

А.Я. Иванюшкин

**Социокультурный контекст признания
новой концепции смерти («смерть мозга»)
(по материалам пленарного Доклада
на VI Международной конференции
«Теоретическая и прикладная этика:
традиции и перспективы 2014»
(Санкт-Петербург, 20–22 ноября 2014 г.))**

В статье рассматривается история проблемы смерти мозга. Диагноз смерти мозга эквивалентен смерти человека. Анализируются различия путей легитимизации новой концепции смерти в разных странах — в России, США, Японии и др.

Ключевые слова: биоэтика; постнеклассическая наука; смерть мозга; дефиниция смерти; юридический статус смерти человека; трансплантология.

Строго хронологически биоэтика существует с 1970 г., когда американский онколог и биохимик В.Р. Поттер опубликовал статью «Биоэтика — наука выживания». Однако социокультурные предпосылки формирования этого важнейшего направления современной прикладной этики начали складываться почти за 20 лет до этой исторической даты — по мере развертывания современной биомедицинской революции. В 1959 г. французские неврологи Молларэ и Галлон впервые в истории медицины описали у 23-х своих пациентов, находящихся на аппаратном дыхании, «запредельную кому» — необратимое отсутствие самостоятельного дыхания, предельно расширенные зрачки, не реагирующие на свет, и т. д. Согласно выводу французских авторов, прогноз у таких больных был абсолютно неблагоприятным — как правило, сердечная деятельность сохраняется у них всего несколько суток. Впоследствии за таким клиническим состоянием закрепился термин «смерть мозга».

В течение десяти последующих лет проблема смерти мозга почти целиком оставалась внутри научно-реаниматологического дискурса, а именно вопросы

клинико-диагностического порядка, патолого-анатомической верификации этого диагноза и т. д. В 1967 г. была опубликована статья скандинавских авторов Д.Х. Ингвара и Л. Вайдена «Смерть мозга — смерть человека». Ее революционный смысл заключался хотя бы в том, что, с одной стороны, речь идет о клиническом диагнозе (который, по определению, относится к живому человеку), а с другой — понятие смерти мозга отождествляется со смертью человеческого индивида. Таким образом, со всей определенностью конкретная клиническая ситуация в онтологическом плане оказалась переведенной в русло извечной философской проблемы сущего — как «состояния» («бытие» Парменида) или «процесса» (огонь-логос Гераклита). Методологическую противоречивость современного объяснения природы смерти всегда подчеркивал основоположник отечественной реаниматологии В.А. Неговский, который писал в 1975 г.: «Понятие смерти в прежнем представлении устарело. . . Переход от жизни к смерти — это не просто качественный скачок, но и более или менее длительный процесс, состоящий из ряда стадий» [7: с. 9].

Решающий поворот в признании нового критерия смерти человека как смерти его головного мозга произошел в 1968 г. В этом году междисциплинарный комитет медицинского факультета Гарвардского университета перепроверил и систематизировал критерии диагностики данного клинического статуса пациента и предложил считать «запредельную кому» (здесь еще не употреблялся термин «смерть мозга») как новый критерий смерти. Если оценивать современную ситуацию в целом, то можно констатировать: за истекшие почти полвека новый критерий смерти признан практически во всех развитых странах мира.

Однако, как известно, «дьявол прячется в деталях». В самих США процесс признания новой концепции смерти занял почти 15 лет. В 1981 г. в США была создана Президентская комиссия по биоэтике, которая обобщила обширный научный опыт исследования проблемы смерти мозга. Например, американский Национальный институт неврологии в 1970 г. начал проведение многолетнего исследования в девяти больницах интенсивной терапии судьбы более 500 пациентов старше одного года в коматозном состоянии с апноэ (необратимым отсутствием самостоятельного дыхания). Президентская комиссия отметила, что в подавляющем большинстве случаев смерть констатируется традиционным образом, но при этом в современной медицине встречается как бы другой вид смерти — смерть мозга. Так как в США вопрос о констатации смерти является прерогативой штатов, Комиссия по биоэтике рекомендовала отдельным штатам принять соответствующие законы. В середине 1980-х гг. концепция смерти мозга юридически была принята только в 27 штатах, причем многие американские врачи во избежание судебных разбирательств продолжали делать искусственную вентиляцию легких больным с умершим мозгом в ожидании остановки сердца.

В СССР процесс легитимизации новой концепции смерти был тоже по-своему трудным, и даже драматичным. Автор этих строк неоднократно слышал от профессора А.М. Гурвича — составителя первой отечественной

«Инструкции о констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга», что процесс подписания Инструкции в Минздраве длился 13 лет.

Необходимо хотя бы кратко сказать об исключительно важном событии в истории клинической медицины, которое несомненно сыграло решающую роль в процессе легитимизации новой концепции смерти. Речь идет об области клинической трансплантологии: пациенты с диагнозом смерти мозга — это источник подавляющего большинства донорских органов. Первая клиническая пересадка сердца была произведена южноафриканским хирургом К. Барнардом в самом конце 1967 г. В 1968 г. были сформулированы «Гарвардские критерии» диагностики смерти мозга. И этот же 1968-й год в истории медицины называют «годом сердца». Если для общества операции Барнарда стали «сенсацией века», то в среде хирургов развитых стран (особенно кардиохирургов, хирургов-трансплантологов) они вызвали своеобразный шок — до этого подавляющее большинство из них такие операции считало преждевременными. Как бы восстанавливая утерянный профессиональный престиж, некоторые звезды хирургии Лондона, Парижа, Монреаля, Сингапура, но особенно в США, начали производить пересадки сердца. К концу 1968 г. в мире было сделано 100 трансплантаций сердца [6: с. 251].

История легитимизации новой концепции смерти красноречиво характеризует ситуацию современной постнеклассической науки. Мы наблюдаем здесь процесс трансформации классического образа ученого в образ *эксперта-консультанта*. Разумеется, ученые (например, те же члены американской Президентской комиссии по биоэтике) по-прежнему сохраняют важнейшие черты классического научного этоса, в особенности такую черту, как «организованный скептицизм» (по Р. Мертону). Но одновременно с этим сама по себе роль *эксперта* превращает ученого еще в один субъект власти. Во-первых, власти политической — члены американской Президентской комиссии по биоэтике сыграли важную роль в принятии новых норм медицинского права: а) гарантирующих, защищающих право человека на достойную смерть; и б) регулирующих законность изъятия донорских органов. Во-вторых, власти финансово-экономической, ведь трансплантация органов — одна из самых дорогостоящих медицинских технологий.

Важнейшей характеристикой постнеклассической науки является то, что ценностные аспекты (моральные, правовые, религиозные) здесь оказываются органической частью предмета исследования, оказываются «переплетены» с самим содержанием научной истины. Именно по этой причине клинические методы, клинические критерии диагностики смерти мозга, например, в США, России или Японии практически совпадают (как гласит первый принцип научного этоса Мертона — наука универсальна), но в то же время история легитимизации новой концепции смерти в этих странах характеризуется уникальными особенностями.

В СССР более чем десятилетний процесс утверждения минздравовской Инструкции о констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга

на поверхности событий вылился в противостояние, с одной стороны, директора Института общей реаниматологии РАМН академика В.А. Неговского (как уже говорилось ранее, одного из основоположников реаниматологии как науки), а с другой — министра здравоохранения академика Б.В. Петровского (и одновременно директора Всесоюзного научного центра хирургии РАМН, «отца» советской школы клинической трансплантологии). Академик Б.В. Петровский произвел первую в нашей стране клиническую пересадку почки, с именами его учеников В.И. Шумакова и С.В. Готье связано дальнейшее поступательное развитие трансплантации органов в современной России.

Неговский представлял по преимуществу академическую науку. Петровский — по преимуществу власть. Противостояние этих «двух титанов» советской науки было прежде всего в социогуманитарной плоскости. Для Неговского главным аргументом была победа научной истины, имеющей актуальное практическое значение в решении таких вопросов: во-первых, социально-этическое обоснование врачебной тактики прекращения продолжения бессмысленной реанимации больного (автору этих строк многократно приходилось слышать от профессора А.М. Гурвича, ученика В.А. Неговского, заведующего лабораторией патологии мозга Института общей реаниматологии РАМН, одного из главных составителей всех редакций отечественной Инструкции о смерти мозга (за исключением принятой в 2001 г. и действующей поныне), что проблема смерти мозга — *прежде всего реаниматологическая*); а во-вторых (и только во-вторых!), разрешение проблемы дефицита донорских органов.

Для Петровского решающими аргументами были аргументы философско-мировоззренческого порядка: он считал больного с бьющимся сердцем еще живым человеком. Одна из его научных статей того времени называлась «В защиту донора!». Но, может быть, еще более важным было то, что Петровский был также советским министром. В своем споре с Неговским он «прямо бросал ему в лицо обвинение», что отключение искусственной вентиляции легких у больного с бьющимся сердцем есть эвтаназия (в сознании, мировоззрении советского военного хирурга Бориса Васильевича Петровского эвтаназия прежде всего ассоциировалась с нацистской антимедициной). И еще один нюанс: в многочисленных дискуссиях о клинической трансплантологии приходилось слышать, что он считал операции по пересадке сердца слишком дорогостоящими.

Учитывая то, что современное общество все чаще определяется как «информационное общество», обязательно следует сказать о роли медиа в процессе легитимизации новой концепции смерти. В 60–80-е гг. XX века это была прежде всего печатная пресса и телевидение. Обратимся опять к ситуации в США 1968 г. (как уже говорилось, названному «годом сердца»). Следует заметить, что медийные технологии в США развивались к тому времени уже на протяжении полувека — сначала в избирательных кампаниях, а следом как маркетинговый ресурс (реклама как технология «демократии потребителей») [9]. Когда в 1968–1969 гг. некоторые

американские кардиохирурги (например, Д. Кули из клиники Дебейки) стали неожиданно производить *десятки трансплантаций сердца*, большинство из которых оказались неудачными (в соответствии с принятыми клиническими критериями), естественно, эти врачи оказались «под огнем» жесткой, массивной критики в СМИ (вспоминается газетная публикация тех лет «“Спортивный год” Дентона Кули»). Очевидно, что такая накаленная общественная атмосфера вокруг трансплантологии оказывала весьма серьезное влияние на процесс легитимизации новой концепции смерти в различных штатах Америки.

Хотя в те годы между американскими и советскими медиа была дистанция «космического масштаба», при оценке их роли в истории признания обществом новой концепции смерти есть нечто общее. Советская Инструкция о смерти мозга была узаконена в 1985 г. (к тому времени Б.В. Петровский уже несколько лет не был министром). В том, что в Советском Союзе (как это уже произошло в десятках других стран) новая концепция смерти приобрела, наконец-то, законную силу, весьма важную роль сыграла «Литературная газета». Люди моего поколения прекрасно помнят роль «Литературки» в общественной жизни (в особенности в жизни интеллигенции) тогдашнего СССР. «Литературка» была «очагом» независимой мысли, «пространством» свободного духа. Из всех сюжетов биоэтики в СССР именно трансплантология стала раньше всего широко обсуждаемой острой социальной проблемой. Например, проблему эвтаназии стали обсуждать (на страницах «Комсомольской правды», «Медицинской газеты», «Вопросов философии», в ток-шоу В. Листьева «Тема» и т. д.) несколькими годами позднее.

Об особой роли медиа в становлении отечественной клинической трансплантологии свидетельствует такое любопытное обстоятельство. После подписания в 1985 г. Инструкции о смерти мозга, наконец-то, в декабре 1986 г. профессором В.И. Шумаковым была произведена первая в нашей стране легальная клиническая пересадка сердца. Так вот, при этом в операционную в качестве своеобразных «почетных свидетелей» были допущены журналисты «Литературной газеты». Стоит сказать, что операция оказалась неудачной, что само по себе с этической точки зрения не вызывает никаких вопросов, ведь уже вторая операция (в начале 1987 г.) увенчалась замечательным результатом — послеоперационная выживаемость пациентки составила более 10 лет, а среднестатистические показатели выживаемости реципиентов в клинике Шумакова со временем приблизились к аналогичным показателям в ведущих трансплантологических клиниках мира. А вот факт присутствия в операционной журналистов вызывает, скажем так, «неприятный этический привкус». Напомним, что в перечне этических дилемм, составляющих научный этос по Р. Мертону, под номером один значится: «...ученый должен: как можно быстрее передавать свои научные результаты коллегам, но он не должен торопиться с публикациями...» [5: с. 327].

Анализируя ход событий наиболее важного, драматичного первого этапа легитимизации новой концепции смерти в нашей стране, приходится констатировать, что опыт решения междисциплинарной по своей природе проблемы смерти

мозга накапливался в нескольких направлениях — прежде всего в русле научного дискурса, а также в русле социального дискурса (однако здесь события разворачивались в основном в медиасфере, но не в гражданском обществе в целом).

Как известно, биоэтика начала развиваться в России только на рубеже 80–90-х годов XX века, т. е. с опозданием на целых два десятилетия. Поэтому профессиональные исследования философских, этических аспектов как самой проблемы смерти мозга, так и смежной с ней проблемы клинической трансплантации органов, в нашей стране в эти годы (80-е гг.) практически отсутствовали.

В научно-медицинской литературе 80-х гг. неоднократно высказывалась позиция, согласно которой понятие смерти мозга отождествлялось с понятием биологической смерти [2]. О важности методологической проработки содержания этих «смежных» понятий свидетельствует также то, что в первых проектах отечественной Инструкции о смерти мозга тоже имело место отождествление (точнее — смешение) этих понятий. С нашей точки зрения, разграничение понятий биологической смерти и смерти мозга имеет принципиальное значение. В случаях биологической смерти прекращение сердцебиения и отсутствие самостоятельного дыхания, а спустя несколько часов — появление трупных пятен и трупного окоченения, позволяют говорить о факте смерти как *наблюдаемом объекте*, в природе которого нет сомнения ни с позиций науки, ни с позиций (что еще важнее!) здравого смысла. Это — объективный факт, и всё — точка!

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

Бытие человека здесь как бы расколото, а его судьба повернулась так, что уже как бы сделан необратимый шаг в небытие. Вот это «как бы» есть залог того, что если это и смерть, то своего рода *виртуальная (в смысле — возможная) смерть*. То есть в онтологическо-философском плане спор «позиции Петровского» и «позиции Неговского» («еще жизнь» или «уже смерть») в принципе не имеет однозначного решения. Новая концепция смерти относится к так называемым «открытым проблемам», которые собственно и вызвали к жизни и определяют

(на протяжении всего последнего полувека) непрерывное бурное развитие прикладной этики в целом, и биоэтики в особенности [3: с. 388].

Еще раз подчеркнем: диагностическое заключение о состоянии смерти мозга у пациента является основанием признания его мертвым, тем самым как бы «разрубается гордиев узел» многих противоречий, включая и такое: в психологическом плане, с точки зрения здравого смысла многих людей (в особенности если это родители пациента-ребенка), такой пациент еще жив.

В пятидесятилетней истории научного изучения и философского осмысления, накопления опыта социальных решений проблемы смерти мозга можно выделить два этапа. На первом этапе новая концепция смерти была в той или иной форме юридически закреплена практически во всех развитых странах мира. Итоги этого этапа. 1. Как типичная для постнеклассической науки проблема смерти мозга потребовала междисциплинарного подхода. Характерно само название нормативно-правового документа по смерти мозга в Польше — «Позиция Всепольских групп в области анестезиологии, интенсивной терапии, неврологии, нейрохирургии и судебной медицины по вопросу о критерии смерти головного мозга» [1: с. 3]. 2. Когорта больных, находящихся в состоянии смерти мозга, представляет собой комплексную социальную проблему, решение которой, как сказано выше, есть в конце концов волевой акт — как бы «разрубание гордиева узла». Основанием такого волевого акта может быть только достижение в обществе некоего социального консенсуса. В этом отношении особенно поучителен опыт Японии.

Япония признала концепцию смерти мозга одной из последних среди всех других развитых стран мира. В 1984 г. Министерство здравоохранения предприняло углубленное исследование проблемы смерти мозга (изучены данные о 718 пациентов с погибшим мозгом). Были разработаны диагностические критерии, включая детей старше 6 лет. В 1997 г. в Японии принят новый закон о трансплантации органов, допускающий клиническую пересадку сердца (до этого законом разрешалась только пересадка роговицы и почек). Принятию нового закона о трансплантации предшествовали долгие дискуссии не только в научном сообществе, но и в японском обществе в целом. По мере утверждения японской модели донорства органов в этой стране было опубликовано 170 книг (в том числе научно-популярных), посвященных смерти мозга, постоянно проводятся опросы общественного мнения. Согласно японскому закону о трансплантации, «пациент, которому поставлен диагноз смерти мозга, является мертвым в юридическом смысле только в том случае, если он при жизни одобрил предшествующую трансплантации констатацию смерти мозга (параграф 6, абзац 3)» [4: с. 189]. Японская модель концепции смерти мозга предполагает особую роль семьи в практике донорства органов. Семья разделяет событие смерти в процессе умирания: как подчеркивают японские биоэтики, суть смерти в ее резонирующем характере. Семья обладает правом высказать свое мнение относительно диагностики смерти мозга и изъятия органов.

3. Подавляющее число доноров органов и тканей в современной клинической медицине — это пациенты с диагнозом смерти мозга. Значит, успешное развитие клинической трансплантологии (спасение жизни тысяч и тысяч пациентов — буквально обреченных, как правило, в ближайшие дни, недели) зависит от достижения означенных в пунктах 1 и 2 научного и социального консенсуса в обществе. Если в таких странах, как Черногория, Испания и др., показатель изъятия донорских органов на 1 млн населения — 35–40, то в России этот показатель лишь 2,9.

На втором, современном этапе научного и философского изучения смерти мозга как нового образа и смысла человеческого индивида как бы неожиданно опять начинается ее репроблематизация. 30 лет назад для большинства ведущих ученых-врачей эта проблема большинству исследователей представлялась в принципе окончательно решенной. Так, основоположник отечественной нейрореаниматологии (пионер *клинических* исследований смерти мозга в нашей стране) профессор Л.М. Попова писала в Большой медицинской энциклопедии (1985 г.): «Смерть мозга — патологическое состояние, *связанное с тотальным некрозом головного мозга, а также первых сегментов спинного мозга, при сохранной сердечной деятельности и газообмене, обеспеченном с помощью непрерывной искусственной вентиляции легких...* Достоверным морфологическим признаком смерти мозга является некроз полушарий головного мозга, мозжечка, мозгового ствола, первого и второго шейных сегментов спинного мозга, не сопровождающийся глиальной реакцией и завершающийся *лизисом ткани мозга*» (курсив мой. — *А.И.*) [8].

В самом деле, какие еще могут быть вопросы, если через несколько часов после строгих клинических наблюдений всего комплекса признаков смерти мозга (и отражения их в «протокольных предложениях» в истории болезни) фактически происходит распад архитектоники головного мозга, его «расплавление» (лизис ткани мозга). Значит, все семантические противоречия между смыслом терминов «гибель мозга», «разрушение мозга», «смерть мозга» могут быть сняты!

Однако, как показывают исследования последних десятилетий, вопросов научного, и в особенности — философско-методологического, характера здесь становится все больше и больше. Наиболее убедительным свидетельством репроблематизации смерти мозга в современной науке и философии является новый Доклад Президентской комиссии по биоэтике США (составленный в 2009 г.), посвященный концепции смерти мозга [10]. (Как говорилось ранее, аналогичный доклад был составлен Комиссией в 1981 г., т. е. за 27 лет до этого.)

Концепция научной рациональности К. Поппера находит здесь, хотя бы отчасти, подтверждение: всякая научная истина имеет всего лишь гипотетический характер, а если говорить о критерии научной рациональности, то он заключается в фальсификации научной истины вчерашнего дня.

В заключение мне хотелось бы отдать дань памяти корифеям отечественной науки В.А. Неговскому, Л.М. Поповой, А.М. Гурвичу, Б.В. Петровскому и др. С позиций Поппера эта наука представляет собой «науку вчерашнего дня», которая вроде бы просто должна быть «отброшена». Для меня же названные выдающиеся отечественные ученые олицетворяют такой уровень научной пассионарности, такой высокий уровень научной этики, которых у современных ученых в этой области науки я, увы, не вижу. В значительной мере российский показатель 2,9 изъятий донорских органов на 1 млн населения, в сравнении с соответствующим показателем 40 в Черногории зависит именно от этого фактора.

В Российской Федерации смерть мозга как новый критерий смерти человеческого индивида был закреплен *буквой закона* в 1992 г. в «Законе о трансплантации органов и/или тканей». Это стало вторым важнейшим шагом на пути легитимизации новой концепции смерти после 1985 г. (когда, как говорилось ранее, приобрела законную силу ведомственная «Инструкция о констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга»). В настоящее время российское общество находится в начале следующего этапа решения этой труднейшей проблемы прикладной этики и медицинского права — в 2014 г. в Минздраве РФ подготовлен проект ФЗ «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации» (документ размещен в Интернете).

Здесь, в частности, подробно прописано юридическое регулирование изъятия донорских органов у пациентов с диагнозом «смерть мозга». Наиболее острым этико-правовым вопросом опять стал вопрос «презумпции согласия» на донацию органа в ситуации отождествления клинического состояния «смерть мозга» и смерти человеческого индивида как такового. Согласно такой юридической модели «информированного согласия», Закон не требует «испрошенного согласия», но декларирует *право гражданина (или его законного представителя) на запрет донорства*, а при отсутствии факта такого запрета *предполагается* (лат. — *praesumptio*), что умерший был согласен стать донором.

Продвижение проекта закона идет опять трудно — в новой исторической ситуации обозначился новый «конфликт интересов». Теперь силы, выступающие за скорейшее принятие закона, сосредоточены во власти (в частности, в Федеральном собрании РФ), а силы, представляющие «выжидательно-осторожную» позицию, сосредоточены в среде самих медиков (прежде всего — профессиональном сообществе трансплантологов). Поистине, для успешного решения такого рода социально-этических дилемм нужен консенсус основных заинтересованных социальных субъектов.

Литература

1. Вихровски М. Право на жизнь / Пер. с польск. И. Закшевски. Варшава, 2005. 40 с.
2. Гурвич А.М. Терминальные состояния // БМЭ. Т. 25. М.: Советская энциклопедия, 1986.
3. Гусейнов А.А. Прикладная этика // Этика: Энциклопедический словарь / Под ред. Р.Г. Апресяна, А.А. Гусейнова. М.: Гардарики, 2001. С. 388–389.

4. *Иванюшкин А.Я., Попова О.В.* Проблема смерти мозга в дискурсе биоэтики. М.: Nota Bene, 2013. 285 с.
5. *Мирский Э.М.* Наука как социальный институт // *Философия науки: учебное пособие для вузов* / Под ред. С.А. Лебедева. М.: Академический проект, 2005. С. 303–357.
6. *Мур Ф.* История пересадки органов: пер. с англ. / Под ред. Р.В. Петрова. М.: Мир, 1973. 310 с.
7. *Неговский В.А.* От смерти к жизни. М.: Знание, 1975. 65 с.
8. *Попова Л.М.* Смерть мозга // БМЭ. Т. 23. М.: Советская энциклопедия, 1985.
9. *Раишкофф Д.* Мелиавирус. Как попкультура тайно воздействует на ваше сознание / Пер. с англ. Д. Борисов. М.: Ультра; Культура, 2003. 368 с.
10. *Controversies in the Determination of Death. The President's Council on Bioethics.* Washington, D.C. 2009.

Literatura

1. *Vixrovski M.* Pravo na zhizn' / Per. s pol'sk. I. Zakshevski. Varshava, 2005. 40 s.
2. *Gurvich A.M.* Terminal'ny'e sostoyaniya // ВМЕ'. Т. 25. М.: Sovetskaya e'nciklopediya, 1986.
3. *Gusejnov A.A.* Prikladnaya e'tika // E'tika: E'nciklopedicheskij slovar' / Pod red. R.G. Apresyana, A.A. Gusejnova. М.: Gardariki, 2001. S. 388–389.
4. *Ivanyushkin A.Ya., Popova O.V.* Problema smerti mozga v diskurse bioe'tiki. М.: Nota Bene, 2013. 285 s.
5. *Mirskij E'.M.* Nauka kak social'ny'j institut // *Filosofiya nauki: uchebnoe posobie dlya vuzov* / Pod red. S.A. Lebedeva. М.: Akademicheskij projekt, 2005. S. 303–357.
6. *Mur F.* Istoriya peresadki organov: per. s angl. / Pod red. R.V. Petrova. М.: Mir, 1973. 310 s.
7. *Negovskij V.A.* Ot smerti k zhizni. М.: Znanie, 1975. 65 s.
8. *Popova L.M.* Smert' mozga // ВМЕ'. Т. 23. М.: Sovetskaya e'nciklopediya, 1985.
9. *Rashkoff D.* Meliavirus. Kak popkul'tura tajno vozdeystvuet na vashe soznanie / Per. s angl. D. Borisov. М.: Ul'tra; Kul'tura, 2003. 368 s.
10. *Controversies in the Determination of Death. The President's Council on Bioethics.* Washington, D.C. 2009.

A. Ya. Ivanyushkin

Socio-cultural Context of the Recognition of a New Concept of Death (“Brain Death”)

(Based on Plenary Report at the VI International Conference “Theoretical and Applied Ethics: Traditions and Prospects 2014” (St. Petersburg, 20–22 November 2014))

The article considers the history of the problem of brain death. The diagnosis of brain death is equivalent to a person's death. The author analyzes the differences of ways of legitimizing the new concept of death in different countries — Russia, the USA, Japan and others.

Keywords: Bioethics; postnonclassical science; brain death; definition of death; the legal status of a person's death; transplantation.