейтральным действием;

4) юридическое измерение предписывает дискретно фиксировать границу между жизнью и смертью, что затруднительно с учетом ее естественной континуальности; это порождает конвенциональность определения момента смерти, которая может быть обусловлена в первую очередь прагматическими соображениями в ущерб неутилитарным, а также безличными категориями в ущерб личностным;

5) социокультурная вариативность представлений о ценности человеческой жизни создает почву для моральных дилемм и мировоззренческих конфликтов; возможности реанимационных технологий порождают спасательный императив, границы применимости которого требуют дополнительного прояснения;

6) возможности искусственного контроля над процессами умирания обостряют проблему соотношения прагматических и неутилитарных соображений в принятии решений о жизни и смерти.

В контексте всего вышесказанного следует признать, что на предельные вопросы о жизни и смерти человека невозможно дать исчерпывающие ответы. В конечном счете, угасание жизни и наступление смерти человека остается тайной, постижение которой находится за пределами научной рациональности.

### Список литературы

1. *Авдиш Р.* В шоке. Мое путешествие от врача к умирающему пациенту / Пер. с англ. И. Чорного. М.: Бомбора, 2020. 384 с.
2. *Агамбен Дж.* Homo Sacer. Суверенная власть и голая жизнь. М.: Европа, 2011. 256 с.
3. *Аксельрод А.Ю.* Оживление без сенсаций. М.: Знание, 1988. 208 с.
4. *Алексеева Е.В.* Танатология и танатогенез: исторические факты, проблемы и перспективы изучения // Медицинские новости. 2018. № 2. С. 11–17.
5. *Анестезиология и реаниматология. Руководство для врачей / Под ред. проф. Ю.С. Полушина.* СПб.: Элби-СПб, 2004. 720 с.
6. *Антоненко М.М.* Эвтаназия как разновидность убийства в уголовном праве России. Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Калининград, 2018. 253 с.
7. *Аррес Ф.* Человек перед лицом смерти. М.: Прогресс-Академия, 1992. 520 с.
8. *Белкин А.А., Алашеев А.М., Давыдова Н.С. и др.* Обоснование реанимационной реабилитации в профилактике и лечении синдрома «после интенсивной терапии» (ПИТ-синдром) // Вестник восстановительной медицины. 2014. № 1. С. 37–43.
9. *Биша М.* Физиологические исследования о жизни и смерти. СПб., 1865. 458 с.
10. *Бодрийяр Ж.* Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000. 387 с.
11. *Варрайч Х.* Современная смерть. Как медицина изменила уход из жизни. М.: Альпина нон-фикшн, 2021. 480 с.
12. *Виноградов В.Л.* Ведение потенциального донора со смертью мозга (часть I) // Трансплантология. 2014. № 3. С. 23–31.
13. *Воротынцев С.И., Голдовский Б.М., Поталов С.А. и др.* Феномен Лазаря: ауторесусцитация после остановки сердца // Медицина неотложных состояний. 2011. № 3 (34). С. 130–136.



14. *Высочина Ю.Л.* Эвтаназия и отказ от реанимации как реализация принципа уважения автономии пациента // Вестник СМУС74. 2018. № 1 (20). С. 25–27.
15. *Гаванде А.* Тяжелый случай. Записки хирурга / Пер. с англ. Н. Колпаковой. М.: Альпина нон-фикшн, 2019. 332 с.
16. *Григорьев Е.В., Михайлова А.А., Шукевич Д.Л.* и др. Восстановление критических пациентов – системный подход // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2019. № 8 (2). С. 116–124.
17. *Грин Ф.А.* Держи его за руку. Истории о жизни, смерти и праве на ошибку в экстренной медицине / Пер. с англ. А.В. Жирнова. СПб.: Питер, 2019. 256 с.
18. *Грин Ф.А.* Люди скорой. Честные истории о том, как спасают жизни / Пер. с англ. Т. Новиковой. СПб.: Питер 2021. 256 с.
19. *Джонс Дж.* Вы меня слышите? Встречи с жизнью и смертью фельдшера скорой помощи / Пер. с англ. А. Лобановой, М. Зубовой. М.: АСТ, 2020. 280 с.
20. *Дробышев П.Ю.* Соотношение родительских прав и ответственности родителей за судьбу своего ребенка с полномочием суда по определению его наилучших интересов: дело Чарли Гарда и умертвление как наилучший интерес. URL: <http://www.anglolex.org/News/18.html> (дата обращения: 29.07.2021).
21. *Ефременко С.* Милосердие смерти. Истории о тех, кто держит руку на нашем пульсе. М.: Эксмо, 2019. 300 с.
22. *Запорожченко А.О.* Танатологические права в контексте прав человека // ФП. 2014. № 2. С. 119.
23. *Иванюшкин А.Я., Попова О.В.* Проблема смерти мозга в дискурсе биоэтики. М.: ИФ РАН, 2013. 288 с.
24. *Иванюшкин А.Я.* Пути легитимизации концепции смерти мозга: опыт России и зарубежных стран // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19: Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза. М.: Изд-во МосГУ, 2014. С. 29–58.

25. *Иванюшкин А.Я., Попова О.В.* Социальный и философский контекст проблемы смерти мозга. М.: ИФ РАН, 2015. 349 с.
26. *Ильченко К.В.* Смерть мозга – смерть человека: этико-философский и правовой дискурс // *Юридическая мысль.* 2017. № 4 (102). С. 29–36.
27. *Йоханссон И., Линё Н.* Медицина и философия. Введение в XXI столетие. М.: Атмосфера, Вече, 2019. 430 с.
28. *Каланити П.* Когда дыхание растворяется в воздухе. Иногда судьбе все равно, что ты врач / Пер. с англ. К.В. Банникова. М.: Эксмо, 2019. 256 с.
29. *Капинус О.С.* Эвтаназия как социально-правовое явление. М.: Буквоед, 2006. 400 с.
30. *Керангаль М.* Чинить живых / Пер. с фр. Ю. Котовой. М.: Бертельсманн Медиа Москау АО, 2015. 256 с.
31. *Кларк Р.* Рука на пульсе. Случаи из практики молодого врача, о которых хочется поскорее забыть / Пер. с англ. И. Чорного. М.: Эксмо, 2019. 360 с.
32. *Красильников Р.Л.* Танатологические мотивы в художественной литературе. М.: Языки славянской культуры, 2015. 488 с.
33. *Кузьмичев Д.Е., Никулина Л.Р., Скребов Р.В.* и др. Лица, которого «не помнят». Врач – анестезиолог-реаниматолог // *Здравоохранение Югры: опыт и инновации.* 2015. № 4. С. 64.
34. *Ламас Д.* Жизнь взаймы / Пер. с англ. А. Анваера. М.: Альбина Паблишер, 2019. 214 с.
35. *Маккарти М.* Настоящий врач скоро подойдет. Путь профессионала: пройти огонь, воду и интернатуру / Пер. с англ. И. Чорного. М.: Эксмо, 2021. 448 с.
36. *Мальшева А.А.* Отключение от аппарата жизнеобеспечения: помощь больному или убийство пациента? // *Актуальные проблемы современной юридической науки и практики: сб. науч. ст. по мат. междунар. студ. науч.-теор. конф., Санкт-Петербург, 25 апреля 2018 г.* СПб.: Санкт-Петербургская юридическая академия, 2018. С. 136–139.
37. *Марш Г.* Не навреди. Истории о жизни, смерти и нейрохирургии / Пер. с англ. И. Чорного. М.: Бомбора, 2014. 330 с.

38. *Минина М.Г.* Разработка и внедрение в практику здравоохранения инновационной модели донорства органов. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 2016. 305 с.
39. *Михель Д.В.* Воплощенный человек. Западная культура, медицинский контроль и тело. Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 2000. 204 с.
40. *Михель Д.В.* Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. № 4 (60). Вып. 2. С. 256–263.
41. *Михель Д.В.* Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания. Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2015. 320 с.
42. *Мол А.* Множественное тело. Онтология в медицинской практике. Пермь: Гиле Пресс, 2017. 250 с.
43. *Момотов В.В.* Биоэтика в контексте законодательства и правоприменения (эвтаназия) // Lex Russica. 2019. № 10 (155). С. 9–15.
44. *Морган М.* Реанимация. Истории на грани жизни и смерти / Пер. с англ. О.А. Ляшенко. М.: Бомбора, 2020. 272 с.
45. *Мосс М.* Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии. М.: КДУ, 2011. 418 с.
46. *Неговский В.А.* Восстановление жизненных функций организма, находящегося в состоянии агонии или в периоде клинической смерти. М.: Медгиз, 1943. 170 с.
47. *Неговский В.А., Гурвич А.М., Золотокрылина Е.С.* Постреанимационная болезнь. М.: Медицина, 1987. 480 с.
48. *Нетесин Е.С., Горбачев В.И.* Синдром профессионального выгорания анестезиологов-реаниматологов в России // Анестезиология и реаниматология. 2018. № 3. С. 7–13.
49. *Орлов А.Н.* Милосердна ли легкая смерть. Этюды биоэтики. Красноярск: ПИК Офсет, 1995. 240 с.
50. *Осипов Л.В., Долгушин М.Б., Михайлов А.И. и др.* Заглянуть в человека: визуализация в медицине // Вестник РГМУ. 2016. № 4. С. 4–14.

51. *Падеров Ю.М.* К вопросу о танатогенезе // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 26. № 1. Вып. 2. С. 8–10.
52. *Пинчук А.В., Минина М.Г., Виноградов В.Л.* Этические аспекты концепции смерти мозга // Трансплантология. 2013. № 2. С. 28–33.
53. *Подорога В.А.* Эпоха Corpus'a? // *Нанси Ж.Л. Corpus.* М.: Ad Marginem, 1999. С. 171–216.
54. *Попова О.В.* Человек как артефакт биотехнологий. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2017. 336 с.
55. *Попова О.В., Иванюшкин А.Я.* К истории легитимизации концепции смерти мозга, развития трансплантологии и органного донорства: философский и социокультурный контекст // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 27: Конвергенция технологий и дивергенция будущего человека. М.: ИФ РАН, 2017. С. 62–73.
56. *Попова О.В.* Тело как территория технологий: от социальной инженерии к этике биотехнологического конструирования. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2021. 336 с.
57. *Прасмыцкий О.Т., Павлов О.Б.* Практические навыки по анестезиологии и реаниматологии. Сердечно-легочная реанимация: учеб.-метод. пособие. Минск: БГМУ, 2015. 28 с.
58. *Присяжная Е.А.* Легализация эвтаназии в зарубежных странах // Научный вестник Омской академии МВД России. 2009. № 4. С. 63–66.
59. *Пишбыло Г.Дж.* Обратный отсчет. Записки анестезиолога / Пер. с англ. И.Д. Голыбиной. М.: АСТ, 2017. 190 с.
60. Руководство по критической медицине: в 2 т. Т. 1 / Под ред. Ж.-Л. Венсана; пер. с англ. под науч. ред. Е.В. Григорьева. СПб.: Человек, 2019. 952 с.
61. Руководство по критической медицине: в 2 т. Т. 2 / Под ред. Ж.-Л. Венсана; пер. с англ. под науч. ред. Е.В. Григорьева. СПб.: Человек, 2019. 960 с.
62. *Сабиров В.Ш.* Жизнь. Смерть. Бессмертие (обзор основных религиозно-философских парадигм) // Человек. 2000. № 5–6. С. 36–49.

63. *Семенков В.Е.* Этические, медицинские и правовые проблемы трансплантации органов // Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2014. № 1. С. 121–129.
64. Сердечно-легочная и церебральная реанимация: учебно-методическое пособие для студентов, ординаторов, аспирантов и врачей. М.: Российский Национальный Совет по реанимации, 2011. 23 с.
65. *Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы. М.: Грантъ, 2001. 192 с.
66. *Слепокуров А.А.* Рациональная концептуализация смерти: опыт танатологии // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2016. № 6 (68). Ч. 1. С. 183–186.
67. *Сокол Д.* Не судите. Истории о медицинской этике и врачебной мудрости / Пер. с англ. Ю.Р. Соколова. М.: АСТ, 2020. 352 с.
68. *Соколов Я.* Вызов принят. Невероятные истории спасения, рассказанные российскими врачами. М.: Эксмо, 2017. 290 с.
69. *Соколов Я.* Узнать по глазам. Истории о том, что под каждой маской бьется доброе и отзывчивое сердце. М.: Бомбора, 2020. 260 с.
70. *Соколовский С.В.* Множественное тело и мультимодальность смерти // Социология власти. 2019. Т. 31. № 2. С. 155–175.
71. *Степин В.С.* Философия науки. Общие проблемы: учебник для аспирантов и соискателей ученой степени кандидата наук. М.: Гардарики, 2006. 384 с.
72. *Степин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н.* История и философия медицины. Научные революции XVII–XIX веков. М.: Академический проект, 2017. 236 с.
73. *Сумин С.А., Шаповалов К.Г.* Анестезиология-реаниматология. Учебник для подготовки кадров высшей квалификации: в 2 т. Т. 1. М.: МИА, 2018. 968 с.
74. *Сьюард П.* Ангелы спасения. Экстренная медицина / Пер. с англ. И.Д. Голыбиной. М.: АСТ, 2019. 224 с.

75. *Тимофеев И.В.* Патология лечения (руководство для врачей). СПб.: Северо-Запад, 1999. 348 с.
76. *Тищенко П.Д.* Био-власть в эпоху биотехнологий. М.: ИФ РАН, 2001. 177 с.
77. *Тищенко П.Д.* Концепция антропогенных фазовых переходов Б.Г. Юдина // Моисеевские чтения: Культура и гуманитарные проблемы современной цивилизации: доклады и материалы Всероссийской научной конференции (Москва, 26 мая 2018 г.) / Под ред. А.В. Костиной, Вал.А. Лукова. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2018. С. 44–48.
78. *Тищенко П.Д.* На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Мир, 2011. 328 с.
79. *Тринева Я.О.* Понятие и перспективы легализации эйтаназии и ортаназии: мнение адвоката // Евразийская адвокатура. 2012. № 1 (1). С. 119–128.
80. *Тристан В.Г.* Патолофизиология экстремальных и терминальных состояний: учебное пособие. Омск: СибГАФК, 2001. 76 с.
81. *Уайатт Дж.* На грани жизни и смерти. СПб.: Мирт, 2003. 362 с.
82. *Уолкер А.Э.* Смерть мозга. М.: Медицина, 1988. 288 с.
83. *Уотсон К.* Язык милосердия. Воспоминания медсестры / Пер. с англ. И.В. Никитиной. М.: КоЛибри, Азбука-Аттикус, 2019. 432 с.
84. *Уэстаби С.* Хрупкие жизни. Истории кардиохирурга о профессии, где нет места сомнениям / Пер. с англ. И. Чорного. М.: Бомбора, 2018. 352 с.
85. *Файгенбаум Д.* В погоне за жизнью. История врача, опередившего смерть и спасшего себя и других от неизлечимой болезни / Пер. с англ. В. Горохова. М.: МИФ, 2020. 249 с.
86. *Фаршатов Р.С.* Хроническое критическое состояние – новое понятие или старая проблема? // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21585> (дата обращения: 29.07.2021).
87. *Фрэнсис Г.* Путешествие хирурга по телу человека / Пер. с англ. К.В. Банникова. М.: Эксмо, 2017. 256 с.

88. Фуко М. Рождение клиники / Пер. с фр. А.Ш. Тхостова. М.: Академический Проект, 2010. 252 с.
89. Шапов И.А. Биомедицинская этика: учебник. М.: Медицина, 2006. 344 с.
90. Шор В.Г. О смерти человека. Введение в танатологию. Ленинград: Изд-во КУБУЧ, 1925. 117 с.
91. Эбби И. Семь причин для жизни / Пер. с англ. Д. Коваленина. СПб.: Питер, 2018. 288 с.
92. Юдин Б.Г. Границы человеческого существа как пространства технологических воздействий // Вопросы социальной теории. 2011. Т. V. С. 102–118.
93. Юдин Б.Г. Смерть и умирание в контексте высоких технологий // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19. Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза. М.: Изд-во МосГУ, 2014. С. 7–17.
94. Янкевич В. Смерть. М.: Изд-во Литературного института, 1999. 448 с.
95. Aitchison R. A Review of Cardiopulmonary Resuscitation and its History // Disease-a-month: DM. 2013. Vol. 59. No. 5. P. 165–167.
96. Andre J. Learning to See: Moral Growth during Medical Training // Journal of Medical Ethics. 1992. Vol. 18. No. 3. P. 148–152.
97. Antommaria A.H., Gibb T.S., McGuire A.L. et al. Ventilator Triage Policies during the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated with Members of the Association of Bioethics Program Directors // Annals of Internal Medicine. 2020. Vol. 173. No. 3. P. 188–194.
98. Austin J.L. How To Do Things With Words. Oxford: Clarendon Press, 1962. 174 p.
99. Austriaco N.P.G. A Philosophical Assessment of TK's Autopsy Report: Implications for the Debate over the Brain Death Criteria // The Linacre Quarterly. 2016. Vol. 83. No. 2. P. 192–202.
100. Baer N. Cardiopulmonary Resuscitation on Television: Exaggerations and Accusations // New England Journal of Medicine. 1998. Vol. 334. No. 24. P. 1604–1605.

101. *Bagge L.* An Investigation of the Economic Viability and Ethical Ramifications of Video Surveillance in the ICU. University of Central Florida. 2013. 63 p. URL: <https://stars.library.ucf.edu/honorstheses1990-2015/1487> (дата обращения: 29.07.2021).
102. *Baker A.B.* Artificial Respiration, the History of an Idea // *Medical History*. 1971. Vol. 15. No. 4. P. 336–351.
103. *Bard J.S.* The Diagnosis is Anencephaly and the Parents Ask about Organ Donation: Now What? A Guide for Hospital Counsel and Ethics Committees // *Western New England Law Review*. 1999. Vol. 21. No. 1. P. 49–95.
104. *Barratt F., Wallis D.* Relatives in the Resuscitation Room: their Point of View // *Journal of Accident and Emergency Medicine*. 1998. Vol. 15. No. 2. P. 109–111.
105. *Baskett T.F.* Resuscitation Great. Silvester's Technique of Artificial Respiration // *Resuscitation*. 2007. Vol. 74. No. 1. P. 8–10.
106. *Baskett T.F.* Resuscitation Great. The Holger Nielsen Method of Artificial Respiration // *Resuscitation*. 2007. Vol. 74. No. 3. P. 403–405.
107. *Belkin G.S.* Brain Death and the Historical Understanding of Bioethics // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 2003. Vol. 58. No. 3. P. 325–361.
108. *Bertoloni Meli D.* The Collaboration between Anatomists and Mathematicians in the Mid-Seventeenth Century with a Study of Images as Experiments and Galileo's Role in Steno's Myology // *Early Science and Medicine*. 2008. Vol. 13. No. 6. P. 665–709.
109. *Blume S.S.* Insight and Industry: On the Dynamics of Technological Change in Medicine. Cambridge, MA: MIT Press, 1992. 320 p.
110. *Bray J.G.Jr.* The Lazarus Phenomenon Revisited // *Anesthesiology*. 1993. Vol. 78. No. 5. P. 991.
111. *Brazier M.* An Intractable Dispute: When Parents and Professionals Disagree // *Medical Law Review*. 2005. No. 13. P. 412–418.
112. *Burri R.V., Dummit J.* Social Studies of Scientific Imaging and Visualization // *Hackett E.J., Amsterdamska O., Lynch M. et al.* (eds.) *The Handbook of Science and Technology Studies*. Cambridge, MA: The MIT Press, 2008. P. 297–317.



113. *Calabrò R.S., Naro A., De Luca R.* et al. The Right to Die in Chronic Disorders of Consciousness: Can We Avoid the Slippery Slope Argument? // *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2016. Vol. 13. No. 11–12. P. 12–24.
114. *Cambiaghi M., Parent A.* From Aldini’s Galvanization of Human Bodies to the Modern Prometheus // *Medicina Historica*. 2018. Vol. 2. No. 1. P. 27–37.
115. *Campbell A.G, McHaffie H.E.* Prolonging Life and Allowing Death: Infants // *Journal of Medical Ethics*. 1995. Vol. 21. No. 6. P. 339–344.
116. *Carson S.S., Bach P.B.* The Epidemiology and Costs of Chronic Critical Illness // *Critical Care Clinics*. 2002. Vol. 18. No. 3. P. 461–476.
117. *Cassell E.* Dying in a Technological Society // *Hastings Center Studies*. 1974. No. 2. P. 31–36.
118. *Cave E., Brierley J., Archard D.* Making Decisions for Children-Accommodating Parental Choice in Best Interests Determinations // *Medical Law Review*. 2020. Vol. 28. No. 1. P. 183–196.
119. *Chapple H.S.* No Place for Dying: Hospitals and the Ideology of Rescue. Routledge, 2019. 324 p.
120. *Chen Y., Youngner S.J.* “Allow Natural Death” Is Not Equivalent to “Do Not Resuscitate”: a Response // *Journal of Medical Ethics*. 2008. Vol. 34. No. 12. P. 887–888.
121. *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*. Washington, DC, 2008. 168 p.
122. *Cooper J., Cooper J.D., Cooper J.M.* Cardiopulmonary Resuscitation: History, Current Practice, and Future Direction // *Circulation*. 2006. Vol. 114. No. 25. P. 2839–2849.
123. *Cooper L., Aronowitz P.* DNR Tattoos: a Cautionary Tale // *Journal of general internal medicine*. 2012. Vol. 27. No. 10. P. 1383.
124. *Copnell B.* Death in the Pediatric ICU: Caring for Children and Families at the End of Life // *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2005. Vol. 17. No. 4. P. 349–360.

125. *Cowley R.A.* A Total Emergency Medical System for the State of Maryland // *Maryland State Medical Journal*. 1975. Vol. 24. No. 7. P. 37–45.
126. *Daeschler M., Verdino R.J., Caplan A.L.* et al. Defibrillator Deactivation against a Patient's Wishes: Perspectives of Electrophysiology Practitioners // *Pacing and Clinical Electrophysiology*. 2015. Vol. 38. No. 8. P. 917–924.
127. *Dagognet F.* *La maîtrise du vivant*. Paris: Hachette, 1988. 202 p.
128. *Daly B.J.* Development of a Special Care Unit for Chronically Critically Ill Patients // *Heart & Lung: the Journal of Critical Care*. 1991. Vol. 20. No. 1. P. 45–51.
129. *Daroff R.B.* The Historical Evolution of Brain Death from Former Definitions of Death: Harvard Criteria to the Present // *Signs of Death. Scripta Varia*. Vatican City, 2007. P. 217–221.
130. *Davidson J. E., Harvey M. A.* Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome // *AACN Advanced Critical Care*. 2016. Vol. 27. No. 2. P. 184–186.
131. *Davidson J.E., Jones C., Bienvenu O.J.* Family Response to Critical Illness: Postintensive Care Syndrome-Family // *Critical Care Medicine*. 2012. Vol. 40. No. 2. P. 618–624.
132. *Davis J.E., Sternbach G.L., Varon J. Fromm R.E.Jr.* Paracelsus and Mechanical Ventilation // *Resuscitation*. 2000. Vol. 47. No. 1. P. 3–5.
133. *Davis-Floyd R., St John G.* *From Doctor to Healer: the Transformative Journey*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1998. 308 p.
134. *Devictor D., Latour J.M., Tissieres P.* Forgoing Life-Sustaining or Death-Prolonging Therapy in the Pediatric ICU // *Pediatric Clinics of North America*. 2008. Vol. 55. No. 3. P. 791–804.
135. *Diem S., Lants J., Tulsky J.* Cardiopulmonary Resuscitation on Television – Miracles and Misinformation // *The New England Journal of Medicine*. 1996. Vol. 334. No. 24. P. 1578–1582.
136. *Dreier J.P., Major S., Foreman B. et al.* Terminal Spreading Depolarization and Electrical Silence in Death of Human Cerebral Cortex // *Annals of Neurology*. 2018. Vol. 83. No. 2. P. 295–310.

137. *Dries D.J.* Mechanical Ventilation: History and Harm // *Air Medical Journal*. 2016. Vol. 35. No. 1. P. 12–15.
138. *Eisenberg M.S.* History of the Science of Cardiopulmonary Resuscitation // *Ornato J.P., Peberdy M.A.* (eds.) *Cardiopulmonary resuscitation. Contemporary cardiology*. Humana Press, 2005. P. 1–9.
139. *Emanuel E.J., Persad G., Upshur R.* et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 // *The New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382. No. 21. P. 2049–2055.
140. *Emrys-Roberts M.* Death and resuscitation // *British Medical Journal*. 1969. Vol. 4. No. 5679. P. 364–365.
141. *Esposito R.* *Bios. Biopolitics and Philosophy*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008. 230 p.
142. *Feinstein M.M., Niforatos J. D., Hyun I.* et al. Considerations for Ventilator Triage during the COVID-19 Pandemic // *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020. Vol. 8. No. 6. P. e53.
143. *Freckelton I.* Responding Better to Desperate Parents: Warnings from the Alfie Evans Saga // *Journal of Law and Medicine*. 2018. Vol. 25. No. 4. P. 899–918.
144. *Fothergill J.* XI. Observations on a Case Published in the Last Volume of the *Medical Essays of Recovering a Man Dead in Appearance, by Distending the Lungs with Air* // *Philosophical Transactions*. 1744. Vol. 43. P. 275–281.
145. *Gaylin W.* Harvesting the Dead // *Harpers's*. 1974. Vol. 249. No. 1492. P. 23–28.
146. *Girard K., Raffin T.A.* The Chronically Critically Ill: to Save or Let Die? // *Respiratory Care*. 1985. Vol. 30. No. 5. P. 339–347.
147. *Glaser B.G., Strauss A.L.* *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1965. 305 p.
148. *Goran S.F.* A Second Set of Eyes: an Introduction to Tele-ICU // *Critical Care Nurse*. 2010. Vol. 30. No. 4. P. 47–48.
149. *Gordon P., Williamson S., Lawler P.* As Seen on TV: Observational Study of Cardiopulmonary Resuscitation in British Television Medical Dramas // *British Medical Journal*. 1998. Vol. 317. No. 7161. P. 780–783.

150. *Groot Y.J. de, Jansen N.E., Bakker J. et al.* Imminent Brain Death: Point of Departure for Potential Heart-Beating Organ Donor Recognition // *Intensive Care Medicine*. 2010. Vol. 36. No. 9. P. 1488–1494.
151. *Haas L.E.M., Lange D.W. de, Dijk D. van, Delden J. J. M. van.* Should We Deny ICU Admission to the Elderly? Ethical Considerations in Times of COVID-19 // *Critical Care*. 2020. Vol. 24. No. 1. P. 321.
152. *Hacke W.* Brain Death – an Artifact Created by Critical Care Medicine or the Death of the Brain Has Always Been the Death of the Individuum // *Signs of Death. Scripta Varia*. Vatican City, 2007. P. 84–90.
153. *Hansson S.O.* Philosophy of Medical Technology // *Handbook of the Philosophy of Science*. Vol. 9: Philosophy of Technology and Engineering Sciences. Elsevier, 2009. P. 1275–1300.
154. *Hick J.L., Barbera J.A., Kelen G.D.* Refining Surge Capacity: Conventional, Contingency, and Crisis Capacity // *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2009. Vol. 3 (2 Suppl.). P. S59–67.
155. *Hoffenberg R., Lock M., Tilney N. et al.* Should Organs from Patients in Permanent Vegetative State Be Used for Transplantation? // *Lancet*. 1997. Vol. 350. No. 9087. P. 1320–1321.
156. *Hollander J.M.* Nutrition Support and the Chronic Critical Illness Syndrome // *Nutrition in Clinical Practice*. 2006. Vol. 21. No. 6. P. 587–604.
157. *Holt G.E., Sarmiento B., Kett D. et al.* An Unconscious Patient with a DNR Tattoo // *The New England Journal of Medicine*. 2017. Vol. 377. No. 22. P. 2192–2193.
158. *Holtzmann Kevles B.* *Naked to the Bone: Medical Imaging in the Twentieth Century*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1997. 378 p.
159. *Hurt R.* Modern Cardiopulmonary Resuscitation – Not So New after All // *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2005. Vol. 98. No. 7. P. 327–331.
160. *Hutchison C., McConnell P.C.* The Ethics of Treating Family Members // *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2019. Vol. 32. No. 2. P. 169–173.

161. *Inoue S., Hatakeyama J., Kondo Y. et al.* Post-Intensive Care Syndrome: Its Pathophysiology, Prevention, and Future Directions // *Acute Medicine & Surgery*. 2019. Vol. 6. No. 3. P. 233–246.
162. *Jewson N.D.* The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770–1870 // *International Journal of Epidemiology*. 2009. Vol. 38. No. 3. P. 622–633.
163. *Joebges S., Biller-Andorno N.* Ethics Guidelines on COVID-19 Triage – an Emerging International Consensus // *Critical Care*. 2020. Vol. 24. No. 201. P. 1–5.
164. *Jonas H.* Reflections on Human Experimentation // *Daedalus*. 1969. No. 98. P. 243–245.
165. *Jonas M., Evans A.* Conceptions of Dignity in the Charlie Gard, Alfie Evans and Isaiah Haastrup cases // *Bioethics*. 2020. Vol. 34. No. 7. P. 687–694.
166. *Jones A.B., Moga D.N., Davie K.A.* Transforming End-of-Life Care for the 21st Century: the Hospice Vision // *Journal of Palliative Medicine*. 1999. Vol. 2. No. 1. P. 9–14.
167. *Jouvet M.* Diagnostic électro-souscortico-graphique de la mort du système nerveux central au cours de certains comas // *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. 1959. No. 11. P. 805–808.
168. *Joyce K.* Appealing Images: Magnetic Resonance Imaging and the Production of Authoritative Knowledge // *Social Studies of Science*. 2005. Vol. 35. No. 3. P. 437–462.
169. *Joyce K.* From Numbers to Pictures: the Development of Magnetic Resonance Imaging and the Visual Turn in Medicine // *Science as Culture*. 2006. Vol. 15. No. 1. P. 1–22.
170. *Joynt R.J.* A New Look at Death // *Journal of the American Medical Association*. 1984. Vol. 252. No. 5. P. 680–683.
171. *Kacmarek R.M.* The Mechanical Ventilator: Past, Present, and Future // *Respiratory Care*. 2011. Vol. 56. No. 8. P. 1170–1180.
172. *Kahn J.M., Le T. Angus D.C. et al.* The Epidemiology of Chronic Critical Illness in the United States // *Critical Care Medicine*. 2015. Vol. 43. No. 2. P. 282–287.

173. *Kalitzkus V.* Neither Dead-nor-Alive: Organ Donation and the Paradox of ‘Living Corpses’ // *Fagan A.* (ed.) *Making Sense of Death and Dying.* Amsterdam: Rodopi, 2004. P. 141–156.
174. *Kass L.R.* Death as an Event: A Commentary on Robert Morrison // *Science.* 1971. Vol. 173. No. 3998. P. 698–702.
175. *Kaufman S.R., Mueller P.S., Ottenberg A.L. et al.* Ironic Technology: Old Age and the Implantable Cardioverter Defibrillator in US Health Care // *Social Science and Medicine.* 2011. Vol. 72. No. 1. P. 6–14.
176. *Kelly F.E., Fong K., Hirsch N. et al.* Intensive Care Medicine is 60 Years Old: the History and Future of the Intensive Care Unit // *Clinical Medicine.* 2014. Vol. 14. No. 4. P. 376–379.
177. *Kumar S., Merchant S., Reynolds R.* Tele-ICU: Efficacy and Cost-Effectiveness Approach of Remotely Managing the Critical Care // *Open Medical Informatics Journal.* 2013. No. 10. 1f.
178. *Kurt-Gabel C.* Why Do Resuscitation Guidelines Keep Changing? // *Dental Nursing.* 2009. Vol. 5. No. 11. P. 618–620.
179. *Lee R.* Cardiopulmonary Resuscitation in the Eighteenth Century // *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences.* 1972. Vol. 27. No. 4. P. 418–433.
180. *Lenoir T., Lécuyer C.* Instrument Makers and Discipline Builders: the Case of Nuclear Magnetic Resonance // *Perspectives on Science.* 1995. Vol. 3. No. 3. P. 276–345.
181. *Lind B.* The Birth of the Resuscitation Mannequin, Resusci Anne, and the Teaching of Mouth to Mouth Ventilation // *Acta Anaesthesiologica Scandinavica.* 2007. Vol. 51. No. 8. P. 1051–1053.
182. *Lindemann G.* Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin. München: Wilhelm Fink Verlag, 2002. 469 S.
183. *Linko K., Honkavaara P., Salmenpera M.* Recovery after Discontinued Cardiopulmonary Resuscitation // *Lancet.* 1982. No. 1. P. 106–107.

184. *Liss H.P.* A History of Resuscitation // *Annals of Emergency Medicine*. 1986. Vol. 15. No. 1. P. 65–72.
185. *Lizama N.* Afterlife, but not as We Know It: Medicine, Technology and the Body Resurrected. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy. Perth: University of Western Australia, 2008. 256 p.
186. *Lock M.M.* Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death. Oakland: University of California Press, 2002. 429 p.
187. *Lynch M.* The Externalized Retina: Selection and Mathematization in the Visual Documentation of Objects in the Life Sciences // *Lynch M., Woolgar S.* (eds.) *Representation in Scientific Practice*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1990. P. 153–186.
188. *Markert R., Saklayen M.* Cardiopulmonary Resuscitation on Television // *The New England Journal of Medicine*. 1996. Vol. 335. No. 21. P. 1605–1607.
189. *McDermid R.C., Bagshaw S.M.* Prolonging Life and Delaying Death: the Role of Physicians in the Context of Limited Intensive Care Resources // *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*. 2009. Vol. 4. No. 3. URL: <http://www.peh-med.com/content/4/1/3> (дата обращения: 28.07.2021).
190. *McDonald H.P.* Human Remains: Dissection and Its Histories. Yale: Yale University Press, 2006. 220 p.
191. *Minemura Y.* Problems of the Constitution Account in Revealing the Beginning of Human Life and its End // *Journal of Philosophy and Ethics in Health Care and Medicine*. 2018. No. 12. P. 14–23.
192. *Mohammed A.A., Al-Zahrani O., Salem R.A.* et al. Aggressive Care at the End of Life: Where Are We? // *Indian Journal of Palliative Care*. 2019. Vol. 25. No. 4. P. 539–543.
193. *Mollaret P., Goulon M.* Le coma dépassé (mémoire préliminaire) // *Revue neurologique*. 1959. No. 101. P. 3–15.
194. *Mueller J., Koenig B.* On the Boundary of Life and Death: the Definition of Dying by Medical Residents // *Lock M., Gordon D.R.* (eds.) *Biomedicine examined*. Kluwer Academic Publishers, 1988. P. 351–374.

195. *Munoz-Price L.S.* Long-Term Acute Care Hospitals // *Clinical Infectious Diseases*. 2009. No. 9. P. 438–443.
196. *Murray K.* How Doctors Die. URL:  
<https://www.zocalopublicsquare.org/2011/11/30/how-doctors-die/ideas/nexus/>  
(дата обращения: 06.02.2021).
197. *Needham D.M., Davidson J., Cohen H.* et al. Improving Long-Term Outcomes after Discharge from Intensive Care Unit: Report from a Stakeholders' Conference // *Critical Care Medicine*. 2012. Vol. 40. No. 2. P. 502–509.
198. *Orlowski J.P., Collins R.L., Cancian S.N.* Forgoing Life-Supporting or Death-Prolonging Therapy: a Policy Statement // *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 1993. Vol. 60. No. 1. P. 81–85.
199. *Oudshoorn N.* Resilient Cyborgs: Living and Dying with Pacemakers and Defibrillators. London: Palgrave Macmillan, 2020. 350 p.
200. *Pasveer B.* Depiction in Medicine as a Two-Way Affair: X-ray Pictures and Pulmonary Tuberculosis in the Early Twentieth Century // *Löwy I.* (ed.) *Medical Change: Historical and Sociological Studies of Medical Innovation*. Paris: Colloques INSERM 220, 1993. P. 85–104.
201. *Pasveer B.* Knowledge of Shadows: the Introduction of X-Ray Images in Medicine // *Sociology of Health and Illness*. 1989. Vol. 11. No. 4. P. 360–381.
202. *Perry J.E., Churchill L.R., Kirshner H.S.* The Terri Schiavo Case: Legal, Ethical, and Medical Perspectives // *Annals of Internal Medicine*. 2005. Vol. 143. No. 10. P. 744–748.
203. *Pessini L.* Life and Death in the ICU: Ethics on the Razor's Edge // *Revista Bioética (Impr.)*. 2016. Vol. 24. No. 1. P. 54–63.
204. *Peterson A., Largent E.A., Hart E., Hart R., Karlawish J.* Ethics of Reallocating Ventilators in the Covid-19 Pandemic // *British Medical Journal*. 2020. Vol. 369. No. 1828. P. 1–4.
205. *Phelps M., Festa M.* The Most Kissed Lips in the World? // *Journal of Pediatrics and Child Health*. 2014. Vol. 50. No. 9. P. 748.



206. *Rawal G., Yadav S., Kumar R.* Post-Intensive Care Syndrome: An Overview // *Journal of Translational Internal Medicine*. 2017. Vol. 5. No. 2. P. 90–92.
207. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death // *Journal of the American Medical Association*. 1968. Vol. 205. No. 6. P. 337–340.
208. *Richmond C.* Bjørn Ibsen // *British Medical Journal*. 2007. Vol. 335. No. 7621. P. 674.
209. *Robbins B.D.* The Medicalized Body and Anesthetic Culture. The Cadaver, the Memorial Body, and the Recovery of Lived Experience. London: Palgrave Macmillan US, 2018. 345 p.
210. *Rogers F.B., Rittenhouse K., Gross B.W.* The Golden Hour in Trauma: Dogma or Medical Folklore? // *Injury*. 2014. Vol. 46. No. 4. P. 525–527.
211. *Rosenman H.* Prolonging Life, or Death? // *Hospital Physician*. 1979. Vol. 15. No. 3. P. 88.
212. *Sade R.M., Boan A.D.* The Paradox of the Dead Donor Rule: Increasing Death on the Waiting List // *The American Journal of Bioethics*. 2014. Vol. 14. No. 8. P. 21–23.
213. *Safar P.* History of Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation // *Kaye W., Bircher N.* (eds.) *Cardiopulmonary Resuscitation*. New York, NY: Churchill Livingstone, 1989. P. 1–53.
214. *Santoro G., Wood M.D., Merlo L.* et al. The Anatomic Location of the Soul from the Heart, through the Brain, to the Whole Body, and beyond: a Journey through Western History, Science, and Philosophy // *Neurosurgery*. 2009. Vol. 65. No. 4. P. 633–643.
215. *Schmidt M., Azoulay E.* Having a Loved One in the ICU: the Forgotten Family // *Current Opinion in Critical Care*. 2012. Vol. 18. No. 5. P. 540–547.
216. *Schwab R.S., Potts R., Mathis P.* EEG as an Aid in Determining Death in Presence of Cardiac Activity // *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. 1963. No. 15. P. 147.

217. *Shapiro B., Peruzzi W.T.* Intracorporeal Respiratory Support: a Potential Supplement to Airway Pressure Therapy? // *Chest*. 1993. Vol. 103. No. 1. P. 1–2.
218. *Shewmon D.A.* The Brain and Somatic Integration. Insights into the Standard Biological Rationale for Equating “Brain Death” with Death // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2001. Vol. 26. No. 5. P. 457–478.
219. *Shewmon D.A.* Chronic “Brain Death”: Meta-Analysis and Conceptual Consequences // *Neurology*. 1998. Vol. 51. No. 6. P. 1538–1545.
220. *Slutsky A.S.* History of Mechanical Ventilation from Vesalius to Ventilator-Induced Lung Injury // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2015. Vol. 191. No. 10. P. 1107–1108.
221. *Solomon H.* Living on Borrowed Breath: Respiratory Distress, Social Breathing, and the Vital Movement of Ventilators // *Medical Anthropology Quarterly*. 2021. Vol. 35. No. 1. P. 102–119.
222. *Spaemann R.* Is Brain Death the Death of the Human Being? // *Signs of Death. Scripta Varia*. Vatican City, 2007. P. 130–141.
223. *Srinivasan S.R.* Tele-ICU in the Age of COVID-19: Built for this Challenge // *The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2020. Vol. 24. P. 536–537.
224. *Sternbach G.L., Varon J., Fromm R.E. et al.* The Humane Societies // *Resuscitation*. 2000. Vol. 45. P. 71–75.
225. *Strømskag K.E.* Kristian Igelsrud and the First Successful Direct Heart Compression // *The Journal of the Norwegian Medical Association*. 2002. Vol. 122. No. 30. P. 2863–2865.
226. *Tercier J.* The Lips of the Dead and the ‘Kiss of Life’: the Contemporary Deathbed and the Aesthetic of CPR // *Journal of Historical Sociology*. 2002. Vol. 15. No. 3. P. 283–327.
227. *Tham J.* Harvard Brain Death Criteria and Organ Transplantation: a Historical Revisit // *Studia Bioethica*. 2009. Vol. 2. No. 2. P. 40–50.
228. *Timmermans S.* High Touch in High Tech: the Presence of Relatives and Friends during Resuscitative Efforts // *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 1997. Vol. 11. No. 2. P. 153–168.

229. *Tossach W.* A Man, Dead in Appearance, Recovered by Distending the Lungs with Air. *Medical Essays and Observations*, Edinburgh. 1744. Vol. 5. No. 2. P. 605.
230. *Trémolières F.* Description of a Ventilator // *Lemaire F.* (ed.) *Mechanical Ventilation*. New York: Springer-Verlag, 1991. P. 1–18.
231. *Trubuhovich R.V.* History of Mouth-to-Mouth Rescue Breathing. Part 2: the 18th century // *Critical Care and Resuscitation*. 2006. Vol. 8. No. 2. P. 157–171.
232. *Truog R.D., Mitchell C., Daley G.Q.* The Toughest Triage – Allocating Ventilators in a Pandemic // *The New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382. No. 21. P. 1973–1975.
233. *Vallejo-Manzur F., Varon J., Fromm R.Jr. et al.* Moritz Schiff and the History of Open-Chest Cardiac Massage // *Resuscitation*. 2002. Vol. 53. No. 1. P. 3–5.
234. *Veatch R.M.* Brain Death: Welcome Definition... or Dangerous Judgment? // *The Hastings Center Report*. 1972. Vol. 2. No. 5. P. 10–13.
235. *Vincent J.-L.* Critical Care – Where Have We Been and Where Are We Going? // *Critical Care*. 2013. Vol. 17 (Suppl. 1). S. 2.
236. *Vos R., Willems D.L.* Technology in Medicine: Ontology, Epistemology, Ethics and Social Philosophy at the Crossroads // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2000. Vol. 21. No. 1. P. 1–7.
237. *Warwick A.* X-Rays as Evidence in German Orthopedic Surgery, 1895–1900 // *Isis*. 2005. Vol. 96. No. 1. P. 1–24.
238. *Watson L.* *The Romeo Error: A Matter of Life and Death*. London: Hodder and Stoughton, 1974. 256 p.
239. *Webb R.T., Bacon D.* History of Resuscitation // *International Anesthesiology Clinics*. 2017. Vol. 55. No. 3. P. 117–129.
240. *Wertheimer P., Jouvet M., Descotes J.* A propos du diagnostic de la mort du système nerveux dans les comas avec arrêt respiratoire traités par respiration artificielle // *La Presse Médicale* 67. 1959. No. 3. P. 87–88.
241. *Wiencek C.* Chronic Critical Illness: Prevalence, Profile, and Pathophysiology // *AACN Advanced Critical Care*. 2010. Vol. 21. No. 1. P. 44–61.

242. *Wilkinson D., Savulescu J.* Current Controversies and Irresolvable Disagreement: the Case of Vincent Lambert and the Role of “Dissensus” // *Journal of Medical Ethics*. 2019. Vol. 45. No. 10. P. 631–635.
243. *Yende S., Austin S., Rhodes A.* et al. Long-Term Quality of Life among Survivors of Severe Sepsis: Analyses of Two International Trials // *Critical Care Medicine*. 2016. Vol. 44. No. 8. P. 1461–1467.
244. *Yoxen E.* Seeing with Sound: a Study of the Development of Medical Images // *Bijker W., Hughes T., Pinch T.* (eds.) *The Social Construction of Technological Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*. Cambridge, MA: MIT Press, 1987. P. 281–303.

## Приложение 1

### Хронология становления реанимационных технологий

- около 177 Греческий врач и философ Гален в одном из экспериментов использовал мехи для раздувания легких мертвого животного.
- XV в. Первая интубация трахеи умирающего пациента была осуществлена Парацельсом в XV в. Он также осуществил искусственную вентиляцию легких при помощи кожаных мехов.
- около 1530 Неудачная попытка вентиляции легких при помощи каминных кожаных мехов.
- 1543 Врач и естествоиспытатель Андреас Везалий в своем трактате “De Humani Corporis Fabrica” описал принцип технологически ассистированной вентиляции легких.
- 1744 Шотландский хирург Уильям Тоссак (William Tossach) описал случай успешной реанимации методом искусственного дыхания рот-в-рот задохнувшегося шахтера.
- 1746 Английский врач Роуланд Джексон (Rowland Jackson) приводит подробное описание техники искусственного дыхания рот-в-рот.
- 1767/1768 В Голландии основано первое «Гуманитарное общество» помощи жертвам утопления.
- 1771 Шотландский хирург Джон Хантер (John Hunter) ставит эксперименты с использованием двухкамерных мехов для вентиляции легких у животных.
- 1783 Лондонское гуманитарное общество рекомендует в качестве предпочтительного способа использовать меха для вентиляции легких утонувших.
- 1788 Английский хирург Чарльз Кайт (Charles Kite) успешно применил эндотрахеальную трубку для помощи жертвам утопления.
- XVIII в. Английский врач Джон Ховард (John Howard) составил первое описание компрессии грудной клетки.
- 1797 Издана книга штаб-лекаря и акушера Ермолая Ермолаевича Неймейстера «Краткое наставление в пользу утопшим, или Способы сохранения жизни таким, которые кажутся уже мертвыми».
- 1805 Профессор общей патологии, физиологии и анатомии Московского университета Ефрем Осипович Мухин издал книгу «Рассуждения о средствах и способах оживления утопших, удавленных и задохнувшихся».
- 1805–1807 Немецкий врач итальянского происхождения Филипп Боццини (Philipp Bozzini) изобрел эндоскопический прибор в виде металлической трубки с плоским зеркальцем, укрепленным под углом на ее конце, предназначенный для обследования различных полостей тела.
- 1828 Французский исследователь Жан Леруа (Jean Leroy) проводит эксперименты на утопленных животных и предпринимает попытки их оживления через искусственное дыхание при помощи мехов.
- 1832 Шотландский врач Джон Дальциль (John Dalziel) изобрел первый резервуарный респиратор.
- 1837 Лондонское гуманитарное общество запретило использовать меха для вентиляции легких утонувших.
- 1844 Английский врач Джонатан Гетчинсон (Jonathan Hutchinson) изобрел спирометр (аппарат функциональной диагностики дыхания).
- 1854 Немецкий физиолог Карл фон Фирордт (Karl von Vierordt) изобрел сфигмограф (прибор для графической регистрации пульса).
- 1864 Американский инженер Альфред Джонс (Alfred F. Jones) изобрел резервуарный дыхательный прибор.

- 1874** Немецкий физиолог Мориц Шифф (Moritz Schiff) осуществил первый успешный эксперимент с прямым массажем сердца.
- 1876** Французский врач Эжен Вуайе (Eugène Woillez) сконструировал спирофор (аппарат для искусственного дыхания).
- 1880** Немецкий физиолог Луи Вальденбург (Louis Waldenburg) представил первый панцирный респиратор.
- 1889** Канадский и американский ученый-изобретатель Александр Грейам Белл (Alexander Graham Bell) сконструировал панцирный респиратор для новорожденных.
- 1899** Швейцарские физиологи Жан-Луи Прево (Jean-Louis Prévost) и Фредерик Бетелли (Frédéric Betelli) предприняли первые попытки восстановить деятельность сердца при помощи дефибрилляции электрическим током.
- 1901** Норвежский врач Кристиан Игельсруд (Kristian Igelrud) успешно провел прямой массаж сердца.
- 1902** Русский физиолог А.А. Кулябко запустил сердце ребенка, умершего от воспаления легких, спустя почти сутки после его остановки.
- 1903-1904** Американский хирург Джордж Крайль (George Crile) описал первое успешное применение наружного массажа сердца.
- 1910** Американский хирург Говард Лилиенталь (Howard Lilienthal) впервые применил интубацию трахеи при помощи ларингоскопа и провел эндотрахеальный наркоз при операциях на людях. Британский анестезиолог Иван Уайтсайд Мэджилл (Ivan Whiteside Magill) сконструировал эндотрахеальные трубки и ларингоскоп, принцип устройства которых используется до настоящего времени.
- 1913** Русский патофизиолог Федор Андреевич Андреев ставил эксперименты по оживлению собак, убитых кровопусканием, нагнетая питательный раствор в сонную артерию по направлению к сердцу.
- 1923** Американский нейрохирург Уолтер Денди (Walter Dandy) разработал и реализовал концепцию послеоперационного восстановления пациентов в отдельном подразделении, в котором уход обеспечивали медсестры, прошедшие специализированную подготовку.
- 1924** С.С. Брюхоненко и С.И. Чечулин разработали и применили в эксперименте первый аппарат искусственного кровообращения, названный «автожектор».
- 1926** Немецкий инженер Вильгельм Шваке (Wilhelm Schwacke) сконструировал пневматическую камеру для искусственной вентиляции легких.
- 1929** Американские физиологи Филипп Дринкер (Philip Drinker) и Луис Агассиз Шоу (Louis Agassiz Shaw) сконструировали первое «железное легкое».
- 1930** Американские кардиохирурги Клод Бек (Claude Beck) и Дэвид Лейнингер (David Leighninger) организовали одну из первых реанимационных бригад. Немецкий хирург Мартин Киршнер (Martin Kirschner) инициировал создание комбинированного послеоперационного отделения и отделения интенсивной терапии в университетской хирургической клинике Тюбингена.
- 1936** В СССР создана Лаборатория специального назначения по проблеме «Восстановление жизненных процессов при явлениях, сходных со смертью» под руководством В.А. Неговского.
- 1938** Шведский кардиохирург Кларенс Крафоорд (Clarence Crafoord) сконструировал дыхательный аппарат для реанимации и наркоза, а также совместно с шведским хирургом Паулем Френкнером (Paul Frenckner) представил первую клиническую модель спиропульсатора.
- 1939** Н.Л. Гурвич и Г.С. Юньев применили в эксперименте закрытый массаж сердца.
- начало** Американский кардиохирург Джон Хейшам Гиббон-мл. (John Heysham Gibbon Jr.) изобрел прототип современного аппарата искусственного кровообращения.
- 1950-х**

- Американские кардиохирурги Кларенс Уолтон Лиллехай (Clarence Walton Lillehei) и Джон Уэбстер Кирклин (John Webster Kirklin) стали использовать аппарат сердце-легкие во время операций на открытом сердце. Впервые применена искусственная вентиляция легких для лечения пациентов с тяжелыми травмами грудной клетки.
- 1953** Датский анестезиолог Бьёрн Ааге Ибсен (Bjørn Aage Ibsen) создал в Копенгагене первое в Европе реанимационное отделение.
- 1956** Американский анестезиолог Ефраим Сикер (Ephraim S. Siker) спроектировал новый зеркальный ларингоскоп. Датский анестезиолог Хеннинг Рубен (Henning Ruben) и немецкий инженер Хольгер Хессе (Holger Hesse) разработали механическое ручное устройство для вентиляции легких (мешок Амбу, реанимационный дыхательный мешок).
- 1957** Советский врач и ученый Н.Л. Гурвич создал первый в мире дефибриллятор конденсаторного типа.
- 1958** Австрийский анестезиолог Петер Сафар (Peter Safar) открыл многопрофильное отделение интенсивной терапии в городской больнице Балтимора (США).
- 1959** Советский хирург А.А. Вишневецкий с коллегами впервые успешно применил в клинике метод электроимпульсной терапии для лечения мерцания предсердий. Французские неврологи Пьер Молларе (Pierre Mollaret) и Морис Гулон (Maurice Goulon) представили первое описание смерти мозга как клинического статуса.
- 1960** Американские врачи Джеймс Джуд (James Jude), Уильям Коувенховен (William Kouwenhoven) и Ги Никербокер (Guy Knickerbocker) успешно восстановили сердечный ритм пациента с помощью непрямого массажа сердца.
- 1962** Литовско-американский кардиолог Бернард Лаун (Bernard Lown) разработал метод кардиоверсии (дефибрилляции через подачу электрического разряда, синхронизированного с сердечным циклом).
- 1964** Учреждено первое в СССР реанимационное отделение общего профиля в клинической больнице им. С.П. Боткина.
- 1965** Североирландский кардиолог Фрэнк Пантридж (Frank Pantridge) изобрел первый в мире портативный дефибриллятор.
- 1966** Петер Сафар предложил схему реанимационных мероприятий («азбука Сафара» – ABC bundle).
- 1967** Южноафриканский хирург Кристиан Барнард (Christiaan Neethling Barnard) осуществил первую в мире удачную пересадку человеческого сердца.
- 1980** Американский хирург польского происхождения Мишель Миrowski (Michel Mirowski) осуществил первую операцию по имплантированию кардиовертера-дефибриллятора.
- 2000** I Всемирная научная конференция по сердечно-легочной реанимации и оказанию неотложной сердечно-сосудистой помощи: впервые выработаны единые международные рекомендации в области оживления организма. Осуществлена успешная операция по имплантированию искусственного сердца человеку.

## Приложение 2

### Краткие сведения о цитируемых авторах

- АВДИШ Рана (AWDISH Rana) – врач неотложной помощи, писатель, США
- АЙТЧИСОН Роберт (AITCHISON Robert) – врач неотложной помощи, специалист системы здравоохранения Нортшорского университета, США
- АКСЕЛЬРОД Альберт Юльевич (1934–1991) – советский врач-реаниматолог, режиссер театра и телевидения
- АНДРЕ Джудит (ANDRE Judith, 1941 г.р.) – биоэтик, специалист Центра этики и гуманитарных проблем естествознания при кафедре философии Мичиганского университета, США
- БАЕР Нил А. (BAER Neal A., 1958 г.р.) – врач, писатель, эксперт в области общественного здравоохранения, телевизионный продюсер, США
- БАСКЕТТ Томас Ф. (BASKETT Thomas F.) – врач, историк медицины, заслуженный профессор кафедры акушерства и гинекологии, Университет Дэлхаузи, Канада
- БЕЙКЕР Артур Баррингтон (BAKER Arthur Barrington, 1939 г.р.) – врач-анестезиолог, сотрудник Факультета анестезиологов Королевского Австралазийского колледжа хирургов, Новая Зеландия
- БЕЛКИН Гэри С. (BELKIN Gary S.) – психиатр, научный сотрудник кафедры психиатрии Медицинской школы Гроссмана, Нью-Йоркский университет, США
- БЕРНАТ Джеймс Л. (BERNAT James L.) – врач, профессор неврологии в Медицинской школе Гейзеля, Дартмутский колледж, Ганновер, США
- БИЧЕР Генри Ноулз (BEECHER Henry Knowles, 1904–1976) – врач-анестезиолог, специалист по медицинской этике, Медицинская школа Гарвардского университета, США
- БЛОХ Морис (BLOCH Maurice, 1939 г.р.) – антрополог-марксист, основатель и редактор журнала «Критика антропологии», Великобритания
- БРАУН Алистер (BROWNE Alister) – специалист по медицинской этике, клинический профессор на медицинском факультете Университета Британской Колумбии, Ванкувер, Канада
- БУРРИ Регула Валери (BURRI Regula Valérie) – профессор в области исследований науки и технологий, Университет ХафенСити, Гамбург, Германия
- БЭКОН Дуглас (BACON Douglas) – врач, заведующий кафедрой анестезиологии, медицинский факультет Уэйнского университета, США
- ВАЙЖДИКС Елько Ф.М. (WILDICKS Eelco F.M., 1954 г.р.) – профессор неврологии, Медицинский колледж клиники Мэйо, США
- ВАЛЛЕЙО-МАНЗУР Хосе Федерико (VALLEJO-MANZUR Jose Federico) – врач неотложной медицины, пульмонолог, Медицинский колледж Бэйлора, США
- ВАРОН Джозеф (VARON Joseph) – врач неотложной помощи, специалист Научно-исследовательского центра здравоохранения Техасского университета, США



- ВАРРАЙЧ Хайдер (WARRAICH Haider) – врач, писатель, Медицинская школа Гарвардского университета, США
- ВЕРТХАЙМЕР Пьер Леон (WERTHEIMER Pierre Léon, 1892–1982) – нейрохирург, основатель Лионской нейрохирургической школы, Франция
- ВИЛЛЕМС Дик Л. (WILLEMS Dick L.) – специалист в области медицинской этики, кафедра общей практики, Медицинский академический центр Амстердамского университета, Нидерланды
- ВИТЧ Роберт М. (VEATCH Robert M., 1939–2020) – ведущий научный сотрудник Института этики Кеннеди, почетный профессор философии и медицинской этики Джорджтаунского университета, США
- ВОС Рейн (VOS Rein, 1955 г.р.) – заведующий кафедрой этики здравоохранения и философии, Маастрихтский университет, Нидерланды
- ВУЛГАР Стив Уильям (WOOLGAR Steve William, 1950 г.р.) – британский социолог, специалист в области исследований науки и техники, профессор Университета Линчёпинга
- ГАВАНДЕ Атул (GAWANDE Atul, 1965 г.р.) – хирург, писатель, специалист в области общественного здравоохранения, Массачусетс, США
- ГОРАН Сьюзан (GORAN Susan) – специалист в области сестринского дела, Медицинский центр штата Мэн, США
- ГОРДОН Патрик Н. (GORDON Patrick N.) – врач интенсивной терапии, Университетская больница Джеймса Кука, США
- ГРИН Филипп Аллен (GREEN Philip Allen) – врач неотложной медицины, писатель, США
- ГУЛОН Морис (GOULON Maurice, 1919–2008) – врач-невролог, инфекционист, Франция
- ГЭЙЛИН Уиллард (GAYLIN Willard, 1925 г.р.) – клинический профессор психиатрии, Колумбийский колледж врачей и хирургов; соучредитель Центра Гастингса, независимого исследовательского института биоэтики, США
- ДАГОНЬЕ Франсуа (DAGOGNET François, 1924–2015) – философ, профессор Университетов Лиона и Пантеон-Сорбонна, Франция
- ДАСТР Альбер-Жюль-Франк (DASTRE Albert Jules Frank, 1844–1917) – физиолог, Парижская академия наук, Франция
- ДЕВИКТОР Дени (DEVICTOR Denis) – врач, специалист в области неонатологии и интенсивной терапии в педиатрии, Париж, Франция
- ДЕГРАЦИЯ Дэвид (DEGRAZIA David, 1962 г.р.) – специалист в области биоэтики и философии морали, профессор философии Университета Джорджа Вашингтона, США
- ДЖЮСОН Николас Д. (JEWSON Nicholas D.) – социолог, преподаватель на кафедре социологии Лестерского университета, Великобритания
- ДИЕМ Сьюзан Дж. (DIEM Susan J.) – специалист в области эпидемиологии и общественного здравоохранения, Университет Миннесоты, США
- ДРОБЫШЕВ Павел Юрьевич – юрист, Институт Корпоративного права и управления, Россия

- ДУМИТ Джозеф ПАТРИК (DUMIT Joseph Patrick, 1966 г.р.) – культурный антрополог, специалист в области исследований науки и техники, Калифорнийский университет, США
- ЗИЛЬБЕР Анатолий Петрович (1931 г.р.) – советский и российский врач, автор концепции медицины критических состояний
- ЙОХАНССОН Ингвар (JOHANSSON Ingvar, 1943 г.р.) – почетный профессор теоретической философии Университета Умео, Швеция
- КАЛАНИТИ Пол (KALANITHI Paul, 1977–2015) – нейрохирург, писатель, Стэнфордский институт нейробиологии, США
- КАЛИЦКУС ВЕРА (KALITZKUS Vera) – медицинский антрополог, специалист в области нарративной медицины, старший научный сотрудник кафедры медицинской теории и комплементарной медицины Университета Виттен-Хердеке, Германия
- КАРСОН Шэннон С. (CARSON Shannon S.) – врач-пульмонолог, специалист в области медицины критических состояний, Университет Северной Каролины, США
- КАСС Леон Ричард (KASS Leon Richard, 1939 г.р.) – врач, специалист в области биоэтики и защиты прав человека, Чикагский университет, США
- КАССЕЛЬ Ерик Джонатан (CASSELL Eric Jonathan, 1928–2021) – врач, специалист в области биоэтики, клинический директор Программы изучения этики и аксиологии в медицине, Высшая школа медицинских наук Корнелла, США
- КАУФМАН Шэрон (KAUFMAN Sharon, 1948 г.р.) – медицинский антрополог, заведующая кафедрой антропологии, истории и общественной медицины, Калифорнийский университет, США
- КАЧМАРЕК Роберт М. (KACMAREK Robert M., 1949–2021) – врач, профессор анестезиологии, Медицинская школа Гарвардского университета, США
- КЕРАНГАЛЬ Майлис де (KERANGAL Maylis de, 1967 г.р.) – писательница, Франция
- КЛАРК Рэйчел (CLARKE Rachel) – врач, специалист в области паллиативной медицины, писательница, Великобритания
- КОПНЕЛЛ Беверли (CORNELL Beverley) – врач, специалист в области неонатологии, Университет Ла Троба, Мельбурн, Австралия
- КОУЛИ Адамс Р. (COWLEY Adams R., 1917–1991) – американский хирург, специалист в области экстренной медицины и травматологии, США
- КРЭНФОРД Рональд Е. (CRANFORD Ronald E., 1941–2006) – врач-невролог, эксперт по разновидностям вегетативных состояний, специалист в области биоэтики, Университет Миннесоты, США
- КУРТ-ГАБЕЛЬ Кристофер (KURT-GABEL Christopher) – парамедик, разработчик инновационных технологий для реанимации, Великобритания
- КЭМПБЕЛЛ Алистер Г. (CAMPBELL Alastair G., 1938 г.р.) – теолог, специалист в области биоэтики, Абердинский университет, Эдинбург, Великобритания
- КЮБЛЕР-РОСС Элизабет (KÜBLER-ROSS Elisabeth, 1926–2004) – психолог, психиатр, автор концепции пяти этапов умирания, Чикагский университет, США

- ЛАМАС Даниэла (LAMAS Daniela) – врач неотложной помощи, пульмонолог, писательница, медицинский журналист, Медицинская школа Гарвардского университета, США
- ЛАТУР Джос М. (LATOURE Jos M.) – специалист в области интенсивной терапии в педиатрии, профессор, Университет Плимута, Великобритания
- ЛИ Ричард Вейль (LEE Richard Vaile, 1937 г.р.) – врач, профессор антропологии, социальной и превентивной медицины Нью-Йоркского государственного университета, США
- ЛИЗАМА Наталия (LIZAMA Natalia) – специалист в области превентивной медицины, научный сотрудник Факультета здравоохранения, Университет Кёртин, Австралия
- ЛИНДЕМАНН Геза (LINDEMANN Gesa, 1956 г.р.) – социолог, Ольденбургский университет, Германия
- ЛИНЁ Нильс (LYNØE Neils) – врач, специалист в области медицинской этики, кафедра общественного здравоохранения и клинической медицины, Университет Умео, Швеция
- ЛИНЧ Майкл (LYNCH Michael, 1948 г.р.) – этнометодолог, заслуженный профессор кафедры исследований науки и техники, Корнеллский университет, США
- ЛИСС Говард (LISS Howard, 1922–1995) – психиатр, специалист в области физиотерапии и реабилитации, США
- ЛИЦЦА Джон (LIZZA John, 1957 г.р.) – специалист в области биоэтики, метафизики и философии сознания, профессор философии Кутцтаунского университета, США
- ЛОК Маргарет (LOCK Margaret, 1936 г.р.) – медицинский антрополог, заслуженный профессор Факультета социальных исследований медицины, Макгиллский университет, Канада
- МАККАРТИ Мэтт (MCCARTHY Matt) – врач, писатель, специалист по медицинской этике, доцент Высшей школы медицинских наук В. Корнелла, США
- МАКХАФФИ Хэзел Е. (MCHAFFIE Hazel E.) – специалист в области медицинской этики и социальных наук, медсестра, писательница, Эдинбургский университет, Великобритания
- МАРКЕРТ Рональд (MARKERT Ronald) – профессор медицины внутренних болезней и хирургии, медицинский факультет Государственного университета Райта, США
- МАРШ Генри (MARSH Henry) – нейрохирург, писатель, Великобритания
- МЁРХ Эрнст Трир (MÖRCH Ernst Trier, 1908–1996) – анестезиолог, генетик, изобретатель, Дания
- МОЛЛАРЕ Пьер (MOLLARET Pierre, 1898–1987) – врач-невролог и инфекционист, Франция
- МОРГАН Мэтт (MORGAN Matt) – врач интенсивной терапии, писатель, преподаватель на медицинском факультете Университета Альберты; Великобритания
- НЕГОВСКИЙ Владимир Александрович (1909–2003) – советский и российский патофизиолог, один из основоположников отечественной реаниматологии

- ОРЛОВСКИ Джеймс П. (ORLOWSKI James P.) – врач, специалист в области неотложной помощи в педиатрии, Университет Южной Флориды, США
- ОСТЛУНД Сив Кристин (OSTLUND Siv Kristin) – медицинский антрополог, научный сотрудник кафедры антропологии Западного Вашингтонского университета, США
- ПАДЕРОВ Юрий Михайлович (1962 г.р.) – доцент кафедры патологической анатомии Сибирского государственного медицинского университета
- ПЕССИНИ Леосир (PESSINI Leocir, 1955–2019) – специалист в области биоэтики, Бразилия
- ПШИБЫЛО Генри Джей (PRZYBYLO Henry Jay) – врач-анестезиолог, писатель, преподаватель на медицинском факультете Северо-Западного университета, США
- РОББИНС Брент Дин (ROBBINS Brent Dean) – специалист в области клинической психологии, главный редактор научного журнала «Janus Head: Journal of Interdisciplinary Studies in Literature, Continental Philosophy, and Phenomenological Psychology» Университет Пойнт Парк в Питтсбурге, США
- РОЗЕНМАН Хейли (ROSENMAN Hayley) – специалист в области медицинского права, юридический факультет Фордемского университета, США
- САКЛЕЙН Мохаммад Дж. (SAKLAYEN Mohammad G.) – врач-нефролог, медицинский факультет Университета Райта, США
- СЛУЦКИ Артур С. (SLUTSKY Arthur S., 1948 г.р.) – профессор медицины, хирургии и биомедицинской инженерии, Университет Торонто, Канада
- СОЛОМОН Харрис (SOLOMON Harris) – культурный антрополог, научный сотрудник кафедры культурной антропологии, Дьюкский университет, США
- СЬЮАРД Пол (SEWARD Paul) – врач неотложной медицины, писатель, США
- ТЕРСЬЕР Джон Энтони (TERCIER John Anthony, 1953 г.р.) – врач неотложной помощи, историк медицины и культуры, Калифорнийский университет, США
- ТИССЬЕР Пьер (TISSIERES Pierre) – врач интенсивной терапии в педиатрии, Университет Париж-Сакле, Франция
- ТРЕМОЛЬЕР Франсуа (TRÉMOLIÈRES François) – врач-инфекционист, историк медицины, Франция
- ТРИНЕВА Яна Олеговна – адвокат, доцент кафедры уголовно-правовых дисциплин Национальной академии прокуратуры Украины, учредитель и председатель Региональной организации в поддержку права человека на достойную смерть
- ТРУБУХОВИЧ Рональд Валентин (TRUBUNOVICH Ronald Valentine, 1929 г.р.) – врач неотложной помощи, президент Оклендского общества истории медицины, Новая Зеландия
- УАЙАТТ Джон (WYATT John) – врач, специалист в области биоэтики, писатель, заслуженный профессор неонатальной медицины, перинатологии и этики Университетского колледжа Лондона, Великобритания

- УОЛКЕР Артур Эрл (WALKER Arthur Earl, 1907–1995) – нейрохирург, невролог, эпилептолог, США
- УОТСОН Кристи (WATSON Christie, 1976 г.р.) – медсестра, писательница, Великобритания
- УОТСОН Лайелл (WATSON Lyall, 1939–2008) – биолог, антрополог, писатель, ЮАР
- УЭББ РИЧАРД Т. (WEBB Richard T.) – врач-анестезиолог, историк медицины, США
- УЭСТАБИ Стивен (WESTABY Stephen, 1948 г.р.) – кардиохирург, писатель, Великобритания
- ФАЙГЕНБАУМ Дэвид (FAJGENBAUM David, 1985 г.р.) – врач-иммунолог, писатель, доцент Медицинской школы Перельмана Пенсильванского университета, США
- ХЁРТ Реймонд (HURT Raymond) – историк медицины, Великобритания
- ХЭНСОН Норвуд Рассел (HANSON Norwood Russell, 1924–1967) – специалист в области философии науки, США
- ХЭНСОН Свен Ове (HANSSON Sven Ove, 1951 г.р.) – профессор философии, заведующий кафедрой философии и истории техники в Королевском технологическом институте, Стокгольм, Швеция
- ЧЭПЛ-СТЭНТОН Хелен (CHAPPLE STANTON Helen) – медсестра, культурный антрополог, специалист в области биоэтики, Факультет междисциплинарных исследований Крейтонского университета, США
- ШАШ Томас Стивен (SZASZ Thomas Stephen, 1920–2012) – психиатр, Нью-Йоркский университет, США
- ШВАБ Роберт С. (SCHWAB Robert S., 1903–1972) – врач-невролог, специалист в области клинической электроэнцефалографии, США
- ШЬЮМОН Алан (SHEWMON Alan D.) – врач, профессор неврологии и педиатрии в Медицинской школе Дэвида Геффена, Калифорнийский университет, США
- ЭББИ Ифа (ABBEY Aoife) – врач интенсивной терапии, писательница, Великобритания
- ЭЙЗЕНБЕРГ Мики С. (EISENBERG Mickey S.) – заслуженный профессор кафедры неотложной медицины, Медицинский центр Вашингтонского университета, США
- ЭСПОЗИТО Роберто (ESPOSITO Roberto, 1950 г.р.) – философ, профессор истории политических доктрин и моральной философии, Итальянский институт гуманитарных наук, Италия