

ПРОБЛЕМА ЖИЗНИ И СМЕРТИ В КОНТЕКСТЕ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И БИОЭТИКИ

Будник В.С.¹, магистрант группы 446901

*Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники¹
г. Минск, Республика Беларусь*

Малыхина Г.И. – канд. филос. наук, доцент

Аннотация. В данной статье раскрывается содержание проблемы жизни и смерти в контексте биоэтики. Исследованы её определение, предмет изучения, история развития, проблематика, мировоззренческие основания. Рассматривается эволюция концепции смерти мозга в медицине. Описаны первоначальный (кардиоцентрированный) и современный (смерть мозга) критерии смерти, история их возникновения и развития, закрепление в законодательстве. Анализируется философское (онтологическое, эпистемологическое и этическое) содержание проблемы смерти мозга.

Ключевые слова. Биоэтика, медицина, критерии смерти, смерть мозга, врачебный консилиум, профессиональные стандарты.

Проблема жизни и смерти во все времена привлекает к себе особое внимание со стороны философов из-за своей нетленности, важности и многогранности. Смерть, являющаяся одним из важнейших событий жизни, неизменно находится в центре внимания философии. Актуальность темы смерти как для философии, так и для обыденного сознания определяется тем, что решение важнейших вопросов о смысле жизни в конечном счёте зависит от того, как осмысливаются взаимоотношения человека со смертью. Любой зрелый человек рано или поздно начинает размышлять об ограниченности срока своего пребывания в мире и о совершённых в течение жизни поступках.

Необходимость историко-философского освещения проблемы отношения человека к смерти (в том числе, и страха смерти как экзистенциального измерения человеческого бытия) определяется особенностями развития постиндустриального общества, тенденциями развития современной духовной и материальной культуры. Практики современной интенсивной терапии, реаниматологии подчас оборачиваются парадоксальными результатами, когда в одних случаях граница жизни и смерти оказывается неопределённой (длительный процесс смерти мозга), в других – процесс умирания искусственно затягивается (вегетативное состояние). В контексте названных биотехнологических практик вновь возникает потребность философского осмысления бытия человека (в онтологическом, антропологическом, этическом и других аспектах). В условиях оказания современной медицинской помощи умирающим этический принцип безусловного уважения жизни человека трансформируется в этический принцип права пациента на достойную смерть, в силу чего представляется актуальной историко-философская проработка этого философского концепта [1, с. 3–4].

Наиболее значительные изменения в обсуждении темы смерти происходят в рамках биоэтики – сравнительно молодой дисциплины, которая сосредоточена преимущественно на выработке стратегий ненасильственного разрешения конфликтов, возникающих в области медицины и биологических исследований, касающихся важнейших для человека вопросов жизни и смерти [2]. Также можно обозначить, что биоэтика – это соединение системы биологического знания с познанием системы человеческих ценностей [3, с. 7].

Каким же образом междисциплинарно выстраивается биоэтика? С одной стороны, в названии присутствует слово «этика». Этика – философская наука, объектом которой является мораль как форма общественного сознания. Этика анализирует природу морали, внутреннюю её структуру, а также исторические этапы её становления. Этика реализует различные подходы, преследуя своей целью анализ ценностей и конфликта ценностей. Отдельно нужно подчеркнуть, что моральный опыт является универсальным, но моральные ценности меняются постоянно. Если мы говорим о биоэтике, то она возникает на стыке социогуманитарного знания и развития биомедицинских наук [3, с. 6].

Биоэтика является особым родом знания, отвечающим на вопрос, как использовать данные биомедицины для достижения блага. Существует несколько мировоззренческих оснований биоэтики. Среди них – антропоцентризм и биоцентризм, различающиеся по ряду пунктов: по типу познавательной установки, по прагматической установке, по психологии восприятия живого. Антропоцентризм предполагает, что в центре внимания находится человек и его потребности, и только человеку присуще обладать ценностями, и, следовательно, человек имеет нравственный долг только перед людьми. Биоцентризм предполагает более широкую трактовку, согласно которой человек имеет нравственный долг перед всеми живыми существами на земле, призван оберегать всё живое, а в центре внимания находится «биос», то есть жизнь. Всё живое на земле имеет значение, причём не только прагматическое, но и нравственное [3, с. 7].

Биоэтика начала формироваться с середины XX века в США и Западной Европе. Она создавалась на стыке наук: философии, культурологии, права и медицины. В рамках биоэтики были определены концепции обеспечения прав человека в биомедицине [4].

В 1964 году была принята «Хельсинкская декларация», которая регламентировала проведение медико-биологических исследований. Позже была принята «Конвенция Совета Европы о правах человека в биомедицине», которая обозначала обязательность исполнения контроля над проведением подобных исследований [4].

В современном мире развитие биоэтики обусловливается процессом преобразований в медицине. Современная медицина не только оснащена технологически, но и более чувствительна к этическим аспектам лечения. Этические принципы современной медицины вносят преобразования в положения «Клятвы Гиппократата», которая являлась эталоном морального поведения на протяжении многих веков. Отличия состоят в том, что традиционная медицинская этика исходила из понятия того, что врач является морально ответственным агентом во взаимодействии врача и пациента. В рамках биоэтики акцент делается на том, что в принятии морально значимых решений принимает участие как врач, так и пациент, соответственно, ответственность несут обе стороны [4].

Биоэтическая проблематика касается четырёх основных групп проблем: 1) проблемы, связанные с началом жизни человека и развитием репродуктивных технологий; 2) проблемы смерти и умирания; 3) проблемы возможности вмешательства в физическую и психическую целостность человека; 4) проблемы конфликтов между интересами индивидов и интересами общества и государства в вопросах охраны здоровья [3, с. 7–8].

Если рассмотреть содержание биоэтики с философской точки зрения, то её центральная проблема – это отношение к жизни и смерти [4].

Медицину и философию проблематика смерти объединяет. Во многих философских учениях проблема смерти становится как элементом индивидуализации жизни, так и моментом, объединяющим всех людей [3, с. 61].

Актуальность и бурное развитие в последние десятилетия биоэтики определяются прежде всего революционными научными открытиями в современной биомедицине. К актуальным биоэтическим проблемам относятся: новая концепция смерти – «смерть мозга», «поддерживаемое врачом самоубийство», «стойкое вегетативное состояние» и другие [5, с. 57].

В данной работе рассматривается одна из таких проблем – новый критерий смерти человека (смерть мозга). Спустя 10 лет после первого описания в науке состояния больных со смертью мозга (1959) этические вопросы помощи умирающим стали важнейшими, и даже в определённом смысле приоритетными, в биоэтике [5, с. 57].

Смерть имеет не только социально-психологическую значимость, но и социально-правовой и культурный статус. Вопрос о смысле жизни позволяет однозначно разделить все цивилизации на два типа:

1. Сотериологический тип культуры (сотериология – это богословское учение о спасении человека):

- смысл жизни вынесен за пределы жизни;
- общество и каждый человек готовятся к вечной участи, как бы она ни понималась;
- смерть воспринимается как стадия жизни, задающая всю систему нравственных координат;
- вся жизнь человека должна быть посвящена вхождению в инобытие, и каждый поступок обретает значимость в отношении к тому свету.

Красота храмов и искусства символизирует небесную красоту, возводя молящихся к реальности вознесения. Детализация похоронных обрядов является основным способом прохождения момента смерти.

2. Гедонистический тип культуры (гедонизм – это стремление к удовольствию в земной жизни):

- главная задача человека – достичь земного счастья;
- смерть предстаёт трагедией, в который безжалостное время загоняет живых;
- отрицается бессмертие человеческой души.

Примером являются культуры Индии, Рима эпохи упадка, а также часть современной европейской цивилизации. В ряде европейских городов погребальным машинам запрещено появляться на улицах днём. В культурах гедонистического типа распространена традиция не говорить детям о смерти близких [3, с. 61].

С одной стороны, тема смерти в гедонизме табуирована. Но сакральное отношение к предмету обычно предполагает, что нарушение табу наказывается. Но такого по отношению к смерти не происходит. Существует парадокс: нередко происходят акции памяти (в частности, «бессмертный полк») – массовые акции, когда люди публично говорят об умерших. При этом гедонизм создаёт трудности разговора о смерти в приватной, личной сфере и предполагает стремление избегать (разговоров) о смерти [3, с. 61].

Нынешняя функция констатации смерти, представляющаяся современным людям вполне естественной и самоочевидной функцией врачей, ещё недавно таковой не была. В течение многих

столетий от врача вовсе не требовалось находиться у постели больного до его смерти. Напротив, врача призывали, чтобы убедиться, что пациент безнадежен. Врачей редко звали констатировать смерть. Эта важная забота отдавалась наёмным людям [3, с. 62].

В культурах сотериологического типа рядом с умирающим находился священник. Вполне вероятно, что такая ситуация появилась в связи с позицией Гиппократов. Он учил, что в отношении тех, чьи тела уже побеждены болезнью, медицина не должна протягивать свою руку. Поэтому с древних времён врачей учили распознавать признаки смерти (её приближения). Не для того, чтобы диагностировать смерть, а для того, чтобы сразу после обнаружения её близости, прекратить лечение [3, с. 62].

С Гиппократов до XVII века прекращение лечения после обнаружения знаков смерти мотивировалось отсылкой к социальному статусу врачей, опасением навредить репутации, навлечь немилость родственников, если человека не удавалось спасти. Считалось, что прекратить лечение после обнаружения приближения смерти – этически. А вот продлить жизнь человека, который уже не в состоянии выздороветь – напротив, нет [3, с. 62].

К XVII веку в культуре стали распространяться панические настроения. Например, в таких европейских странах, как Франция и Германия, на протяжении двух столетий люди панически боялись быть похороненными заживо. В искусстве и литературе царила неуверенность по отношению к смерти. Тема «живого трупа» постоянно владела умами людей. Дело доходило до того, что люди стали оговаривать в завещании проведение посмертных тестов и временной интервал между смертью и похоронами, чтобы удостовериться в действительной кончине [3, с. 62].

Под влиянием этой двусмысленности культура начала меняться. Начался процесс, который историки медицины и культуры называют «медиализацией смерти» – медицинская профессия приобрела исключительное право и обязанность констатировать смерть [3, с. 63].

Смерть стала вопросом, требующим применения специальных знаний, технических средств, методов и особого критерия. Медики обрели новую монополию, медицинская профессия укрепила свой статус и власть в обществе. Местом, где человек расстаётся с жизнью, всё чаще становится лечебно-медицинское учреждение. Смерть и умирание всё в большей степени стали не просто естественными событиями, но событиями, которые опосредуются имеющимися у медиков техническими возможностями [3, с. 63].

Критерий смерти для медицины – это не только учёт собственно медико-биологических аспектов, но и задача вписывания этих аспектов в функционирование культуры. Длительное время «три биения жизни» (сердца, дыхания, кровообращения) считались критерием жизни – это кардиоцентрированный критерий. Для определения отсутствия дыхания предлагалось подержать зеркальце возле губ. Для доказательства отсутствия кровообращения у человека стягивали палец ниткой. При изменении его цвета человек признавался живым. Ещё по законодательству 1918 года во Франции было принято положение, согласно которому для подтверждения смерти было необходимо рассечь височную артерию. Человек признавался умершим, если кровь не текла. Надёжность подобных проб опровергается, поскольку, к примеру, пульс может отсутствовать у человека в алкогольной коме, или после длительного охлаждения [3, с. 68].

В 20 веке бурный технологический прогресс в реаниматологии и анестезиологии привёл к тому, что процессы дыхания и кровообращения стало возможным поддерживать искусственно. Снабжать организм пищей и водой стало возможно через специальные аппараты. Тем самым, появилась возможность спасать жизни множеству пациентов и как можно дальше отодвигать черту смерти. Но эти же научно-технологические достижения привели к появлению трудностей морально-юридического порядка. Если дыхание и кровообращение можно поддерживать, то мы не можем уже считать естественное прекращение того или иного чётким и однозначным критерием смерти [3, с. 69].

Встал вопрос, а до каких пор врачам следует вести борьбу, исход которой предопределён и в лучшем случае может быть лишь отсрочен? Поэтому в истории медицины 20 века было введено понятие «клинической смерти», когда отсутствуют видимые признаки жизни (сердцебиение, дыхание, угасание ЦНС), но сохраняются обменные процессы в организме. В отличие от биологической смерти, с наступлением которой восстановление жизненных функций становится невозможной, клиническая смерть не является необратимой. Не только появление знаков, но и само наступление смерти ещё не являются основанием для прекращения медицинских манипуляций. Критерий смерти определяет и тот момент, когда врачи обязаны её констатировать, а значит, должны закончить поддерживающее жизнь лечение. Такая ситуация, объективно связанная с прогрессом биомедицины, сделала смерть событием, которое определяется не столько естественным течением процесса, сколько выбором людей [3, с. 69].

Если жизнь поддерживается с помощью аппаратов и препаратов, её прекращение наступает тогда, когда делается выбор в пользу смерти. Поэтому, если люди принимают решение, возникает ситуация этической оценки действий врачей. В современной медицине складывается такое положение, когда в силу совершенно объективных причин, а не в силу некоего умысла, стремление бороться за жизнь больного до последнего вздоха утрачивает универсальную применимость [3, с. 70].

Требования к определению и критерию смерти:

- обоснован с научно-медицинской точки зрения;
- доступен с практической точки зрения;
- объективен;
- приемлем с точки зрения господствующих культурных и этических норм в обществе в целом.

Смерть человека – это необратимая деструкция или дисфункция критических систем организма, то есть систем незаменимых ни сейчас, ни в будущем искусственными биологическими, химическими или электротехническими системами. Незаменимым признаётся мозг, поэтому смерть мозга эквивалентна смерти человека. Так происходит в США, Европе и некоторых странах Азии [3, с. 71].

Причины, позволяющие отождествлять смерть мозга со смертью индивида:

- после необратимого прекращения функционирования мозга все остальные системы органов неизбежно прекратят работать;
- утраченные функции мозга, в отличие от других систем органов, невозместимы;
- необратимое прекращение функционирования мозга равнозначно потере сознания навсегда;
- с прекращением функционирования мозга организм утрачивает чувствительность;
- с прекращением функционирования мозга утрачивается своя интегрирующую функцию;
- определение смерти на основе смерти мозга есть всего лишь открытое признание истинной причины, лежащей в основе традиционной диагностики смерти по прекращению циркуляции крови.

Новый критерий смерти был разработан в 60-е годы 20 века в Гарварде, в США комиссией специалистов, которые предложили его, основываясь на необратимом прекращении деятельности не сердца или лёгких, а мозга [3, с. 71].

Достаточно высокого уровня достигли реанимационные средства поддержания жизни. Гарвардская комиссия указала, что их усовершенствование породило многочисленные попытки спасти людей с безнадежными повреждениями. Эти попытки вели к частичному успеху, но мозг был необратимо разрушен. Поэтому появилось различие понятий «телесная жизнь» и «личностная жизнь». Гарвардская комиссия указала также на необходимость юридических, медицинских и моральных оснований для забора неповреждённых органов для трансплантации [3, с. 71].

Разработка нового критерия смерти была необходима и для того, чтобы прекратить бессмысленное лечение, и для того, чтобы развивать трансплантацию. Стоит отметить особенности юридического оформления критерия смерти как смерти мозга. В США в 1981 году была дана формулировка «полной мозговой смерти». Были указаны два критерия смерти: 1) необратимое прекращение функций кровообращения и дыхания; 2) необратимое прекращение всех функций мозга в целом, включая мозговой ствол [3, с. 71].

Если между состоянием «определённо жив» и «определённо мёртв» есть зоны неопределённости, в которых люди должны делать жизненно важный выбор и когда окончательное решение о продлении жизни или констатации смерти принимает врач, то открываются возможности и необходимость для этического анализа действий людей [3, с. 72].

Гносеологическим основанием новой концепции смерти человека является истинность врачебного диагноза «смерть мозга». В данной познавательной ситуации речь идёт о конвенциональной истине. Характерно название нормативно-правового документа, регулирующего проблему смерти мозга в Польше, — «Позиция Всепольских групп в области анестезиологии, интенсивной терапии, неврологии, нейрохирургии и судебной медицины по вопросу о критерии смерти головного мозга». Конвенциональный характер истинности диагноза «смерть мозга» подтверждается таким красноречивым фактом: в первой редакции Сиднейской декларации о факте смерти (1968) решающим критерием надёжности диагноза «смерть мозга» считалась ровная линия (изолиния) на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), а во второй редакции (1983) данный метод из разряда обязательно применяемых был переведён в разряд подтверждающих. Иными словами, мера объективности диагноза «смерть мозга» исключительно определяется междисциплинарным консенсусом учёных-экспертов. Далее требует решения ещё один вопрос: какими должны быть надёжные гарантии исключения врачебной ошибки в ситуациях установления диагноза «смерть мозга»? Такие гарантии наиболее надёжны в Израиле — здесь материалы каждого случая диагностики смерти мозга направляются в Минздрав, где рассматриваются двумя независимыми друг от друга высококвалифицированными специалистами [5, с. 60–61].

Особенно выражен конвенциональный характер истинности диагноза в США. При этом все чаще зарубежными авторами высказываются сомнения в отношении достоверности концепции смерти мозга. В одном из социологических исследований выявлено, что 47 % американских нейрохирургов и неврологов согласились бы продолжать реанимацию больного с погибшим мозгом, если бы этого пожелали родственники. Таким образом, в современном обществе участниками соглашения (считать ли такого больного живым или мёртвым) являются не только учёные и врачи, но и представители «профанного сословия» общества, например родственники пациента [5, с. 61].

В научном дискурсе важнейший момент онтологической составляющей новой концепции смерти человека заключается в решении вопроса: означает ли диагноз смерти мозга разрушение структуры

мозга, или применяемые нами методы научного познания позволяют говорить только о регистрируемом необратимом отсутствии всех функций мозга [6].

Клинический статус "смерть мозга" – это новый образ и новый смысл смерти человеческого индивида. Классические клинические критерии смерти (биологическая смерть) – это прекращение сердцебиения и самостоятельного дыхания. Так как у пациента со смертью мозга ещё сохраняется спонтанная деятельность сердца, с точки зрения клинической медицины, его можно считать "частично живым". Но так как самостоятельное дыхание у такого пациента необратимо отсутствует (апноэ) и уж, конечно, отсутствуют любые проявления сознания, эмоций, с той же классической клинической точки зрения его можно считать "частично мёртвым". 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 здравого смысла [6].

Отождествление же клинического статуса смерти мозга и смерти человека – совсем другая реальность. Природа этой 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 объективная граница жизни и смерти как бы оказалась "стёртой". Поистине: человек "частично жив", а "частично мёртв". Во-вторых, смерть человека здесь является артефактом, т.е. ятрогенным состоянием, сохраняющимся, пока проводится реанимация. В-третьих, трактовка этого факта зависит от социального контекста [6].

Бытие человека здесь как бы расколото, а его судьба повернулась так, что уже как бы сделан необратимый шаг в небытие. То есть, в онтологическо-философском плане вопрос "ещё жизнь" или "уже смерть" в принципе не имеет однозначного решения [6].

Когда пациенту ставится диагноз "смерть мозга" и на этом основании он признается мёртвым, разрубается гордиев узел многих противоречий, включая и такое: с точки зрения здравого смысла многих людей (особенно, если это родители пациента-ребёнка), такой пациент ещё жив [6].

Следует подчеркнуть: если диагноз смерти мозга поставлен, то это один из самых научно обоснованных и профессионально-надёжных диагнозов в современной медицине. Однако при этом нельзя не видеть серьёзные философские (методологические, этические) вопросы. В строгом смысле констатация смерти на основании диагноза смерти мозга означает: объективность данного факта заключается в том и только в том, что этот факт установили эксперты-учёные. Мы имеем здесь дело с конвенциональной истиной, а сама эта истина достигается консенсусом специалистов. Совершенно очевидно, что при диагностике смерти мозга требования врачебной этики становятся категорическим императивом – в этой клинической ситуации врачебные ошибки должны быть исключены. Однако, как это вообще возможно, как можно достичь совпадения идеала и реальности? Проблема смерти мозга по-прежнему остаётся открытой научной проблемой. Любые вновь открывающиеся обстоятельства (клинические наблюдения, научные факты) должны опять и опять проходить проверку как аргументы "в защиту жизни" или "в защиту смерти" [6].

Следовать канонам представителей реаниматологии, конечно, проще: ведение такого больного остаётся в рамках традиционной клинической модели с учётом того, что речь идёт о крайне тяжёлом состоянии больного. При следовании же канонам представителей власти первостепенное значение имеет методологическое положение: в каждом случае диагностики смерти мозга врачи должны, безусловно, выполнять соответствующие профессиональные стандарты, а их основа – нормативный документ – периодически, с учётом всего международного опыта, должен пересматриваться [6].

Таким образом, клиническое состояние смерти мозга трактуется как новый образ и новый смысл смерти человека. Основанием достоверности и надёжности диагноза смерти мозга является междисциплинарный консенсус врачебного консилиума. Признание нового критерия смерти, прежде всего, зависит от безусловного соблюдения врачами профессиональных стандартов. Необходим междисциплинарный научный диалог по всем аспектам проблемы смерти мозга, включая философские.

Непреложным фактом истории медицины, истории культуры является то, что в течение последних 50 лет разработка нового критерия смерти (смерть мозга) стала важнейшим условием успешного развития клинической трансплантологии. В то же время наличие нерешённых пока научных, социокультурных и философских вопросов в рамках комплексной проблемы, получившей в науке наименование «смерть мозга», оказывается существенным фактором, тормозящим дальнейшее развитие трансплантологии. Наука ищет альтернативные направления развития практик использования человеческих донорских органов. Если учесть, что у доноров в состоянии «смерть мозга» сердце продолжает биться, то особого внимания заслуживают доноры с отсутствием сердцебиения.

Изучая моральные, философские, теологические, правовые и социальные проблемы, рождающиеся по мере развития биологии и медицины, биоэтика тем самым является междисциплинарной областью знаний, она охватывает медицинскую этику и простирается за её пределы. Круг проблем биомедицинской этики гораздо шире проблем классической медицинской этики, но отчасти перекликается с ними. В биоэтике центральное место занимает отношение к жизни и смерти,

причём жизнь понимается как высшая ценность. Именно поэтому иногда биоэтику определяют как систему знаний о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека.

В будущем рассмотрение проблемы жизни и смерти приобретёт абсолютно новый характер, опирающийся на ожидаемые впечатляющие результаты развития медицины. По-видимому, станет возможным уменьшение негативного влияния самого факта существования смерти на философию и биоэтику за счёт появления возможности влияния на процесс умирания. Неотвратимость смерти будет не так остро восприниматься учёными и философами и позволит рассмотреть гораздо глубже процессы, связанные именно с окончанием земного пути.

Список использованных источников:

1. Лях, К. Ф. Смерть как проблема истории философии и биоэтики: Автореферат дис... к-та филос. наук: 09.00.03 / К. Ф. Лях // МГТУ. Мурманск, 2007. – 23 с.
2. Проблема смерти в контексте биоэтики. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cheloveknauka.com/problema-smerti-v-kontekste-bioetiki>. – Дата доступа: 30.03.2025.
3. Брызгалина, Е. А. Биоэтика. / Е. А. Брызгалина – М.: Наука, 2020. – 139 с.
4. Современная биоэтика. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://spravochnick.ru/konceptiya_sovremennogo_estestvoznaniya/bioetika_i_chelovek/sovremennaya_bioetika/#principy-i-idei-sovremennoy-bioetiki. – Дата доступа: 30.03.2025.
5. Иванюшкин, А. Я. Смерть человека как философская проблема в контексте современных биомедицинских технологий / А. Я. Иванюшкин // Вестник МГПУ. Серия «Философские науки». – 2019. – № 17. – С. 56-65.
6. Проблема смерти мозга: философский и социокультурный контекст. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.cesurg.ru/ru/articles_cesurg/135.html?SSr=5901343e4417ffffff27c__07e40a1c113b2e-45c8. – Дата доступа: 30.03.2025.

THE PROBLEM OF LIFE AND DEATH IN THE CONTEXT OF MEDICAL RESEARCH AND BIOETHICS

Budnik V.S.¹

Belarusian State University of Informatics and Radioelectronics¹, Minsk, Republic of Belarus

Malyhina G.I. – PhD in Philosophy

Annotation. This article provides a detailed description of bioethics, its definition, subject of study, history of development, problems, and ideological foundations. The evolution of the concept of brain death in medicine is considered. The original (cardiocentric) and modern (brain death) criteria of death, the history of their origin and development, and their consolidation in legislation are described. The philosophical (ontological, epistemological, and ethical) content of the problem of brain death is analyzed.

Keywords. Bioethics, medicine, death criteria, brain death, definition of death, medical council, professional standards.