

**АШИМОВ
И.А.**

**Теория трансплантационной
дилемматологии.
Философия этико-правовой
регламентации
трансплантологии**

АШИМОВ И.А.

**Теория трансплантационной
дилемматологии. Философия
этико-правовой регламентации
трансплантологии**

«Автор»

2026

Ашимов И.А.

Теория трансплантационной дилемматологии. Философия этико-правовой регламентации трансплантологии / Ашимов И.А. — «Автор», 2026

Предлагается теория трансплантационной дилемматологии - логико-философская модель выявления, классификации и нормативного анализа трансплантационных конфликтов. Анализируются критерии смерти, правило мертвого донора, посмертная автономия, неприкосновенность умершего тела, легитимность изъятия органов, справедливость распределения, живое донорство, риски для донора и реципиента, ксенотрансплантация и перспективные технологии. Обосновывается тезис о структурном преимуществе постмортальной модели при сопоставимой медицинской эффективности: не потому, что она устраняет этический конфликт, а потому, что позволяет уменьшить непосредственный телесный ущерб живому человеку. На этой основе сформулирован принцип минимизации субъектного ущерба. Работа представляет своеобразную этико-правовую навигацию в трансплантологии («Навигация Ашимова») - разрешения трансплантационных полилемм: приоритет субъектности человека, автономии и информированного согласия, справедливости

© Ашимов И.А., 2026

© Автор, 2026

Содержание

Предисловие	5
Введение	8
Глава 1. Философский аудит прижизненной и постмортальной трансплантологии как разных конфигураций морально-нормативных конфликтов.	14
Глава 1. Леммы смерти и посмертного донорства.	19
Конец ознакомительного фрагмента.	40

Ашимов И.А.

Теория трансплантационной дилемматологии. Философия этико- правовой регламентации трансплантологии

Предисловие

Трансплантология – это огромное предприятие, дорогостоящая технология с массой нерешенных паратрансплантологических «проблем-спутников». Даже на сегодня, нет области в медицине, где так ярко сфокусировались бы проблемы профессионального, морально-этического, правового, методологического и философского порядка, как в трансплантологии. Трансплантология является одной из тех областей современной медицины, где научно-технологический прогресс особенно быстро достигает границ, за которыми медицинская возможность перестает быть исключительно медицинской проблемой.

Возможность пересадить орган неизбежно превращается в вопрос о том, кому этот орган может принадлежать, при каких условиях он может быть изъят, какую цену вправе заплатить один человек ради спасения другого и где проходит граница между допустимым медицинским вмешательством и недопустимым использованием человека. Именно поэтому трансплантология оказывается особой зоной пересечения медицины, этики, права и философской антропологии. Здесь встречаются жизнь и смерть, тело и личность, автономия и общественная необходимость, индивидуальное благо и справедливость, медицинская эффективность и достоинство человека. С усложнением технологий усложняется не только сама медицинская процедура – усложняется структура нормативного конфликта.

Классическая биоэтическая модель часто стремится представить моральную проблему как выбор между двумя основаниями: разрешить или запретить, сохранить жизнь или избежать вреда, уважить автономию или реализовать медицинскую необходимость. Однако трансплантационная реальность показывает ограниченность такого подхода. В конкретном конфликте одновременно присутствуют донор, реципиент, врач, семья, государство, общество, право, технология, дефицит медицинского ресурса, последствия решения и его влияние на будущее. Поэтому трансплантационный конфликт постепенно выходит за пределы бинарной логики.

Настоящий том является попыткой рассмотреть эту проблему не как совокупность отдельных биоэтических казусов, а как определенную систему нормативной логики. Такой подход получил название трансплантационной дилемматологии. В ее основе лежит последовательное усложнение структуры конфликта: «лемма → дилемма → трилемма → полилемма». Если лемма фиксирует исходное нормативное положение, то дилемма обнаруживает столкновение двух самостоятельных оснований, тогда как трилемма показывает ситуацию, в которой конфликт приобретает третью независимую координату. Полилемма же раскрывает уже системную сеть взаимозависимых медицинских, этических, правовых, социальных, технологических и антропологических требований.

Однако задача предлагаемой теории состоит не в том, чтобы механически классифицировать проблемы по четырем уровням. Ее задача глубже: определить, что именно происходит с нормативным конфликтом при его усложнении. В какой момент бинарный выбор перестает быть адекватным? Когда появляется необходимость согласования нескольких осно-

ваний? Какие противоречия действительно могут быть разрешены? Какие могут быть только сбалансированы? А какие должны быть признаны принципиально неустранимыми?

Именно поэтому одним из центральных понятий настоящего исследования становится реальная разрешимость. Разрешение конфликта не означает автоматической победы одной стороны. Если жизнь реципиента сохраняется посредством существенного и неустранимого ущерба живому донору, конфликт может быть не разрешен, а лишь перемещен с одного субъекта на другого. Реальная разрешимость предполагает снижение противоречия, отсутствие неприемлемого перемещения вреда, медицинскую, этическую и юридическую воспроизводимость решения и сохранение субъектности непосредственно затронутых лиц.

Особое место в первом томе занимает сравнительный анализ прижизненной и постмортальной трансплантации. Прижизненное донорство имеет важное нравственное основание – добровольный акт помощи другому человеку. Но оно одновременно содержит фундаментальную асимметрию: благо получает реципиент, тогда как телесный риск принимает на себя здоровый донор. Постмортальная трансплантация устраняет эту непосредственную телесную асимметрию, но переносит конфликт в другую область – к проблемам смерти, посмертной автономии, статуса тела, воли умершего, семьи, общественной солидарности и справедливости.

Отсюда возникает один из принципиальных выводов исследования: постмортальная трансплантация также не является моделью, свободной от конфликтов. Но ее преимущество заключается в иной конфигурации конфликта – в возможности отделить спасение жизни реципиента от непосредственного причинения хирургического вреда живому донору. На этой основе формулируется принцип минимизации субъектного ущерба: при сопоставимой медицинской эффективности предпочтение должно отдаваться той модели, которая обеспечивает трансплантационное благо при меньшем ущербе субъектности, телесной целостности, автономии и будущему жизненному потенциалу живого человека.

Надо сказать, что дальнейшее развитие этого принципа приводит к более общей проблеме. Если трансплантационная система последовательно движется от использования телесного ресурса живого донора к использованию органов умершего, а затем к созданию искусственных, биопечатных и регенеративных органов, меняется сам источник трансплантационного блага: «жертвовать → использовать → создавать». Это означает, что развитие трансплантологии одновременно является развитием способов уменьшения телесной цены спасения человека.

Нужно признать, что технологический прогресс одновременно создает новые нормативные конфликты. Технологически возможное не становится автоматически этически допустимым, а потому право и этика должны не только реагировать на уже существующие медицинские практики, но и предвосхищать те ситуации, в которых новая технология изменяет сам объект регулирования. В этом смысле трансплантационная дилемматология представляет собой не столько теорию отдельных трансплантационных решений, сколько методологию навигации в пространстве нормативной неопределенности.

Задачей навигации является установление координаты конфликта, выявить его уровень сложности, определить субъектов и ценности, установить допустимые приоритеты, оценить последствия и определить границу между разрешимым, компромиссным и принципиально неразрешимым. Отсюда становится понятным авторское определение теории как «Навигации Ашимова». Речь идет не о претензии на универсальное решение каждого частного случая. Напротив, речь идет о создании алгоритма, позволяющего ориентироваться там, где единственного решения может не существовать.

Первый том движется от конкретных проблем смерти, посмертного тела и трансплантации жизненно важных органов к общей логике нормативного конфликта. Его конечная задача – показать, что трансплантационная дилемматология может быть самостоятельной логико-философской теорией этико-правового регулирования, способной работать не только с уже извест-

ными медицинскими ситуациями, но и с будущими технологиями. Поэтому настоящий труд следует воспринимать не как окончательный свод ответов, а как попытку построить систему навигации там, где сама медицина постоянно перемещает границы допустимого.

Введение

Начнем с истории развития трансплантологии в Кыргызстане. Научный проект «Трансплантация» (Ашимов И.А.) был разработан (1995) в Проблемной лаборатории клинической и экспериментальной хирургии (ПЛКиЭХ) Национального хирургического центра (НХЦ). Была выполнена научно-экспериментальная проработка широкого спектра вопросов (иммунная идентификация, перфузионная реабилитация, конденционирование трупа со «смертью мозга», селекция потенциальных доноров и реципиентов, экспериментальная трансплантация почек и пр.) посмертной пересадки почечного аллогraftа и семенников.

Была разработана (2001) и утверждена «Концепция развития трансплантологической службы в Кыргызской Республике» (Ашимов И.А., Ашимов Ж.И.) и на основании широко-масштабных научно-организационных исследований были разработаны, обсуждены и утверждены соответствующие протоколы трансплантационных служб. Был разработан и принят Закон Кыргызской Республики «О пересадки органов и/или тканей» (2001), параллельно шла подготовка первой партии отечественных трансплантологов. Наконец, было создано (2003) головное учреждение «Института хирургии сердца и трансплантации органов» (НИИХСиТО), в стенах которого начала функционировать лаборатория иммунотипирования, а в целом по стране началось внедрение технологии целевой диспансеризации как по селекции потенциальных доноров и реципиентов, так и пострасплантационной реабилитации больных.

На основе собственных технологии перфузионной реабилитации и селекции в ПЛКиЭХ осуществлены ряд экспериментальных пересадок почки (2003), а в НИИХСиТО (директор – Ашимов Ж.И.) за период 2012-2015 осуществлены 10 родственных пересадок почек. Начиная с 2025 года в НХЦ началось выполнение родственной трансплантации печени. Параллельно шла разработка философских вопросов пересадки органов. Впервые было выполнено целевое измерение философско-методологических и нормативно-правовых проблем «пределов допустимости» трансплантации органов и тканей с разработкой протокольных предложений по их разрешению. Данная работа (Ашимов И.А., Ашимов Ж.И., Ашимов Ж.И.) продолжается по сей день.

На наш взгляд, современная трансплантология подошла к пределу, за которым чисто медицинские и технологические успехи упираются в онтологические и этико-правовые тупики. То есть имеет место кризис классической биоэтики перед вызовами хай-тек медицины. Переход от трансплантации отдельных сегментов тканей к эксплантации жизненно важных органов, использованию протоколов донорства после остановки сердца (DCD), и, наконец, к барьеру цефалосоматической трансплантации (пересадки тела) полностью деконструирует классические представления о границах человеческой личности, жизни и смерти.

Безусловно, современная трансплантология является зоной столкновения медицинского прогресса, биоэтики, права и философской антропологии. Переход от прижизненной пересадки органов к постмортальной пересадке, а далее к цефалосоматической трансплантации свидетельствует о явном усложнении и без того сложной морально-этической и нормативно-правовой систем. Ну, а если говорить о концептуальных основаниях для создания отдельной теории, то нужно указать на то, что существующая нормативно-правовая и биоэтическая база (биотеология, классическая деонтология) демонстрирует дефицит методологического инструментария. Она пытается разрешать многофакторные кризисы XXI века с помощью бинарных категорий («разрешено/запрещено»), тогда как переход от классической биоэтики к трансплантационной дилемматологии – есть динамическая логико-нормативная система.

Наш двухтомник «Философия этико-правовой регламентации трансплантологии» предлагает принципиально новый подход - трансплантационную дилемматологию. В рамках этой теории этико-правовая регламентация трансплантологии рассматривается не как статичный

набор правил, а как динамическая система выявления, классификации и логического разрешения концептуальных противоречий разного уровня сложности: лемм, дилемм, трилемм и полилемм. По сути, речь идет об алгоритмизации проблемы регламентации трансплантологии.

Если говорить об архитектуре монографии, то в ней присутствует не просто перечень проблем трансплантологии, а зародыш методологии «Теории трансплантационной дилемматологии»: объект расчленяется на три направления, а каждое направление - на четыре уровня логической сложности: лемма → дилемма → трилемма → полилемма. Считаем, что именно эта логика делается сквозным каркасом всей книги. Все три части (прижизненная пересадка органов, постмортальная трансплантация органов, пересадка тела) должны постепенно двигаться от частных этико-правовых конфликтов к единой теории их выявления, классификации и разрешения.

В настоящее время, безусловно, явствует кризис классической биоэтики, одной из причин которого – это ограниченность бинарной модели «разрешено/запрещено» перед лицом многофакторных трансплантационных конфликтов. В этом контексте, основная проблема нынешней трансплантологии – это урегулирование трансплантационных конфликтов как логико-этических структур. Нами выделены четыре уровня сложности: лемма → дилемма → трилемма → полилемма. Лемма задаёт исходное нормативное допущение. Дилемма выявляет конфликт двух исключających оснований. Трилемма фиксирует столкновение трёх самостоятельных оснований. Полилемма представляет собой системный кризис, в котором одновременно взаимодействуют медицинские, этические, правовые, социальные, технологические, антропологические и иные факторы.

Целью нашей работы является разработка логико-философской концепции этико-правовой регламентации трансплантации и формирование универсального инструментария анализа и разрешения лемм, дилемм, трилемм и полилемм. Объектом исследований являются этико-правовые, институциональные и философско-антропологические основания трансплантационной деятельности, регулирующие изъятие, распределение и интеграцию биомедицинских субстратов человека, а предметом исследований являются типология и логико-философские методы разрешения нормативно-ценностных противоречий (лемм, дилемм, трилемм, полилемм), возникающих на этапах пересадки жизненно важных органов, гипотетической пересадки тела к голове реципиента, а также трупного донорства.

Методологический портфель исследований включает дилемматологический и апорийный анализ, деонтическую логику, аналитическую философию сознания, теорию принятия решений и распределительной справедливости, биоправовой и сравнительно-правовой анализ, метод логической экспликации, метод исключения контрпримеров и пр. Дилемматология применяется нами как главный инструмент структурирования этико-правовых конфликтов и их декомпозицию по уровням сложности - от базовых допущений (лемм) через бинарные выборы (дилеммы) и трехсторонние коллизии (трилеммы) к системным кризисам (полилеммам).

Мы выделили три направления исследования: 1) Постмортальная трансплантация; 2) Пересадка жизненно важных органов; 3) Пересадка тела. Материалы исследования первых двух направлений включены в 1-й том, а материалы исследования самого спорного материала – пересадки тела включены во 2-й том. Нужно признать, что современная трансплантология как одна из самых высокотехнологичных и одновременно биоэтически сложных областей медицины, в условиях научно-техничко-технологического прогресса столкнулась с множеством барьеров - моральными, правовыми, методологическими, философскими. Их можно классифицировать через логические категории: леммы (базовые допущения), дилеммы (выбор из двух зол), трилеммы (трехсторонний конфликт) и полилеммы (многофакторные кризисы). В этой связи, находим нужным во введении дать определения понятиям.

Итак, леммы – это базовые этико-правовые допущения, это фундаментальные суждения или аксиомы, на которых строится вся правовая и моральная структура транспланто-

гии. От их принятия зависит вектор законов в конкретной стране: 1) Презумпция согласия («донорство по умолчанию») - государство считает каждого гражданина потенциальным донором после смерти, если он или его родственники при жизни не оформили официальный отказ. Действует в России, Испании, Австрии; 2) Презумпция несогласия («испрошенное согласие») - изъятие органов возможно только тогда, когда человек при жизни явно зафиксировал свою волю (например, отметка в водительских правах) или на это согласны родственники. Действует в США, Германии, Великобритании; 3) Абсолютный запрет коммерциализации - органы человека находятся вне рыночных отношений, когда продажа и покупка органов строго запрещены и преследуются по закону на международном уровне (декларации ВМА и ВОЗ).

Дилеммы – это выбор между двумя исключаящими вариантами. Дилеммы трансплантологии заставляют врачей и общество выбирать между двумя одинаково сложными или этически неоднозначными решениями: 1) Дилемма живого донорства («Не навреди» / «Спаси жизнь обреченного»). При пересадке от живого человека врач идет на сознательное нанесение вреда здоровому донору (риск операции, инвалидность) ради спасения жизни реципиента; 2) Дилемма констатации смерти (Критерий «смерти мозга») - фиксация смерти мозга позволяет получить жизнеспособные органы для спасения других. Однако для общества и родственников это порождает этический тупик: человек еще дышит (на ИВЛ), его сердце бьется, но биологически и юридически он уже признан мертвым; 3) Дилемма права родственников - чье право на тело умершего приоритетнее - прижизненная презумпция согласия гражданина (государственный интерес спасения жизней) или скорбь и религиозные убеждения его семьи, выступающей против эксплантации?

Трилемма – это конфликт трех сторон/моделей). Главная трилемма трансплантологии лежит в плоскости справедливого распределения («листа ожидания») дефицитных ресурсов. Когда появляется один донорский орган, возникает конфликт трех этических подходов: 1) Медицинская эффективность (Утилитаризм) - отдать орган тому, у кого максимальные шансы на долгое приживание и качественную жизнь (молодому, без вредных привычек); 2) Очередность (Эгалитаризм) - отдать орган тому, кто дольше всех стоит в листе ожидания, независимо от сопутствующих факторов; 3) Критичность состояния (Спасение «тяжелых») - отдать орган пациенту, который без немедленной пересадки умрет в течение нескольких часов/дней, даже если долгосрочный прогноз у него хуже.

Полилеммы – это многофакторные вызовы будущего, включающие в себя целый комплекс медицинских, этических, социальных и религиозных вопросов, возникающих с появлением новых технологий: 1) Полилемма ксенотрансплантации (пересадка от животных) - генетическая модификация свиней-доноров решает проблему дефицита органов, но которая создает комплекс рисков: а) Эпидемиологический (Перенос зоонозных вирусов животных в человеческую популяцию); б) Этико-зоологический (Этичность выращивания животных как «фабрик органов»); в) Религиозный (Приемлемость органов свиньи для иудаизма и ислама); 2) Полилемма регенеративной медицины и биопринтинга: Создание органов на 3Д-биопринтерах из стволовых клеток пациента. Технология снимет проблему отторжения и дефицита, но ставит новые вопросы - доступность технологии (риск появления био-неравенства), коммерческий патент на ткани человека и границы этичности искусственного «конструирования» тела.

По направлению «Пересадка жизненно важных органов». Речь идет о трансплантации сердца, легких, печени, комплекса органов. Главная особенность здесь - необратимость и экстремальный дефицит времени. Пациент без сердца или печени не может годами жить на искусственной поддержке, а изъятие некоторых органов у живого донора физически невозможно или смертельно. В этой сфере логические категории - леммы, дилеммы, трилемма и полилеммы - приобретают характер вопросов жизни и смерти в буквальном смысле.

Леммы как фундаментальные этико-правовые допущения. Они при пересадке жизненно важных органов определяют юридические и философские границы, за которые медицина не

имеет права переступать: 1) Правило мертвого донора - жизненно важные органы (сердце, оба легких, вся печень) могут быть изъяты только после фиксации смерти донора. Изъятие, которое само по себе станет причиной смерти донора, абсолютно табуировано и приравнивается к убийству; 2) Лемма эквивалентности смерти - смерть головного мозга юридически, биологически и философски полностью приравнивается к смерти человека как личности, несмотря на искусственно поддерживаемое дыхание и сердцебиение. Без этой аксиомы пересадка сердца и легких была бы невозможна; 3) Приоритет согласия над дефицитом. Никакой, даже самый катастрофический дефицит органов и гибель людей в листах ожидания не дают государству права изымать органы насильно, без установленной законом презумпции согласия или несогласия.

Дилеммы как выбор из двух исключających вариантов. Они при пересадке жизненных органов всегда связаны с жестким моральным компромиссом, где выбор одного блага неизбежно ведет к трагедии или риску: 1) Дилемма живого донорства печени («Смертельный риск» / «Спасение ребенка»). Печень - единственный жизненно важный орган, часть которого можно взять у живого человека (она регенерирует). Здесь возникает дилемма: вправе ли хирурги подвергать смертельному риску здорового взрослого донора, если учесть то, что риск летального исхода при резекции правой доли печени составляет около 0,5%, чтобы спасти его умирающего ребенка или родственника? 2) Дилемма маргинальных (субоптимальных) доноров - органы доноров старшего возраста, с хроническими болезнями или гепатитом С называют маргинальными. Выбор врача: пересадить «плохой» орган сейчас с риском отторжения или тяжелых осложнений или оставить пациента ждать идеальный орган, а это высокий риск, что пациент просто умрет, не дождавшись; 3) Дилемма остановки сердца (DCD), когда мозг еще не умер полностью, но констатирована необратимая остановка сердца. Дилемма: как долго ждать перед изъятием? Если начать эксплантацию слишком рано (через 2-5 минут), есть микроскопический шанс на реанимацию донора, а если ждать дольше (10-15 минут), то из-за гипоксии сердце и печень станут непригодны для пересадки, и реципиент погибнет.

Трилемма как трехсторонний конфликт распределения. Когда поступает донорское сердце или печень, возникает классическая трилемма справедливости распределения, где сталкиваются три независимых критерия. Орган нельзя разделить, его получит только один: 1) Критерий максимальной пользы (Утилитаризм) - отдать сердце молодому человеку без сопутствующих болезней, который проживет с ним 20 лет и принесет пользу обществу; 2) Критерий строгого равенства (Эгалитаризм) - отдать тому, кто первый встал в очередь, даже если это пожилой человек с меньшей прогнозируемой продолжительностью жизни; 3) Критерий «правил спасения» - отдать пациенту в реанимации, который без этого сердца умрет сегодня ночью, хотя шансы на его долгосрочное выживание крайне малы из-за тяжести состояния.

Полилеммы как многофакторные кризисы и вызовы. Они возникают на стыке распределения ресурсов, социальной справедливости и новейших технологий будущего: 1) Полилемма повторной трансплантации: Что делать, если у пациента отторгается ранее пересаженное сердце или печень? Возникает узел проблем: а) Медицинская (повторная операция технически сложнее, а шансы на приживление ниже); б) Этическая (справедливо ли тратить дефицитный орган повторно на одного человека, в то время как кто-то в листе ожидания умирает, не получив даже первого шанса?); в) Психологическая (отказ в операции означает для врача сознательное прекращение борьбы за жизнь своего пациента); 2) Полилемма «сердечного» ксенотрансплантационного барьера - успешные эксперименты по пересадке сердец ГМО-свиней людям открывают перспективы, но порождают многовекторный кризис: а) Инфекционная опасность (риск вызвать пандемию зоонозных эндогенных ретровирусов); б) Социальное неравенство (первое время такие технологии будут доступны только богатейшим странам и слоям населения); в) Антропологическая граница (на сколько процентов человек с животным сердцем остается человеком в правовом и культурном смысле?).

По направлению пересадки тела. Пересадка головы (или, с биологической точки зрения, пересадка тела к голове реципиента) - это гипотетическая процедура, которая выводит биоэтику на уровень фундаментальных вопросов о человеческой идентичности, сознании и границах медицины. В отличие от пересадки сердца или печени, здесь трансплантируется сам носитель личности. Если рассматривать этот радикальный сценарий через логические категории, мы сталкиваемся с абсолютными этико-философскими тупиками.

Леммы как фундаментальные антропологические допущения. Леммы в данном контексте - это базовые философские и юридические аксиомы, без принятия которых сама дискуссия о такой операции не имеет смысла: 1) Лемма нейроцентризма (Локализация личности). Человеческое «Я», сознание, память и личность полностью заключены в головном мозге. Тело признается лишь «системой жизнеобеспечения» для мозга. Если мы принимаем эту лемму, то операция является спасением головы (пациента) путем предоставления ему нового тела, а не наоборот; 2) Лемма неделимости личности. Личность признается единой и неделимой. Юридические права, обязанности, имя и социальный статус человека после операции целиком переходят к голове, а не к донору тела; 3) Лемма технической гипотезы - допускается, что современная или перспективная нейрохирургия способна обеспечить аксональное слияние (сращивание спинного мозга) с помощью фузогенов (например, полиэтиленгликоля) для восстановления проводимости.

Дилеммы как выбор из двух исключаящих вариантов. Дилеммы пересадки тела обнажают жесткие моральные противоречия, где каждое решение влечет за собой колоссальные риски или этические девиации: 1) Дилемма «Один идеальный донор - много спасенных» (Главный этический тупик). Для пересадки головы требуется тело донора со здоровыми внутренними органами (например, погибшего от черепно-мозговой травмы). Выбор А: Отдать это тело одному человеку (голове) для сомнительного эксперимента. Выбор Б: Разобрать это же тело на стандартные органы и спасти 5-8 человек (пересадив сердце, легкие, печень, почки), находящихся в листе ожидания с гарантированным успехом; 2) Дилемма идентичности («Телесный дисморфизм» / «Смерть») - выбор для пациента с неизлечимой тератомой или атрофией мышц: умереть в своем теле или пойти на операцию и проснуться в чужом физическом воплощении. Дилемма заключается в риске полного безумия и отторжения собственной идентичности из-за ментального шока от управления чужими руками, ногами и половыми органами; 3) Дилемма химерного репродуктивного права. Если пациент с новым телом захочет завести детей, генетически это будут дети погибшего донора тела, а не обладателя головы, так как гонады принадлежат донору. Возникает дилемма: имеет ли право человек производить на свет биологически чужих детей без осознанного согласия умершего донора?

Трилемма как трехсторонний этико-правовой конфликт. Когда возникает вопрос о юридическом оформлении человека после такой операции, сталкиваются три кардинально разные концепции того, кем именно является получившийся субъект: 1) Концепция суверенитета мозга. Субъект признается прежним человеком (владельцем головы). Все имущественные, брачные и юридические права сохраняются за ним; 2) Концепция имущественного права донора. Наследники донора тела могут заявить, что «новое существо» на 90% состоит из их умершего родственника, и потребовать долю в его юридической идентичности или имуществе; 3) Концепция «Новой сущности» (Химеры). Закон может признать, что слияние двух разных тел создало уникальный биосоциальный феномен, чьи прежние юридические обязательства (кредиты, браки, завещания) обнуляются, и его нужно регистрировать заново.

Полилеммы как многовекторные кризисы будущего. Если операция станет успешной и массовой, человечество столкнется с системным кризисом, затрагивающим медицину, социологию и футурологию: 1) Полилемма бессмертия для элит. Технология может превратиться в инструмент «биологического пролонгирования» жизни для ультрабогатых людей старшего возраста. Это создаст клубок глобальных проблем: а) Социальная (Появление касты «бес-

смертных» правителей или олигархов); б) Криминальная (Возникновение черного рынка «молодых тел» из стран третьего мира); в) Демографическая (Катастрофическое усугубление проблемы перенаселения и смены поколений); 2) Полилема трансгуманистического перехода - успех пересадки тела сделает очевидным, что биологическая оболочка человека заменима, что откроет дорогу к следующим шагам: пересадке головы на полностью кибернетическое тело (андроида) или попыткам оцифровки сознания. Возникает полилема: где заканчивается человек, начинается ли новая эволюционная ветвь и готовы ли традиционные мировые религии признать наличие души у таких субъектов?

Что касается названия двухтомника. Так как предметом наших исследований является не просто описание законов, а именно выявление, классификация и разрешение этико-логических тупиков (лемм, дилемм, трилемм, полилемм), то стандартные названия труда типа «био-право» или «медицинская этика», как нам кажется, не подходят. Чтобы подчеркнуть глубокий логико-философский и регуляторный характер нашей работы мы назвали работу «Философией этико-правовой регламентации трансплантологии». В 1-м томе речь идет о синтезе «Теории трансплантационной дилемматологии», а во 2-м томе – о синтезе «Теории телесного отчуждения и субъектного контроля при пересадке тела».

Нужно отметить, что термин «дилемматология» официально существует в философии, теории принятия решений и изучает структуру сложных выборов. Существуют целый ряд терминов и понятий: трансплантационная полилеммика; биомедицинская апориатика; регуляторная биодеонтология; юрисконфликтология трансплантологии; теория биюридической лиминальности. Общее название нашего двухтомника, а также синтезируемых теорий обозначены нами с фокусом на логическую структуру конфликтов и отражают не абстрактные модели, а конкретные логические узлы разрешения многовекторных дилемм. Речь идет о создании определенной навигационной системы в трансплантологии.

Нужно четко отметить, что мы в своих научных изысканиях остановились на антропологических парадигмах трансплантологии. В логико-философской структуре нашей монографии этот узел разбирается через три базовых концепта, которые последовательно сужают и проблематизируют понятие человеческой идентичности: 1) Соматический редукционизм (Тело как конструктор) - это философский подход, который сводит сложную психосоматическую и духовную природу человека к чисто материальному, биологическому субстрату (some), представляя тело как совокупность взаимозаменяемых механизмов; 2) Антропологический сдвиг - фундаментальное разделение на «Я» (активный субъект) и «моё тело» (объект владения, ресурс). Тело концептуализируется как отчуждаемая собственность. Это легитимизирует трансплантологию, но порождает риск коммерциализации и восприятия уязвимых слоев населения как «сырьевого придатка» для медицины; 3) Нейроцентризм (Локализация «Я») - это радикальное сужение соматического редукционизма. Если тело - это просто биомашина, то где находится водитель? Нейроцентризм утверждает, что человеческая личность, сознание, память и индивидуальность абсолютно и безальтернативно локализованы в головном мозге. Мозг признается онтологическим ядром человека. Если мозг погиб, человек как личность перестал существовать. В контексте цефалосоматической трансплантации (пересадки тела) нейроцентризм является главной леммой: операция признается не «пересадкой головы к телу», а «пересадкой нового тела для спасения старой головы».

Во 2-м томе акцент переносится на границы персональной идентичности. Речь идет о проблеме химеризации, ибо, интеграция чужого органа или целого тела размывает психосоматические границы индивида. Эта проблема распадается на следующие уровни: биологическая, психологическая, онтологическая, юридическая идентичность. Нами выбран сквозной принцип. В 1-м томе: Часть I исследует конфликт вокруг смерти и посмертного тела; Часть II исследует конфликт вокруг пересадки органов; Часть III посвящена синтезу «Теории трансплантационной дилемматологии».

Таким образом, книга отражает движение: от части человека → к целому телу → к прекращению существования человека как субъекта. Лишь затем в заключительной синтетической части книга возвращается к общей проблеме: каким образом право, этика и философия должны регулировать ситуацию, когда сама трансплантация постоянно меняет границы того, что считается органом, телом, личностью, смертью и человеческим субъектом. Как нам кажется, именно эта линия способна сделать «Теорию трансплантационной дилемматологии» не сборником биоэтических казусов, а самостоятельной логико-философской теорией нормативного разрешения трансплантационных конфликтов.

Глава 1. Философский аудит прижизненной и постмортальной трансплантологии как разных конфигураций морально-нормативных конфликтов.

В современной трансплантологии имеет значение вопрос о том, что результаты операции по пересадке органов должны оцениваться не только по клиническому, но и по тому, какой ценой достигается этот результат и на кого распределяется эта цена. Наш аудит этико-правовой целесообразности прижизненной и постмортальной трансплантологии показывает, что можно включить в регуляторный противопоставление спасения одного человека и возможного ущерба другому, согласно нашей философской системы «цель - средство - результат - последствия»:

1) Критерий сравнения: что означает «реальная разрешимость». Трансплантационный конфликт реально разрешимым не тогда, когда найдено формально удовлетворяющее всех решение, а тогда, когда одновременно выполнены пять условий: а) устранено или существенно снижено противоречие между ценностями; б) отсутствует неприемлемое перемещение вреда с одного субъекта на другого; в) решение может быть закреплено медицински, этически и юридически; г) решение воспроизводимо, а не зависит от исключительного случая; д) решение сохраняет субъектность всех непосредственно затронутых лиц. Отсюда возникает принципиальное различие: «разрешение ≠ выбор одной стороны конфликта». Если жизнь реципиента сохраняется ценой существенного и неустранимого вреда живому донору, конфликт не обязательно разрешён - он может быть перенесён с одного субъекта на другого.

2) Прижизненная трансплантология: «за» и «против» по уровням дилемматологии. Лемма прижизненного донорства. Лемма: при определённых условиях человек может добровольно предоставить часть своего органа или орган для спасения другого человека. «За». Прижизненное донорство обладает очевидным этическим преимуществом добровольного акта: субъект сознательно принимает решение помочь другому. Это особенно существенно при родственной трансплантации, где мотивом может выступать солидарность, забота и ответственность. Кроме того, живой донор позволяет планировать вмешательство, обследовать его заранее и осуществлять трансплантацию в контролируемых условиях. «Против». Здесь возникает фундаментальное противоречие: добровольность не отменяет факта причинения медицинского вреда здоровому человеку. Именно это является центральной проблемой, ибо, противопоставляется «добро для одного» и возможное «зло для другого». Такая модель спасения реципиента автоматически объявляется достаточным моральным основанием.

Разрешимость проблемы условная, так как лемма разрешима только при наличии строгих условий: добровольность; информированность; минимизация риска; отсутствие принуждения; медицинская необходимость; пропорциональность риска; отсутствие приемлемой альтернативы; долгосрочное наблюдение за донором. Следовательно, прижизненное донорство этически допустимо, но само по себе не является безусловно этически оптимальным.

3) Дилемма: спасение реципиента - вред донору. Это наиболее очевидная дилемма прижизненной трансплантологии, полюсами которой являются: а) Сохранить жизнь реципиента;

б) не причинить существенный вред здоровому донору. «За» прижизненную трансплантацию. Если альтернативой является неминуемая смерть пациента, риск для донора может рассматриваться как морально допустимый при его добровольном согласии.

«Против». Однако согласие не превращает медицинский риск в отсутствие вреда. Более того, в тексте сформулирована гораздо более радикальная критика: «вместо одного больного мы всегда будем получать двух больных». Эту формулу следует сохранить в теории не как медицинскую универсалию, а как предельную нормативную формулу. Она обозначает ситуацию, в которой спасение реципиента достигается посредством создания нового пациента - донора.

Разрешимость только при пропорциональности риска. Следовательно, возникает принцип: Нельзя считать трансплантацию разрешённой только потому, что она спасает реципиента; необходимо доказать, что цена спасения для донора находится в пределах этически допустимого риска.

4) Трилемма прижизненного донорства. Здесь уже недостаточно двух субъектов. Возникают три элемента: «жизнь реципиента - здоровье донора - интерес общества». Почему появляется третий элемент? Потому что государственная система трансплантации не может строиться исключительно на частных отношениях между донором и реципиентом. Она должна решать вопрос о том, какую модель трансплантационной медицины общество институционализирует. На наш взгляд, государственная политика не должна делать родственное донорство основным механизмом развития трансплантационной службы. Разрешимость также условная. Трилемма разрешается посредством системной здравоохранительной политики: если общество может организовать постмортальный источник органов, оно не должно систематически компенсировать дефицит органов увеличением нагрузки на живых доноров. Это уже не просто медицинское, а институциональное, стратегически не всегда оправданное решение.

5) Полилемма прижизненной трансплантации. На уровне полилеммы появляются одновременно: жизнь реципиента - здоровье донора - автономия донора - добровольность - семейное давление - справедливость - доступность органов - ответственность государства - общественное доверие. И здесь обнаруживается принципиальное ограничение прижизненной модели: она спасает одного субъекта посредством контролируемого вмешательства в телесную целостность другого живого субъекта. Поэтому полилемма не может быть полностью снята медицинским решением.

На наш взгляд, реальная разрешимость всегда неполная, ибо, её можно регулировать, но нельзя окончательно устранить. Можно снизить риск, исключить принуждение, повысить качество согласия, установить юридические гарантии, обеспечить наблюдение, расширить альтернативные источники органов. Однако, при всем этом невозможно полностью устранить фундаментальный факт: живой донор подвергается вмешательству ради другого человека. Именно поэтому прижизненная трансплантация имеет структурный предел этической разрешимости.

6) Постмортальная трансплантология: «за» и «против». Здесь структура меняется, ибо, главное преимущество постмортального донорства заключается не просто в количестве потенциальных органов. Его фундаментальное отличие: изъятие органа не должно причинять новый телесный вред живому донору. Именно это является центральным аргументом в пользу трупного донорства. Мы напрямую связываем полноценность трансплантационной системы с развитием трупного донорства. Уверены в том, что нельзя говорить о полноценной трансплантологии без развития посмортального донорства и посмортальной трансплантации.

Лемма постмортального донорства. После смерти использование органов умершего может позволить сохранить жизнь другого человека без причинения ему дополнительного прижизненного телесного вреда. «За». Здесь возникает принципиально иная этическая конструкция: реципиент получает орган - живой донор не получает телесного вреда. Следовательно, снимается главная асимметрия прижизненного донорства. «Против». Появляется другая про-

блема: умерший уже не может непосредственно выразить текущую волю. Возникают: воля умершего; воля родственников; интерес реципиента; интерес государства; общественное доверие; неприкосновенность тела; критерии смерти. Таким образом, постмортальная трансплантация не уничтожает дилемму - она переносит её из области телесного вреда в область смерти, автономии и посмертной воли. Разрешимость – условная. Если установлены надёжные критерии смерти, согласия и изъятия органов.

7) Парадоксальная дилемма постмортальной трансплантации. Здесь возникает один из наиболее важных парадоксов всей теории: чем больше человек способен помочь другим после собственной смерти, тем сильнее возникает вопрос: кому принадлежит тело после смерти - умершему, его близким, обществу или медицинской системе? Получается своеобразная трансплантационная инверсия. При жизни: «моё тело - мой выбор», а после смерти: «моё тело - чья воля?». Поэтому постмортальная модель снимает проблему вреда живому донору, но создаёт проблему постмортальной автономии.

8) Трилемма постмортальной трансплантации. Её можно сформулировать как: воля умершего - воля родственников - общественная необходимость. Если умерший согласился - проблема относительно разрешима. Если умерший отказался - возникает конфликт. Если он не выражал своей воли - конфликт становится особенно сложным. Разрешимость здесь условная, ибо, разрешима нормативно, но не абсолютно. Можно установить приоритет: ранее выраженная воля умершего; при отсутствии воли - нормативно определённый режим согласия; роль родственников - в пределах, установленных законом; общественный интерес - только при соблюдении фундаментальных ограничений. Но универсального морального ответа для всех культур и правовых систем здесь не существует.

9) Полилемма постмортальной трансплантации. В неё входят: смерть - тело - воля умершего - семья - реципиент - государство - врач - общество - справедливость - религиозные и культурные нормы - доверие к медицине. Это значительно более сложная система, чем просто «изъять орган после смерти». Но здесь появляется принципиально важный результат сравнительного анализа: «постмортальная полилемма имеет больше конфликтующих элементов, но меньшую степень прямого конфликта между телесными интересами двух живых субъектов».

10) Сравнительный аудит: где действительно выигрывает постмортальная модель. Если использовать критерий реальной разрешимости, получается следующая логика. А) Прижизненная трансплантация. Основной конфликт: спасение одного живого человека ↔ риск/вред другому живому человеку. Это конфликт двух субъектов, обладающих одновременно: телом; автономией; правами; интересами; будущим. Б) Постмортальная трансплантация. Основной конфликт: использование тела умершего ↔ его воля/неприкосновенность ↔ спасение живого человека. Здесь отсутствует симметричный конфликт двух живых тел. Именно поэтому, как нам кажется, постмортальная модель обладает структурным преимуществом, хотя и не абсолютным этическим превосходством.

11) Самая важная универсальная лемма. Мы полагаем, что из текста можно вывести новую лемму для «Теории трансплантационной дилемматологии» - лемма минимизации субъектного ущерба. При прочих равных условиях трансплантационная модель является этически предпочтительной, если достижение трансплантационного результата требует меньшего ущерба для субъектности, телесной целостности и автономии живого человека. Отсюда постмортальная трансплантация получает преимущество перед прижизненной не потому, что «смерть лучше жизни», а потому, что: она позволяет отделить акт спасения жизни реципиента от причинения телесного вреда живому донору.

12) Универсальная дилемма: «спасти за счёт кого?». Её мы делаем одной из центральных дилемм теории – «Дилемма распределения телесной цены спасения». Должно ли спасение одного человека достигаться посредством телесного ущерба другому живому человеку, если существует возможность получить необходимый орган от умершего? При наличии работающей

системы постмортального донорства моральная аргументация в пользу прижизненного донорства становится существенно слабее. И здесь возникает уже не клиническая, а метаэтическая дилемма: если общество способно получать органы без причинения вреда живым донорам, допустимо ли сохранять систему, в которой необходимость спасения одних поддерживается риском для других?

13) Универсальная трилемма – это трилемма источника трансплантационного блага: «жертвовать - использовать – создавать». а) Жертвовать значит, что живой человек отдаёт часть своего тела; б) Использовать значит, что общество использует органы умершего; в) Создавать значит, что медицина создаёт искусственные, биопечатные, регенеративные или иные органы. Эта трилемма особенно перспективна для всей нашей теории, потому что показывает историческую эволюцию трансплантологии: «донор как жертвующий субъект → умерший как источник органа → технология как производитель органа». Последовательно уменьшается зависимость трансплантологии от необходимости причинять телесный ущерб живому человеку.

14) Универсальная полилемма - полилемма цены спасения: жизнь реципиента - здоровье донора - автономия донора - воля умершего - неприкосновенность тела - общественная потребность - справедливость распределения - доступность органов - медицинская эффективность - общественное доверие. Прижизненная модель концентрирует конфликт вокруг: жизнь ↔ здоровье другого живого человека, тогда как постмортальная модель переносит конфликт в другую плоскость: смерть ↔ тело ↔ воля ↔ общественная польза. Именно поэтому постмортальная трансплантология оказывается не бесконфликтной, а менее травматичной для живой субъектности.

15) Самая парадоксальная полилемма - полилемма «Меньший вред - больший нормативный конфликт». Её мы сделали одним из основных положений «Теории трансплантационной дилемматологии». Постмортальное донорство уменьшает телесный вред, уменьшает риск для живого донора, потенциально расширяет донорский ресурс, снижает зависимость реципиента от родственника. Но одновременно усиливает значение определения смерти, усиливает значение посмертной автономии, требует решения вопроса о статусе тела, требует высокого общественного доверия, делает государство более ответственным за систему. Получается парадокс: «чем безопаснее трансплантация становится для живых доноров, тем более фундаментальными становятся вопросы о смерти, теле и посмертной воле». Между тем, это, на наш взгляд, является особо значимой философской полилеммой.

16). Универсальная парадоксальная дилемма - «донорство без донора». Прижизненная трансплантация предполагает: донор → орган → реципиент, тогда как постмортальная: умерший → орган → реципиент. Нужно понимать, что умерший уже не является донором в том же феноменологическом смысле, в каком является донором живой человек. Следовательно, возникает вопрос: является ли умерший субъектом донорского действия или лишь источником трансплантационного материала? Отсюда вырастает чрезвычайно важная категория, а именно постмортальная субъектность донора.

На основании аудита мы предлагаем выделять 5 главных аргументов: Первый. Прижизненное донорство распределяет благо одному и телесный риск другому. Это структурно убедительный аргумент. Второй. Постмортальное донорство устраняет необходимость причинять хирургический вред живому донору. Это главное сравнительное преимущество. Третий. Системная трансплантология не должна зависеть преимущественно от родственников. Будет справедливо если сделать перевод проблемы с уровня отдельных операций на уровень устройства всей системы. Четвертый. Моральная оценка должна учитывать не только результат, но и последствия. Именно здесь наша система «цель - средство - результат - последствия» может стать методологическим инструментом всей теории. Пятый. Нельзя считать спасение реципиента абсолютным моральным благом независимо от цены.

Для оптимизации аудита мы внесли несколько категорических формулировок в теорию.

1) Формулу «вместо одного больного мы всегда будем получать двух больных», лучше преобразовать в «при определённых вариантах прижизненного донорства система спасения реципиента может создавать дополнительный медицинский риск и потенциальное состояние болезни у ранее здорового донора».

2) Утверждение о том, что отсутствие постмортального донорства равнозначно «пассивной эвтаназии», является сильной философско-публицистической интерпретацией, но не универсальным юридическим или медицинским выводом. В теории его лучше использовать как парадоксальную формулу проблемы - связать отсутствие доступа к трансплантации с оставлением больных без единственного активного метода лечения.

3) Постмортальная трансплантация не является автоматически этически безупречной. Она может породить: конфликт вокруг определения смерти; проблему согласия; конфликт семьи и воли умершего; риск утраты доверия; коммерциализацию; конфликт интересов; проблему справедливого распределения. Поэтому правильнее говорить не о «постмортальной трансплантации как морально лучшей», а «при прочих равных условиях постмортальная трансплантация обладает более благоприятной структурой распределения телесного вреда, поскольку не требует причинения хирургического ущерба живому донору».

Мы предлагаем следующую классификацию разрешимости противоречий.

1) Реально разрешимые: безопасность донора, добровольность, информированное согласие, медицинские противопоказания, распределение ответственности, контроль конфликта интересов, прозрачность распределения органов, правовая защита донора, мониторинг последствий, а также справедливость доступа.

2) Условно разрешимые: риск реципиента и риск донора, автономия и общественный интерес, воля умершего и позиция семьи, индивидуальное благо и общественное благо, эффективность и равенство, а также срочность и очередность. Они разрешаются не устранением противоречия, а нормативным приоритетом и пропорциональностью.

3) Принципиально неразрешимые окончательно: принадлежность тела после смерти, абсолютный статус посмертной воли, окончательное соотношение личности умершего и его тела, абсолютная граница между смертью и обратимостью, абсолютное равенство при распределении органов, абсолютное совпадение морального и юридического долга, а также вопрос о том, имеет ли общество моральное право требовать донорства после смерти.

Таким образом, постмортальная трансплантология не является бездилеммной моделью. Её преимущество состоит в другом: она переводит трансплантационный конфликт из преимущественно телесного конфликта между двумя живыми субъектами в нормативный конфликт вокруг смерти, посмертной автономии, статуса тела, общественной солидарности и справедливости распределения.

Если прижизненная трансплантация непосредственно сталкивает благо одного живого человека с телесной целостностью другого, то постмортальная трансплантация позволяет разделить спасение реципиента и причинение телесного вреда живому донору. В этой связи, при сопоставимых медицинских условиях постмортальная модель, как нам кажется, обладает структурным этическим преимуществом.

Однако это преимущество не означает абсолютного морального превосходства. Постмортальная модель сохраняет собственные нерешаемые окончательно полилеммы - смерть, воля умершего, неприкосновенность тела, интерес семьи, общественная необходимость, справедливость и доверие. Поэтому её преимущество является не преимуществом отсутствия конфликта, а преимуществом иной конфигурации конфликта - конфигурации, в которой минимизируется непосредственный субъектный ущерб живому человеку.

На основании нашего аудита можно выразить возможное фундаментальное положение - принцип минимизации субъектного ущерба: при выборе между трансплантационными моде-

лями при сопоставимой медицинской эффективности предпочтение должно отдаваться той модели, которая обеспечивает достижение трансплантационного блага при минимальном непосредственном ущербе субъектности, телесной целостности, автономии и будущему жизненному потенциалу живого человека. Иначе говоря, чем меньше трансплантационная система нуждается в жертвовании телесной целостностью живого человека ради спасения другого, тем выше её антропологическая и этическая зрелость.

Изложенное выше позволяет прояснить логику взаимосвязи: Лемма устанавливает возможность. Дилемма обнаруживает конфликт двух ценностей. Трилемма показывает, что конфликт затрагивает уже три субъекта или три основания. Полилемма раскрывает системную сеть несовместимых требований. Аудит определяет, что из этой сети действительно может быть разрешено, что может быть только сбалансировано, а что должно быть признано принципиально неустрашимым. В этом смысле сравнительная результативность постмортальной трансплантологии выводится не из утверждения «постмортальное донорство лучше прижизненного», а из более строгого тезиса: постмортальная модель при сопоставимой медицинской эффективности позволяет уменьшить наиболее фундаментальный конфликт прижизненной модели - необходимость спасать одного живого человека посредством вмешательства в телесную целостность другого живого человека.

Часть

I

. Дилемматология постмортальной трансплантации жизненно важных органов

Глава 1. Леммы смерти и посмертного донорства.

1. Лемма эквивалентности смерти при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что для целей изъятия органов смерть донора должна быть установлена независимо от возможности и необходимости последующей трансплантации, а различные юридически признанные критерии смерти должны обладать равной правовой силой в отношении прекращения субъектности умершего. Иными словами, трансплантация не должна становиться причиной, критерием или основанием признания человека умершим. Сначала должна быть самостоятельно и окончательно установлена смерть, и только после этого возникает возможность рассматривать тело как источник органов для трансплантации.

Формально лемму можно выразить следующим образом: Если смерть лица установлена по надлежащему медицинскому и правовому критерию, то независимо от выбранного критерия смерти - кардиореспираторного или неврологического - ее юридическое значение для прекращения правосубъектности донора должно быть эквивалентным, а изъятие органов допустимо только после установления смерти.

Что означает «эквивалентность»? Здесь речь идет не о том, что кардиологическая и неврологическая смерть являются биологически абсолютно одинаковыми состояниями. Между ними существуют существенные медицинские различия. Эквивалентность имеет прежде всего этико-правовой характер: а) если установлен один признанный критерий смерти - лицо считается умершим; б) если установлен другой признанный критерий смерти - лицо также считается умершим; в) трансплантационная ценность органов не должна влиять на сам факт установления смерти; г) после установления смерти донор перестает быть субъектом права, а его тело приобретает иной правовой статус, определяемый законодательством. Таким образом, различие критериев установления смерти не должно порождать различия в правовом статусе умершего.

Независимость смерти от трансплантации это центральное положение леммы. Возникает принципиально важная последовательность: смерть → констатация смерти → статус умершего → донорство → изъятие органов → трансплантация. Нельзя допускать обратной логики: необ-

ходимость органов → решение об изъятии → прекращение жизнедеятельности → признание смерти. Именно здесь лемма соприкасается с «Правилом мертвого донора». Если это правило отвечает на вопрос: «Можно ли изымать органы донора до его смерти?», то лемма эквивалентности смерти отвечает на более фундаментальный вопрос: «Имеет ли смерть одинаковое юридическое значение независимо от того, каким допустимым критерием она установлена?».

Смерть не может быть трансплантационным инструментом. Из этого следует принцип неинструментальности смерти, согласно которого смерть человека не должна рассматриваться как средство достижения трансплантационной цели. Иначе возникает опасность подмены медицинского критерия смерти трансплантационным интересом. Следовательно, орган может быть целью трансплантации, но смерть не может быть средством получения органа. На наш взгляд, это особенно важно для этической регламентации трупного донорства, поскольку именно здесь проходит граница между допустимым использованием тела умершего и инструментализацией самого процесса умирания.

Лемма также устанавливает связь между смертью и юридической личностью: «Эквивалентность смерти / правосубъектность». До момента надлежащей констатации смерти: «человек → субъект права → носитель прав → пациент», а после установления смерти: «умерший → прекращение правосубъектности → тело умершего → потенциальный донорский материал». Поэтому трансплантационная система не должна создавать промежуточное состояние, в котором человек уже рассматривается как источник органов, но еще не считается умершим.

Эквивалентность не означает произвольность критериев. Очень важно избежать неправильного толкования леммы. Она не утверждает, что любой способ определения смерти является равноправным. Эквивалентность возникает только между медицинскими и юридическими признанными критериями, каждый из которых должен иметь четкое определение, объективные диагностические признаки, установленный порядок констатации, независимость от трансплантационного решения, достаточные гарантии исключения ошибки, а также правовое признание. В этом аспекте, лемма предполагает не множественность произвольных определений смерти, а единство юридического результата при использовании допустимых критериев.

Особое значение для неврологического критерия смерти. При неврологическом критерии возникает особенно сложная философская проблема: тело может сохранять определенные физиологические функции благодаря искусственной поддержке, тогда как смерть мозга рассматривается как окончательная утрата интегративной функции организма. Для трансплантационной этики здесь принципиально важно не само наличие функционирующих органов, а вопрос: сохраняется ли человек как живой субъект или уже наступила смерть, установленная соответствующим критерием? Лемма требует, чтобы ответ на этот вопрос определялся не пригодностью органов, а самостоятельными медицинскими основаниями.

По нашему мнению, для теории этико-правовой регламентации трансплантации можно сформулировать более глубокий принцип - принцип двойной независимости: установление смерти независимо от трансплантации, а также решение о трансплантации независимо от установления факта смерти как такового. То есть врач, устанавливающий смерть, не должен превращать трансплантационную потребность в элемент диагностического решения о смерти. Это создает необходимый этический барьер между двумя процедурами: констатацией смерти и изъятием органов.

После смерти возникает особый правовой переход: живой человек → умерший человек → тело умершего → донорское тело → органы для трансплантации. Лемма тем самым фиксирует границу между антропологическим событием смерти и медицинской процедурой использования органов. Трупное донорство становится этически допустимым не потому, что тело обладает высокой медицинской ценностью, а потому, что субъект уже умер, а последующее распоряжение его телом осуществляется в пределах установленного правового режима.

В философском отношении лемма защищает различие между двумя феноменами: «смерть человека / медицинская ценность тела после смерти». Тело умершего может обладать огромной ценностью для спасения других людей, но эта ценность не должна ретроспективно определять момент смерти. Иначе возникает опасная логическая инверсия: не смерть делает тело доступным для трансплантации, а трансплантационная необходимость начинает определять границу смерти. Лемма исключает такую инверсию.

Итак, лемма эквивалентности смерти при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что смерть человека должна быть установлена на самостоятельных медицинских и правовых основаниях, независимо от трансплантационной потребности, а каждый юридически признанный критерий смерти должен иметь эквивалентное значение для прекращения правосубъектности и перехода тела в режим посмертного донорства. При этом трансплантационная ценность органов не может участвовать в определении момента смерти, а изъятие органов допускается только после ее надлежащей констатации.

Краткая формула леммы: «Различные допустимые критерии смерти → единый юридический статус умершего → смерть предшествует донорству → трансплантация не определяет смерть». То есть «смерть определяет допустимость донорства, а донорство не определяет смерть».

2. Лемма смерти мозга при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что смерть мозга может выступать самостоятельным основанием признания человека умершим только при условии ее достоверной, окончательной и независимо установленной констатации в соответствии с принятым медицинским и правовым критерием смерти. Смысл леммы состоит в разграничении двух обстоятельств: сохранения отдельных физиологических функций организма и сохранения самого человека как живого субъекта. При смерти мозга искусственная поддержка может сохранять сердцебиение, кровообращение и некоторые соматические процессы, однако вопрос о том, продолжает ли существовать человек как субъект жизни, решается не по наличию отдельных функций, а по установленному критерию смерти.

Лемма отвечает на фундаментальный вопрос: может ли человек считаться умершим, если его сердце продолжает сокращаться, но функции мозга необратимо утрачены? Для трансплантационной этики это один из наиболее принципиальных вопросов, поскольку именно при таком состоянии возможно сохранение органов в физиологически пригодном состоянии после констатации смерти. Поэтому возникает последовательность: необратимое прекращение функций мозга → установление смерти мозга → юридическая констатация смерти → посмертное донорство → изъятие органов.

«Смерть мозга ≠ просто тяжелое поражение мозга» - это принципиально важное разграничение. Лемма не должна распространяться на кому, вегетативное состояние, минимальное сознание, тяжелое повреждение мозга, глубокое бессознательное состояние, а также состояние с крайне неблагоприятным прогнозом. Критически важным является не тяжесть повреждения, а установленная необратимость утраты функций, которые соответствующий правовой и медицинский критерий связывает со смертью человека. Следовательно, тяжелое повреждение мозга не является само по себе смертью мозга, а смерть мозга не должна устанавливаться по прогнозу невозможности выздоровления.

На наш взгляд, ключевым понятием леммы является необратимость. Если существует реальная возможность восстановления соответствующих функций, речь идет о тяжелом состоянии живого человека, а не о смерти. Поэтому логика такова: утрата функции → проверка → исключение обратимых причин → установление необратимости → констатация смерти. Именно здесь возникает одна из главных этико-правовых гарантий - необходимость органов не может служить основанием для ускорения или изменения процедуры определения смерти мозга.

Лемма непосредственно связана с предыдущей леммой эквивалентности смерти. Смерть мозга должна устанавливаться: до решения об изъятии органов и независимо от трансплантационной ценности потенциального донора. Это означает разделение двух процедур - установление смерти, реализация донорства. Если эти процедуры смешиваются, возникает риск того, что потенциальная возможность спасти другого пациента начнет влиять на квалификацию состояния первого пациента. Для этико-правовой модели это недопустимая зависимость.

Почему сохраняющееся сердцебиение не опровергает лемму? Наиболее очевидное выражение состоит в том, что после смерти мозга тело может продолжать демонстрировать признаки физиологической активности. Здесь необходимо различать: организм как совокупность биологических процессов и человека как целостного субъекта жизни. Искусственная вентиляция и интенсивная терапия могут поддерживать некоторые функции организма. Но наличие таких поддерживаемых функций само по себе не отвечает на вопрос о сохранении человека в том смысле, который используется соответствующим критерием смерти. Поэтому лемма ставит иной вопрос: вместо «работает ли еще какой-либо орган?», вопрос «сохраняется ли тот уровень интегративной жизнедеятельности, который данный критерий признает необходимым для существования человека как живого организма?».

Этическая проблема «живого тела умершего человека». Именно здесь появляется особая философская парадоксальность смерти мозга. После ее установления может наблюдаться ситуация: человек юридически умер → тело сохраняет физиологическую активность → органы пригодны для трансплантации. Получается своеобразное расхождение: субъект умер, но биологическая активность тела еще продолжается. Лемма должна поэтому защищать различие между жизнью отдельных тканей и органов и жизнью человека как целостного субъекта. Это особенно важно для нашей теории, поскольку трансплантация фактически использует именно эту пограничную ситуацию: «органы еще функционируют, хотя человек уже признан умершим».

Наше отношение к «Правилу мертвого донора». Это правило устанавливает: «органы нельзя изымать таким образом, чтобы именно изъятие стало причиной смерти донора». Лемма эквивалентности смерти устанавливает: признание смерти должно иметь одинаковую юридическую силу независимо от допустимого критерия ее установления. Лемма смерти мозга конкретизирует один из таких критериев: смерть мозга может быть основанием посмертного донорства только при достоверной и окончательной констатации соответствующей смерти. Таким образом, формируется последовательная конструкция: «запрет причинения смерти ради органов → независимость установления смерти → допустимость смерти мозга как основания посмертного донорства».

Трансплантационная ценность не должна становиться критерием смерти и это, пожалуй, наиболее важное нормативное следствие. Нельзя рассуждать: «Органы пригодны → необходимо сохранить их → значит, следует признать смерть мозга», а должно быть наоборот: «Установлена смерть мозга по независимому критерию → человек признан умершим → возникает возможность посмертного донорства → оценивается пригодность органов». То есть диагноз смерти предшествует трансплантационному решению, а не формируется под его воздействием.

В чем заключается правовое значение леммы? Если смерть мозга признана юридическим критерием смерти, то после ее окончательной констатации прекращается правосубъектность человека, дальнейшие действия с телом осуществляются в посмертном режиме, донорство реализуется в соответствии с установленным порядком, изъятие органов не рассматривается как вмешательство в организм живого человека, а также медицинские действия по сохранению органов приобретают иной правовой статус. При этом сама лемма не решает вопрос о конкретной юридической модели смерти мозга в определенной стране. Для этого потребуются отдельный анализ национального законодательства.

На философском уровне лемма смерти мозга затрагивает вопрос: что именно мы называем смертью человека? Если смерть определяется исключительно прекращением сердечной деятельности, то смерть мозга не может самостоятельно выполнять эту функцию. Если же критерием является необратимая утрата определенной интегративной функции мозга, возникает иная антропологическая модель смерти. Поэтому лемма фактически переводит проблему трансплантации из области хирургии в область философской антропологии: органическая жизнь → интеграция организма → мозг → сознание → субъектность → смерть. Но важно не смешивать эти уровни. Смерть мозга как медицинско-правовой критерий смерти не тождественна философскому утверждению «человек = мозг».

Таким образом, лемма смерти мозга при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что необратимая утрата функций мозга может служить основанием констатации смерти человека только в пределах научно и юридически признанного критерия смерти, при условии достоверного установления необратимости соответствующего состояния и независимости процедуры диагностики от трансплантационной потребности. Сохранение отдельных физиологических функций организма посредством естественных или искусственных механизмов после смерти мозга не отменяет юридического факта смерти, если применяемый критерий смерти установлен надлежащим образом.

Краткая формула: «Необратимая смерть мозга → смерть человека по признанному критерию → прекращение правосубъектности → возможность посмертного донорства» или иначе «Сохранение органов не означает сохранение человека; смерть мозга должна быть установлена до и независимо от их трансплантационной ценности».

3. Лемма неприкосновенности умершего тела устанавливает, что смерть человека прекращает его правосубъектность, но не превращает его тело в юридически и этически нейтральный объект, свободный от каких-либо ограничений на вмешательство. Даже после смерти тело сохраняет особый охраняемый статус, а его использование для донорства и трансплантации допустимо только при наличии соответствующего правового основания и с соблюдением требований уважения человеческого достоинства. Иными словами «смерть прекращает жизнь и правосубъектность человека, но не отменяет обязанность общества уважать его тело». Мы считаем, что это положение особенно важно для нашей теории, поскольку оно позволяет избежать двух крайностей: фетишизации тела умершего и его превращения исключительно в источник биологического материала.

В чем заключается основная проблема леммы? После установления смерти возникает принципиальная трансформация: живой человек → умерший человек → тело умершего. Но эта трансформация не означает: человек → вещь. Умерший уже не является субъектом права в обычном смысле, однако его тело продолжает обладать особым этико-правовым значением. Отсюда возникает фундаментальное положение: «Утрата правосубъектности не равна утрате охраняемости тела».

Неприкосновенность не означает абсолютный запрет вмешательства. Если понимать неприкосновенность буквально как абсолютный запрет любого вмешательства, трупное донорство становится невозможным. Поэтому речь идет об относительной, а не абсолютной неприкосновенности. Тело умершего может быть подвергнуто вскрытию, медицинскому исследованию, изъятию органов и тканей, трансплантационной подготовке, иным предусмотренным законом процедурам. Но каждое такое вмешательство требует самостоятельного правового и этического основания. Следовательно, донорство является исключением из неприкосновенности тела, но не отменой самой неприкосновенности.

Почему донорство не отменяет принцип неприкосновенности? Здесь возникает важное различие между двумя моделями. А) Тело умершего неприкосновенно → органы изымать нельзя. Она делает трупное донорство практически невозможным. Б) После смерти тело становится биологическим ресурсом → его можно использовать в интересах других без дополни-

тельных ограничений. Она превращает тело умершего в инструмент. Лемма предлагает третью конструкцию: В) Тело умершего сохраняет особый охраняемый статус, но допускает строго регламентированное вмешательство, если оно имеет законное и этически допустимое основание. Именно эта третья модель (В) наиболее продуктивна для теории этико-правового регулирования трансплантации.

Неприкосновенность тела после смерти является продолжением принципа человеческого достоинства. Хотя умерший уже не способен непосредственно осуществлять свои права, отношение к его телу остается показателем того, каким образом общество понимает ценность человеческой личности. Поэтому недопустимо рассматривать тело только как «совокупность органов, пригодных для пересадки». Оно одновременно является телом умершего человека, носителем его биографической и человеческой принадлежности. Отсюда возникает принцип: «Медицинская ценность органа не отменяет человеческого значения тела, из которого он извлекается».

Лемма непосредственно связана с вопросом посмертной автономии. При жизни человек может выразить: согласие на донорство, отказ от донорства, определенные условия распоряжения телом, а также иные волеизъявления, предусмотренные законом. Поэтому тело после смерти не должно рассматриваться как полностью свободное от предшествующей воли человека. Возникает принцип: «Посмертное использование тела должно учитывать прижизненное волеизъявление человека в той мере, в какой оно признается юридически действительным». При этом необходимо различать уважение к воле умершего и признание за умершим продолжающейся полной правосубъектности.

Где находится граница между донорством и инструментализацией? Именно здесь лемма получает деонтологическое содержание. Если тело используется исключительно как средство достижения чужой медицинской цели, возникает риск инструментализации. Однако трансплантация сама по себе не обязательно является инструментализацией, поскольку она может быть основана на воле умершего, установленном законом режиме донорства, принципе спасения жизни, уважении достоинства, медицинской необходимости, а также в справедливом распределении органов. Поэтому вопрос должен ставиться не как «можно ли использовать тело умершего?», а так: «при каких условиях использование тела умершего перестает быть инструментализацией и становится этически и юридически допустимым донорством?». Это уже непосредственно формирует предмет нашей теории.

Тело умершего – это, безусловно, особый объект права. Лемма позволяет ввести важное теоретическое различие: тело умершего не является обычным субъектом права, но и не является обычной вещью. Это промежуточная правовая конструкция является особым объектом правовой охраны, а потому нельзя автоматически применять к телу умершего обычную логику собственности. Например: «Если тело является вещью, значит, собственник может распоряжаться им как любой вещью». Такой вывод противоречит самой идее человеческого достоинства. Поэтому для теории трансплантации целесообразно исходить из положения: «Тело умершего обладает особым статусом, исключающим его полное отождествление с объектом имущественных отношений».

Особенно важно установить границу между допустимым изъятием органа и произвольным разрушением тела. Изъятие органов при наличии законного основания должно осуществляться таким образом, чтобы не выходить за пределы необходимого вмешательства, соответствовать цели донорства, соблюдать установленную процедуру, обеспечивать уважительное обращение с телом, исключать коммерческую эксплуатацию, если она запрещена законом, а также соблюдать волю умершего и иные предусмотренные законом гарантии. Таким образом, цель трансплантации ограничивает вмешательство в тело умершего, а не предоставляет неограниченное право на него.

На наш взгляд, здесь формируется очень стройная последовательность лемм: а) лемма эквивалентности смерти - смерть должна быть установлена независимо от трансплантации; б) лемма смерти мозга - смерть мозга может выступать основанием посмертного донорства при надлежащей констатации; в) лемма неприкосновенности умершего тела - даже после смерти тело сохраняет особую этико-правовую охрану; г) правило мертвого донора - изъятие органов не должно становиться причиной смерти донора. Получается последовательная цепь: смерть → установление смерти → охраняемый статус тела → законное основание донорства → ограниченное вмешательство → изъятие органов → трансплантация.

В более глубоком философском смысле лемма отвечает на вопрос: заканчивается ли человеческое достоинство там, где заканчивается жизнь? Если ответ отрицательный, то тело умершего продолжает требовать особого отношения. Получается важная антропологическая формула: «Смерть прекращает субъекта жизни, но не превращает человеческое тело в бесценностный объект». На наш взгляд, именно это позволяет построить этическую границу между трупным донорством как формой продолжения человеческой солидарности и эксплуатацией тела умершего как биологического ресурса. Таким образом, лемма неприкосновенности умершего тела при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что смерть человека, прекращая его правосубъектность, не прекращает особой этико-правовой охраны его тела.

Тело умершего не может рассматриваться ни как продолжающий существование субъект права, ни как обычная вещь или свободный биологический ресурс. Его использование, включая изъятие органов и тканей для трансплантации, допустимо только при наличии установленного законом и этически обоснованного основания, с соблюдением прижизненной воли умершего, человеческого достоинства и пределов необходимого медицинского вмешательства. Краткая формула: «Смерть прекращает правосубъектность, но не отменяет охрану тела» или иначе «Умерший перестает быть субъектом права, но его тело не становится объектом безграничного использования».

4. Лемма посмертной автономии при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что прижизненное волеизъявление человека относительно судьбы его тела после смерти сохраняет этико-правовое значение после прекращения его жизни и должно учитываться при принятии решений о донорстве, изъятии органов и иных формах посмертного использования тела в пределах, установленных правом. Иначе говоря, человек не сохраняет после смерти обычную правосубъектность, но его прижизненное решение о судьбе собственного тела не исчезает вместе со смертью. Ключевая формула: «Смерть прекращает автономию как способность действовать, но не обязательно прекращает действие ранее выраженной автономной воли».

В чем заключается основная проблема? При жизни человек способен самостоятельно определить: хочет ли он быть донором, какие формы посмертного использования тела принимает или отвергает, допускает ли изъятие органов, а также при каких условиях он согласен на такое использование, если законодательство позволяет установить подобные условия. После смерти сам человек уже не может подтвердить или изменить свое решение. Возникает парадокс: «субъект, выразивший волю, больше не существует как живой субъект, но результат его волеизъявления продолжает иметь значение». Именно этот парадокс и составляет ядро леммы.

Что означает «посмертная автономия»? Посмертная автономия не означает, что умерший продолжает обладать полной автономией живого человека. После смерти прекращается способность принимать новые решения, изменять свое решение, осуществлять права непосредственно, а также давать новое согласие. Поэтому точнее говорить о продолжении действия прижизненной автономной воли. Схема выглядит следующим образом: автономный человек → выражение воли → смерть → прекращение способности волеизъявления → сохранение юридического/этического значения ранее выраженной воли.

Почему эта лемма необходима для трансплантации? Кто распоряжается телом после смерти? Возможны различные модели: решение определяется исключительно прижизненной волей человека; решение принимает семья; решение определяется законом; используется комбинация этих механизмов. Лемма не должна заранее подменять собой конкретную законодательную модель. Ее теоретическая функция иная, ибо, устанавливает, что прижизненная автономия человека является самостоятельным источником этико-правового значения посмертного решения. Поэтому тело умершего нельзя рассматривать так, будто человек никогда не выразил своей воли.

По нашему мнению, особое значение имеет симметрия: если человек мог выразить согласие на донорство, это должно иметь значение, а если человек мог выразить отказ, это также должно иметь значение. Иначе автономия превращается в односторонний механизм, признающий только согласие. Можно сформулировать как принцип: «Посмертная автономия распространяется не только на право быть донором, но и на право не становиться донором».

Посмертная автономия и неприкосновенность тела. Лемма неприкосновенности умершего тела отвечает на вопрос: почему тело умершего продолжает находиться под особой охраной? Лемма посмертной автономии добавляет: чья воля должна учитываться при определении допустимости вмешательства в это тело? Получается последовательность: особая охрана тела → прижизненная воля → определение допустимости вмешательства. При этом эти два принципа не идентичны. Если неприкосновенность устанавливает предел вмешательства, то посмертная автономия определяет значение воли человека относительно этого вмешательства.

Что касается посмертной автономии и донорства. Для трупного донорства принципиально важно различать орган как трансплантационный ресурс и орган как часть тела конкретного человека, который при жизни мог определить судьбу своего тела. Поэтому согласие на донорство имеет не только утилитарное значение «разрешить получить органы», но и значение уважения к автономии умершего. Человек фактически определяет: «После моей смерти мое тело может быть использовано таким образом». Именно это превращает донорство из простого изъятия биологического материала в этически санкционированное продолжение прижизненной воли.

Может ли воля умершего быть абсолютной? Посмертная автономия не обязательно является абсолютной. Даже если человек выразил согласие на донорство, реализация этого согласия может зависеть от ряда причин: медицинской возможности; установления смерти; законодательства; инфекционной безопасности; медицинской пригодности органов; запрета определенных способов использования тела; процедурных требований. Следовательно, воля умершего определяет допустимость донорства, но не отменяет медицинских, этических и правовых ограничений.

Кто является носителем посмертной автономии? Возникает философская трудность. Если автономия предполагает действующего субъекта, то после смерти субъекта уже нет, а потому термин «посмертная автономия» является нормативной конструкцией. Фактически возможны два понимания: а) сильное понимание - умерший продолжает обладать определенной формой автономии; б) более строгое понимание - после смерти автономия прекращается, но юридическая система продолжает признавать обязательное или преимущественное значение автономного решения, принятого человеком при жизни. То есть, посмертная автономия - это не продолжающаяся автономия умершего, а нормативная преемственность его прижизненной автономной воли.

Теперь об отношении к воле семьи. Здесь возникает следующий этико-правовой узел. Если умерший выразил согласие, но родственники возражают, возникает конфликт: «воля умершего ↔ воля семьи». Если умерший выразил отказ, а семья хочет разрешить донорство, возникает обратная ситуация: «отказ умершего ↔ желание семьи помочь другим». Лемма посмертной автономии создает исходный принцип для разрешения таких конфликтов: воля

умершего не должна автоматически утрачиваться вследствие смерти только потому, что после смерти решения относительно тела переходят к другим лицам или институтам. Но конкретное соотношение воли умершего, семьи и государства - уже предмет отдельного правового регулирования.

Во взаимосвязи с правилом мертвого донора получается достаточно стройная система: правило мертвого донора → нельзя изымать органы так, чтобы донор умер вследствие изъятия; лемма эквивалентности смерти → признанные критерии смерти должны иметь эквивалентное правовое значение; лемма смерти мозга → смерть мозга при надлежащей констатации может образовывать основание посмертного донорства; лемма неприкосновенности умершего тела → смерть не превращает тело в объект безграничного использования; лемма посмертной автономии → прижизненная воля человека сохраняет значение при определении допустимости посмертного использования тела. Таким образом, формируется уже не отдельный набор положений, а этико-правовой каркас трупного донорства.

Таким образом, лемма посмертной автономии при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что прекращение жизни и правосубъектности человека не аннулирует нормативное значение его прижизненного автономного волеизъявления относительно судьбы собственного тела. Прижизненное согласие или отказ от посмертного донорства должны учитываться в установленном законом порядке и не могут произвольно игнорироваться вследствие наступления смерти. При этом посмертная автономия понимается не как сохранение полной автономии умершего, а как продолжение действия его ранее выраженной автономной воли в пределах медицинских, этических и правовых ограничений.

Краткая формула: «Смерть прекращает способность волеизъявления, но не обязательно прекращает нормативное действие ранее выраженной воли» или иначе «Умерший уже не может решить, но его решение, принятое при жизни, не должно умирать вместе с ним». Получается последовательность: смерть → тело сохраняет особую охрану → прижизненная воля сохраняет нормативное значение → определяется допустимость донорства → осуществляется трансплантация. При этом лемма неприкосновенности отвечает на вопрос «что ограничивает вмешательство?», а лемма посмертной автономии - «какая воля определяет допустимость вмешательства?».

.5. Лемма прижизненного волеизъявления при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что решение человека, принятое при жизни относительно посмертного использования его тела, должно рассматриваться как первичный нормативный ориентир для определения допустимости трупного донорства после его смерти, если такое волеизъявление было выражено свободно, осознанно и в предусмотренной правом форме. В отличие от леммы посмертной автономии, которая объясняет, почему прижизненная воля может сохранять значение после смерти, данная лемма делает акцент именно на моменте и механизме формирования этой воли. Ее основная логика: живой субъект → свободное решение → документированное волеизъявление → смерть → реализация или защита ранее выраженной воли.

Основной вопрос здесь: кому принадлежит первоначальное решение о посмертном использовании тела - человеку, его родственникам или государству? Лемма исходит из того, что исходным носителем решения является сам человек при жизни. Он может определить, в пределах предоставленных ему законом возможностей: согласен ли он на посмертное донорство; отказывается ли от него; дает ли общее или специальное согласие; устанавливает ли определенные ограничения; изменяет ли ранее принятое решение. Поэтому тело после смерти не должно рассматриваться так, будто решение о его использовании впервые возникает уже после смерти.

Прижизненное волеизъявление представляет собой конкретизацию принципа автономии личности. Человек не просто обладает абстрактным правом на телесную неприкосновенность.

Он получает возможность заранее определить судьбу собственного тела после смерти. Отсюда прижизненное волеизъявление превращает посмертное донорство из решения третьих лиц о теле умершего в реализацию решения, первоначально принятого самим человеком. По нашему мнению, это придает донорству дополнительное этическое основание.

Безусловно, для того чтобы решение обладало нормативной силой, принципиально важно, как оно было принято. Волеизъявление должно предполагать: свободу → информированность → способность принимать решение → отсутствие принуждения → определенность решения. Следовательно, нельзя считать полноценным автономным волеизъявлением решение, полученное: посредством давления; обмана; принуждения; существенного введения в заблуждение; при отсутствии способности понимать содержание решения. Таким образом, значение имеет не только наличие согласия, но и качество процесса, посредством которого оно было сформировано.

Согласно нашей теории, лемма должна распространяться не только на положительное волеизъявление. Существуют два базовых варианта: «Я согласен быть донором после смерти» и «Я не согласен на посмертное изъятие органов». Если признается принцип автономии, эти решения должны рассматриваться симметрично как формы самостоятельного волеизъявления. Отсюда можно вывести принцип: «право на донорство и право отказаться от донорства являются двумя сторонами одного принципа автономного распоряжения судьбой тела после смерти».

Бесспорно, воля должна быть отличена от фактической возможности ее реализации: «волеизъявление ≠ автоматическое изъятие органов». Человек может выразить согласие на донорство, но это еще не означает, что органы обязательно будут изъяты. Необходимо дополнительно установить факт смерти, медицинскую пригодность органов, отсутствие противопоказаний, соответствие процедуры закону, возможность трансплантации, соблюдение необходимых процедур. Следовательно, прижизненная воля создает основание допустимости донорства, но не заменяет медицинские и правовые условия его осуществления.

Общеизвестно, автономия предполагает возможность изменения собственного решения. Если человек согласился, но затем отказался, то возникает вопрос о том, какое решение является действующим. С философской точки зрения более позднее свободное и действительное волеизъявление должно рассматриваться как выражение актуальной автономной позиции человека. Отсюда можно вывести принцип: «последующее действительное волеизъявление имеет приоритет перед ранее выраженным волеизъявлением, если законодательство допускает его изменение». Это особенно важно для практической системы регистрации согласий и отказов.

После смерти человека возникает потенциальный конфликт: «воля умершего ↔ позиция родственников». Лемма прижизненного волеизъявления позволяет поставить вопрос в правильной последовательности: не «чего хотят родственники?», а сначала «что сам человек определил при жизни?». Это не означает, что семья вообще не имеет правового значения. Пожалуй, конкретная роль родственников определяется соответствующей правовой моделью, но в теоретической конструкции необходимо различать: волю самого человека и волю третьих лиц относительно его тела.

Отличие волеизъявления от посмертной автономии. Лемма прижизненного волеизъявления рассматривает формирование, содержание и юридическую значимость решения при жизни, тогда как лемма посмертной автономии рассматривает сохранение нормативного значения этого решения после смерти. Их можно соединить в одну причинную цепь: автономия личности → прижизненное волеизъявление → смерть → продолжение нормативного действия волеизъявления → посмертное донорство. Это делает две леммы взаимодополняющими, а не дублирующими друг друга.

Между тем, волеизъявление - есть граница между телом и биологическим ресурсом. В философском отношении здесь появляется важный переход. Без волеизъявления тело умершего рискует рассматриваться преимущественно как источник органов и тканей, но при наличии волеизъявления появляется другая структура - тело человека, который при жизни самостоятельно определил возможность его посмертного использования. Таким образом, волеизъявление возвращает в трансплантационную процедуру личностное измерение, которое смерть физически прекратила, но не обязательно полностью устранила в нормативном отношении.

Формируется последовательная система: лемма эквивалентности смерти → смерть должна быть установлена независимо от трансплантации; лемма смерти мозга → при соответствующем критерии необратимая смерть мозга может образовать основание признания смерти; лемма неприкосновенности умершего тела → смерть не превращает тело в объект неограниченного использования; лемма посмертной автономии → прижизненная воля сохраняет нормативное значение после смерти; лемма прижизненного волеизъявления → определяется, каким образом свободное решение человека при жизни формирует основание последующего посмертного донорства. Получается цепь: смерть должна быть установлена → тело сохраняет охрану → человек заранее определяет его судьбу → его воля сохраняет значение → донорство осуществляется в установленных пределах.

Таким образом, лемма прижизненного волеизъявления при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что свободное, осознанное и юридически действительное решение человека, принятое при жизни относительно посмертного использования его тела, является первичным нормативным основанием определения допустимости донорства после смерти. Такое волеизъявление включает как согласие на посмертное изъятие органов, так и отказ от него, может быть изменено самим субъектом при жизни в установленном порядке и не заменяет иных медицинских и правовых условий осуществления трансплантации. Краткая формула: «Прижизненная воля → смерть → сохранение нормативного значения воли → допустимость или недопустимость посмертного донорства» или иначе «Тот, кто при жизни определил судьбу своего тела после смерти, сохраняет за своим решением нормативное значение и после смерти».

1.6. Лемма общественной солидарности при трупном донорстве и постмортальной трансплантации устанавливает, что посмертное донорство может рассматриваться как особая форма общественной солидарности, при которой телесный ресурс умершего после смерти может способствовать сохранению жизни или здоровья других людей, однако такая солидарность не отменяет автономии донора, неприкосновенности умершего тела и требований справедливого распределения трансплантационных ресурсов. Иными словами смерть одного человека может стать условием продолжения жизни другого, но общественная польза не превращает тело умершего в общественную собственность.

Основной смысл этой леммы: трупное донорство обладает двойственной природой. С одной стороны, оно связано с личностью умершего → его телом → его прижизненной волей, а с другой - донор → орган → реципиент → сохранение жизни → общественная польза. Поэтому трансплантация соединяет индивидуальную автономию и общественную солидарность. Лемма утверждает, что эти два начала должны не уничтожать, а взаимно ограничивать и дополнять друг друга.

Общественная солидарность проявляется в том, что после смерти человека его органы могут сохранить жизнь или здоровье других людей. Возникает особая цепочка: смерть одного → возможность донорства → трансплантация → продолжение жизни другого. В этом смысле донорство представляет собой форму передачи биологического ресурса, который после смерти уже не может быть использован самим умершим, но способен приобрести значение для другого человека. Однако важно подчеркнуть то, что солидарность возникает не потому, что общество

получает право распоряжаться телом умершего, а потому, что правовая система создает возможность социально значимого использования тела при соблюдении определенных условий.

Солидарность не равна обязанности донорства. Это принципиальное ограничение. Из общественной пользы нельзя автоматически вывести правило о том, что «раз органы могут спасти другого человека, каждый обязан их предоставить после смерти». Такой переход превращает принцип солидарности в принцип обязательного биологического жертвования, а потому лемма должна различать: «солидарность / принудительное использование тела». Солидарность предполагает возможность участия человека в общественно значимой системе помощи другим, но ее конкретные пределы определяются автономией личности и правом.

Здесь лемма общественной солидарности непосредственно связывается с предыдущей леммой прижизненного волеизъявления. Получается: личность принимает решение → общество признает его → после смерти органы могут быть переданы другим людям → возникает общественный эффект солидарности. Таким образом, солидарность может быть опосредованной автономией. Человек при жизни принимает решение, которое после его смерти приобретает значение для других. Можно выразить логику следующей формулой: «автономия донора → посмертное донорство → помощь реципиенту → общественная солидарность».

Здесь возникает еще одна важная граница, связанная с солидарностью и неприкосновенностью умершего тела. Лемма неприкосновенности умершего тела говорит, что тело умершего сохраняет особую охрану. Лемма общественной солидарности говорит, что эта охрана не исключает возможности использования органов в интересах других людей при наличии надлежащего основания. Следовательно, общественная польза является основанием для допустимого исключения из абсолютной неприкосновенности, но не основанием для ее полного устранения. Именно поэтому термин «солидарность» предпочтительнее термина «общественная полезность», ибо, сохраняет субъектное и моральное измерение отношений между донором и реципиентом.

Однако одной солидарности недостаточно, возникает следующий вопрос: Если общество получает органы умерших для спасения людей, кому именно они должны достаться? Здесь появляется принцип справедливого распределения. Общественная солидарность создает ресурс, но не должна автоматически определять его получателя. Следовательно, необходимо разделить: донорство → формирование трансплантационного ресурса; распределение → определение справедливого доступа к этому ресурсу. Это позволяет избежать ситуации, когда общественная солидарность используется для оправдания привилегированного доступа к органам.

По нашему мнению, в трансплантационной системе появляется интересная философская проблема - донор обычно не знает конкретного реципиента, а реципиент может никогда не узнать донора. Возникает форма анонимной взаимности. С одной стороны, «я помогаю неизвестному человеку после моей смерти», а с другой стороны - общество создает систему, в которой аналогичная помощь потенциально доступна другим. Поэтому общественная солидарность здесь имеет не личный, а институциональный характер. Это не обязательно отношение: донор → конкретный реципиент, а скорее отношение: человек → общество → система донорства → нуждающийся человек.

В более широком смысле трупное донорство можно рассматривать как элемент особого общественного договора: общество уважает человека и его тело, обеспечивает защиту его воли, а после смерти создает возможность использовать органы для помощи другим в пределах закона. Так возникает взаимное обязательство: общество защищает донора → донорская система помогает реципиентам → общество поддерживает доверие к системе. Поэтому доверие становится важнейшим условием солидарности. Если общество сомневается в том, что смерть устанавливается независимо от трансплантации, или опасается произвольного использования тела, готовность к донорству может снижаться.

Солидарность и запрет инструментализации. Здесь находится одна из наиболее глубоких границ леммы. Можно сказать: «Орган нужен другому человеку, поэтому тело умершего должно быть использовано». Но этически более корректная конструкция должна выглядеть: «Органы умершего могут быть использованы для помощи другим людям, если это соответствует воле донора либо предусмотренному законом режиму, осуществляется после надлежащего установления смерти и не нарушает достоинство умершего». Таким образом, общественная польза не является самостоятельным оправданием любого вмешательства в тело умершего. То есть солидарность должна быть процедурно и этически ограниченной.

Лемма общественной солидарности вводит в теорию еще одно измерение. Предыдущие леммы в основном рассматривали отношения: человек ↔ собственное тело ↔ смерть, а теперь появляется: умерший ↔ общество ↔ реципиент. Тело умершего становится своеобразным пограничным пространством между индивидуальным и общественным. Именно здесь возникает принцип: «человек не обязан превращаться в средство для общества, но его посмертное донорство может стать формой участия в сохранении жизни других».

Таким образом, лемма общественной солидарности при трупном донорстве и посмертной трансплантации устанавливает, что посмертное донорство может выступать институциональной формой общественной солидарности, посредством которой органы умершего используются для сохранения жизни или здоровья других людей при условии уважения его прижизненного волеизъявления, неприкосновенности умершего тела, человеческого достоинства и принципов справедливого распределения трансплантационных ресурсов.

Общественная польза от донорства не создает безусловного права общества на тело умершего и не может сама по себе оправдывать вмешательство в него. Краткая формула: «Автономия донора → посмертное донорство → помощь реципиенту → общественная солидарность → справедливое распределение» или иначе «Тело умершего может стать источником жизни для других, но общественная солидарность не превращает его в общественную собственность».

На данном этапе у нас уже вырисовывается довольно четкое этико-правовое ядро трупного донорства: а) Лемма эквивалентности смерти - устанавливает значение смерти независимо от трансплантации; б) Лемма смерти мозга - конкретизирует проблему установления смерти при сохранении физиологических функций организма; в) Лемма неприкосновенности умершего тела - устанавливает особую охрану тела после смерти; г) Лемма посмертной автономии - определяет нормативное продолжение прижизненной воли; д) Лемма прижизненного волеизъявления - определяет источник этой воли и условия ее формирования; ж) Лемма общественной солидарности - вводит общественное измерение донорства и связывает индивидуальную автономию с интересами других людей.

Таким образом, последняя лемма делает следующий концептуальный переход: от «права человека на собственное тело» → к «ответственному общественному использованию телесного ресурса после смерти», но при сохранении принципиального ограничения: общественная солидарность должна строиться на уважении личности, а не на ее инструментализации.

Глава 2. Дилеммы смерти, воли и права на тело.

2.1. Дилемма трупного донорства заключается в фундаментальном столкновении двух этико-правовых начал. С одной стороны, уважения к автономии, достоинству и неприкосновенности умершего человека, а с другой стороны - необходимости использовать жизнеспособные органы после его смерти для спасения или лечения других людей. Иными словами, трупное донорство ставит общество перед вопросом: где проходит граница между правом умершего на уважительное обращение с его телом и правом живого человека получить орган, необходимый для сохранения жизни или здоровья? Краткая формула: «Неприкосновенность умершего тела ↔ необходимость спасения жизни реципиента.»

На наш взгляд можно выделить два полюса дилеммы. Первый. Автономия и достоинство умершего, что включает прижизненное волеизъявление; право на отказ от донорства; уважение к телу после смерти; недопустимость произвольного изъятия органов; защиту от инструментализации; уважение религиозных, культурных и личных представлений о посмертном обращении с телом в пределах правового режима. Второй. Интерес реципиента и общественная необходимость трансплантации, что включает: сохранение жизни; лечение тяжелого заболевания; предотвращение инвалидизации; использование органов, которые после смерти могут утратить жизнеспособность; справедливое распределение дефицитного трансплантационного ресурса. Таким образом, один полюс защищает умершего от неправомерного использования тела, а другой - живого человека от утраты возможности получить необходимый орган.

Проблема не сводится к вопросу: «Можно ли изымать органы у умершего?». При наличии установленного законом согласия или иной допустимой модели донорства ответ может быть положительным. По нашему мнению, действительная проблема гораздо глубже: может ли общественная необходимость в спасении жизни другого человека ограничивать посмертную автономию и неприкосновенность тела умершего? И наоборот: может ли отказ умершего от донорства препятствовать использованию органов, которые потенциально могли бы спасти другого человека? Именно столкновение этих нормативных оснований образует дилемму.

Дилемма не означает равенства ценности двух полюсов. Мы поняли то, что для теории важно не превращать дилемму в арифметическое сопоставление - одна жизнь против нескольких жизней, ибо, такой подход слишком быстро превращает тело умершего в ресурс и создает риск инструментализации. Поэтому необходимо сохранять самостоятельное значение обоих начал: «жизнь реципиента имеет высокую ценность, но эта ценность не предоставляет автоматически неограниченного права на тело умершего». Но при этом, одновременно, неприкосновенность тела умершего не должна пониматься как абсолютный запрет любого посмертного донорства, если человек при жизни согласился на него либо такая возможность установлена действующим правовым режимом.

В контексте сформулированных нами лемм, дилемма особенно ясно проявляется как столкновение двух принципов: «посмертная автономия $\uparrow$ общественная солидарность». Если посмертная автономия утверждает, что «моя воля относительно моего тела должна иметь значение после моей смерти», то общественная солидарность утверждает - «органы умершего могут помочь другим людям продолжить жизнь». Поэтому дилемма возникает не между добром и злом, а между двумя позитивными этико-правовыми ценностями. Между тем, лемма прижизненного волеизъявления позволяет существенно изменить структуру этой дилеммы. Если человек при жизни выразил согласие: «воля донора $\rightarrow$ донорство $\rightarrow$ трансплантация», а если выразил отказ: «отказ $\rightarrow$ ограничение или исключение донорства в соответствии с правовым режимом».

В указанном контексте, на наш взгляд, значительная часть конфликта может быть снята путем предварительного автономного определения судьбы тела. Однако, как нам кажется, полностью дилемма не исчезает, поскольку остаются вопросы: достаточности формы согласия; изменения волеизъявления; роли родственников; неопределенности воли; различных режимов согласия; пределов вмешательства в тело; справедливости распределения органов.

Понятно, что особая форма дилеммы возникает тогда, когда позиция семьи расходится с волей умершего. Например: умерший согласился $\rightarrow$ семья возражает; или: умерший отказался $\rightarrow$ семья желает разрешить донорство. Здесь появляются уже три стороны: умерший $\rightarrow$ семья $\rightarrow$ реципиент. Поэтому дилемма трупного донорства может расширяться до более сложной полилеммы посмертного решения, где требуется определить иерархию источников волеизъявления.

С правилом мертвого донора существует принципиальная связь. Если правило мертвого донора устанавливает границу «Нельзя причинить смерть ради получения органов», то

дилемма трупного донорства возникает после установления этой границы: «если человек уже умер, насколько далеко может зайти общество в использовании его тела для помощи другим?». Таким образом, правило мертвого донора ограничивает медицинское вмешательство до смерти, а дилемма трупного донорства определяет пределы допустимого вмешательства после смерти.

Лемма устанавливает, что тело умершего не становится обычной вещью, а дилемма спрашивает: может ли общественная и медицинская необходимость оправдать ограниченное вмешательство в это тело? Ответ не должен быть сформулирован как безусловное разрешение или запрет. Как нам кажется, более точной конструкцией будет следующее выражение: «Вмешательство допустимо только тогда, когда существует самостоятельное правовое основание, соблюдена воля умершего в предусмотренном законом объеме, смерть установлена надлежащим образом, а само вмешательство ограничено целью и правилами трансплантации».

Очевидно, главная опасность – это превращение солидарности в принуждение. Здесь проходит важная граница. Если общественная солидарность может обосновывать: «После смерти органы могут помочь другим», но она не должна автоматически превращаться в «После смерти общество получает право распоряжаться телом человека». Это принципиально разные положения, а потому можно сформулировать мысль так: «Солидарность является основанием общественной значимости донорства, но не самостоятельным основанием безграничного распоряжения телом умершего».

Общепонятно, что трупное донорство создает своеобразный этический парадокс смерти: «то, что после смерти уже не может служить самому человеку, может продолжить служить жизни другого человека». Ну а как можно понимать, что одновременно тело сохраняет принадлежность к человеческой биографии умершего. В этом контексте, следует признать, что орган имеет двойное измерение. С одной стороны, биологическое - пригодность к пересадке, а с другой - антропологическое - происхождение от конкретного человека. И именно между этими измерениями возникает дилемма.

Таким образом, дилемма трупного донорства при трупном донорстве и постмортальной трансплантации заключается в необходимости соотнести право умершего на уважение его прижизненного волеизъявления, достоинства и особой неприкосновенности его тела с общественной и медицинской необходимостью использования жизнеспособных органов для сохранения жизни и здоровья других людей. Дилемма возникает в точке пересечения индивидуальной автономии и общественной солидарности и требует определения пределов, в которых посмертное использование тела может быть признано допустимым, не превращая общественную пользу в основание для инструментализации умершего.

Краткая формула: «Автономия умершего ↔ солидарность с живыми» или более развернуто: «Органы умершего могут продолжить жизнь другого, но возможность спасения другого не отменяет права умершего на уважение его воли и тела». Эта дилемма логично следует после блока фундаментальных лемм, который у вас уже сформировался: эквивалентность смерти → смерть мозга → неприкосновенность умершего тела → посмертная автономия → прижизненное волеизъявление → общественная солидарность → дилемма трупного донорства. Тем самым первые шесть лемм, по нашему мнению, формируют нормативные основания, а дилемма трупного донорства впервые сталкивает эти основания между собой: неприкосновенность ↔ донорство; автономия ↔ солидарность; воля умершего ↔ потребность живого; достоинство ↔ медицинская необходимость. Это делает ее естественным первым интеграционным этическим узлом теории этико-правовой регламентации трупного донорства.

2.2. Дилемма автономии и солидарности при трупном донорстве и постмортальной трансплантации заключается в необходимости соотнести право человека самостоятельно определить судьбу собственного тела после смерти с общественной потребностью использовать органы умершего для сохранения жизни и здоровья других людей. Это более фундаменталь-

ная дилемма, чем просто дилемма трупного донорства. Она выявляет ценностное противоречие, лежащее в основании всей системы посмертной трансплантации: чем сильнее общество нуждается в органах умерших для спасения живых, тем острее возникает вопрос о пределах автономии человека в отношении собственного тела. Краткая формула: «Автономия личности ↔ общественная солидарность». Речь идет о двух полюсах:

Первый. Автономия, означающая признание за человеком права самостоятельно принимать решения относительно собственного тела. В контексте трупного донорства она проявляется прежде всего в возможности: согласиться на посмертное донорство; отказаться от него; изменить ранее принятое решение; определить, насколько это допускается законом, условия посмертного использования своего тела. Здесь действует исходная логика: «Мое тело - предмет моего автономного решения, в том числе относительно его судьбы после моей смерти». Именно этот полюс обосновывается леммой прижизненного волеизъявления и леммой посмертной автономии.

Второй. Солидарность, которая представляет противоположное направление. После смерти человека его органы могут стать источником жизни или здоровья для других людей. Возникает логика: «То, что уже не может быть использовано умершим, может сохранить жизнь другому». Общество поэтому создает институты донорства, трансплантации, распределения органов и медицинского сопровождения. Однако солидарность не должна автоматически означать: «Общество имеет право распоряжаться телом умершего». Именно здесь проходит принципиальная граница.

Конфликт возникает в ситуации, когда интерес общества в использовании органов сталкивается с волей человека относительно судьбы собственного тела. Наиболее очевидные варианты: а) Согласие донора + общественная потребность → автономия и солидарность совпадают; б) Отказ донора + высокая потребность в органе → возникает собственно нормативный конфликт; в) неизвестная воля + высокая трансплантационная потребность → возникает проблема определения того, какое основание должно иметь приоритет. Поэтому дилемма наиболее остра не тогда, когда автономия и солидарность направлены в одну сторону, а тогда, когда они дают противоположные нормативные требования.

Если сделать абсолютной автономию любой отказ автоматически исключает использование органов независимо от общественных последствий, а если сделать абсолютной солидарность, то общественная потребность может позволить использовать органы независимо от воли умершего. Обе конструкции приводят к чрезмерному упрощению, а потому для нашей теории продуктивнее исходить из положения: «автономия и солидарность являются не взаимоисключающими, а взаимно ограничивающими принципами», когда автономия устанавливает границы солидарности, а солидарность определяет общественное значение донорства, но не отменяет автономию.

Как нам кажется, особенно важен случай отказа. Именно отказ позволяет увидеть сущность дилеммы наиболее отчетливо. Предположим: человек при жизни однозначно отказался от посмертного донорства, а после его смерти существует пациент, которому потенциально может помочь соответствующий орган. Возникает конфликт: «уважить решение умершего» против «использовать орган для спасения живого». Здесь общественная польза сталкивается с автономным самоопределением. Поэтому для теории важно сформулировать положение: «ценность спасения жизни сама по себе не превращает тело умершего в ресурс, свободный от ограничений автономии».

Нужно отметить, что дилемма существенно меняется, если существует четкое прижизненное решение. Тогда появляется нормативная последовательность: автономное решение → смерть → реализация ранее выраженной воли → донорство → помощь реципиенту. В этом случае автономия и солидарность не обязательно находятся в конфликте. Напротив, автономия одного человека становится механизмом реализации солидарности общества.

Солидарность может быть добровольной или институциональной. Здесь полезно различать два уровня: а) Индивидуальная солидарность, когда человек добровольно решает стать донором; б) Институциональная солидарность, когда государство и медицинская система создают механизм, посредством которого органы распределяются между нуждающимися пациентами. Вторая форма не должна подменять первую, ибо, иначе возникает опасность - институциональная солидарность начинает действовать вместо автономии человека. В этом аспекте, система трансплантации должна быть построена таким образом, чтобы общественная солидарность реализовывалась через правовые процедуры, а не посредством неограниченного распоряжения телом умершего.

Автономия и солидарность - не единственные принципы, так как после формирования донорского ресурса возникает еще один вопрос: кому должен достаться орган? Это уже проблема справедливости распределения. Так постепенно возникает трехзвенная конструкция: автономия донора → солидарность общества → справедливость распределения. Автономия отвечает на вопрос о том, можно ли использовать тело? Солидарность - зачем общество использует донорский ресурс? Справедливость - кому этот ресурс должен быть предоставлен?

Лемма неприкосновенности умершего тела также занимает здесь важное место. Неприкосновенность означает: общественная полезность не превращает тело умершего в обычный объект использования, а автономия добавляет: решение самого человека относительно тела должно иметь нормативное значение, тогда как солидарность добавляет: посмертное донорство может иметь общественную ценность. В результате, неприкосновенность устанавливает предел вмешательства, автономия определяет значение воли, а солидарность объясняет общественную цель допустимого вмешательства.

Наиболее глубокий вопрос здесь, как нам кажется, можно сформулировать так: «является ли человек после смерти полностью свободным от общественных обязательств или его прижизненная принадлежность к человеческому сообществу допускает определенную форму посмертной солидарности?». Ответ не должен сводиться к утверждению, что умерший «обязан» спасать других. Более точная конструкция все же выглядит так: «общество вправе создавать институты посмертного донорства, но легитимность этих институтов зависит от того, насколько они способны совместить общественную пользу с уважением автономии и достоинства человека».

Таким образом, дилемма автономии и солидарности при трупном донорстве и постмортальной трансплантации заключается в необходимости соотнести автономное право человека определять судьбу собственного тела после смерти с общественной потребностью использовать жизнеспособные органы умершего для сохранения жизни и здоровья других людей. Автономия устанавливает пределы допустимого посмертного использования тела, тогда как солидарность определяет общественную значимость донорства.

Дилемма возникает в тех случаях, когда прижизненная воля человека и общественная потребность в трансплантационных органах направлены в противоположные стороны, и требует определения правовых пределов, в которых общественная солидарность может реализовываться без утраты уважения к автономии и достоинству умершего. Краткая формула: «Автономия определяет предел; солидарность определяет общественную цель» или иначе и точнее: «Общество может нуждаться в органе умершего, но потребность общества не заменяет волю человека».

Следует подчеркнуть, что в системе уже сформированных нами понятий эта дилемма является центральным этическим узлом: прижизненное волеизъявление → посмертная автономия ↔ общественная солидарность → трупное донорство → справедливость распределения. При этом дилемму трупного донорства и дилемму автономии и солидарности лучше сохранить как два разных уровня. Первая описывает общий конфликт между неприкосновенностью тела и медицинской необходимостью, тогда как вторая выявляет его более глубокую норма-

тивную структуру: «кто и на каком основании определяет судьбу тела умершего - сам человек посредством своей прижизненной воли или общество посредством необходимости спасения других?»).

2.3. Дилемма презумпции согласия и презумпции несогласия при трупном донорстве и постмортальной трансплантации заключается в необходимости определить, какое исходное правовое значение должно придаваться отсутствию явно выраженного прижизненного решения человека о посмертном донорстве: следует ли предполагать его согласие на изъятие органов или, напротив, считать, что отсутствие согласия означает запрет на такое вмешательство. Краткая формула: «Молчание умершего → презумпция согласия ↔ презумпция несогласия». Кстати, это одна из центральных дилемм системы, поскольку здесь непосредственно сталкиваются автономия личности, общественная солидарность и необходимость формирования трансплантационного ресурса.

Сущность двух противоположных презумпций заключается в следующем: а) Презумпция согласия исходит из того, что при отсутствии прижизненного отказа человек считается согласившимся на посмертное донорство в пределах установленного законом режима. Логика: нет отказа → предполагается согласие → органы могут быть использованы после смерти при соблюдении иных условий; б) Презумпция несогласия строится противоположным образом: нет явно выраженного согласия → согласие не предполагается → органы не могут быть изъяты без дополнительного юридического основания. Логика: нет согласия → нет достаточного основания для вмешательства. Таким образом, один и тот же факт - отсутствие выраженной воли - получает противоположное нормативное значение.

Дилемма возникает из вопроса: можно ли считать молчание человека формой согласия на посмертное использование его тела? С философской точки зрения здесь сталкиваются два принципа. Первый. Автономное решение должно быть выражено человеком. Второй. Отсутствие возражения может рассматриваться как достаточное основание для определенной формы общественно полезного действия, если человек имел возможность возразить. Но молчание само по себе не обязательно означает согласие, ибо, человек мог не знать о существовании соответствующего режима, не интересоваться вопросом, не успеть принять решение, не понимать юридических последствий; а также не иметь возможности выразить волю. Поэтому молчание и согласие - не логически тождественные понятия.

Презумпция согласия – это механизм солидарности. Сторона презумпции согласия связана прежде всего с общественной солидарностью, которая позволяет сформировать более широкий пул потенциальных доноров и предполагает: «если человек не выразил возражения, после смерти его органы могут быть использованы для помощи другим в соответствии с законом». В философском плане, как нам кажется, это означает: отсутствие отказа трактуется как допустимость участия в системе посмертной солидарности. Однако такая конструкция требует, чтобы человек действительно имел реальную возможность знать о существовании системы и выразить свое несогласие. Иначе презумпция согласия рискует превратиться из механизма автономии в механизм фактического принуждения.

Презумпция несогласия – это механизм защиты автономии. Презумпция несогласия исходит из другой исходной позиции: никто не должен подвергаться вмешательству в тело после смерти, если отсутствует достаточное основание полагать, что человек согласился на него. Она максимально защищает: телесную автономию; неприкосновенность тела; свободу отказа; принцип информированного согласия; индивидуальное самоопределение. Ее логика: сомнение относительно воли человека трактуется в пользу сохранения неприкосновенности тела. Но такая модель может приводить к другому следствию: значительная часть людей, которые не возражали бы против донорства, но никогда не выразили согласия, фактически не становятся донорами.

В вышеназванном контексте, дилемма не сводится к «доноры против недоноров». В действительности она касается правового значения молчания. Именно это следует сделать центральным предметом анализа. К примеру, вопроса: что означает отсутствие волеизъявления? Возможные интерпретации: молчание = согласие; молчание = несогласие; молчание = отсутствие решения. Последний вариант особенно важен для нашей теории. Он показывает, что бинарная дилемма может иметь скрытую третью проблему: «можно ли вообще приравнивать отсутствие волеизъявления к одному из двух волевых решений?». Это позволяет впоследствии перейти от дилеммы к более сложной правовой модели.

Предыдущая лемма утверждает, что прижизненная воля человека является исходным нормативным основанием посмертного донорства, а дилемма презумпций возникает именно тогда, когда такой воли нет или она неизвестна. Получается, что есть выраженная воля → применяется установленный режим ее реализации, воля отсутствует → возникает вопрос о презумпции. Поэтому эту дилемму можно рассматривать как пограничный случай принципа автономии. Если посмертная автономия говорит о том, что прижизненная воля продолжает иметь значение после смерти, то что делать, если человек никогда не выразил волю? Тогда посмертная автономия не дает готового ответа. Возникает нормативный вакуум: «нет решения → кто получает право заполнить этот вакуум?». Презумпция согласия отвечает, что общество исходит из возможности донорства, тогда как презумпция несогласия отвечает, что общество исходит из защиты тела. Именно здесь раскрывается сущность дилеммы.

Особенно сложной становится ситуация, когда человек не выразил своего решения, а родственники заявляют: «Он наверняка хотел бы быть донором» или: «Он никогда бы на это не согласился». Тогда возникает вопрос: могут ли родственники выражать волю умершего или они выражают собственное мнение? Это принципиально разные вещи. Для теории необходимо различать: воля умершего; предполагаемая воля умершего; воля родственников; решение государства или медицинской системы. Смещение этих категорий существенно усложняет этико-правовую конструкцию.

Рассуждение перенесем на то, что презумпция - это доверие к системе трансплантации. Выбор модели имеет значение не только для конкретного донора, но и влияет на общественное доверие к трансплантационной системе. Если граждане воспринимают презумпцию согласия как прозрачную систему, в которой каждый имеет реальную возможность отказаться, она может рассматриваться как институциональная форма солидарности. Если же возникает представление, что органы могут быть изъяты без ведома и без реальной возможности отказа, это может подрывать доверие к системе. Поэтому важен дополнительный принцип: «легитимность презумпции зависит не только от ее юридической конструкции, но и от реальной доступности механизма информирования и выражения воли».

Интересна по сути дилемма как конфликт автономии и общественного интереса. В более общем виде презумпция согласия преимущественно усиливает сторону общественной солидарности, тогда как презумпция несогласия - преимущественно усиливает сторону индивидуальной автономии. Но это не означает, что одна модель «за автономию», а другая «против нее». Презумпция согласия также может быть обоснована через автономию - например, если предполагается, что человек имел достаточную информацию и реальную возможность отказаться. Поэтому более точная формула: вопрос состоит не только в том, какая презумпция выбрана, но и в том, насколько она совместима с реальной автономией человека.

Таким образом, дилемма презумпции согласия и презумпции несогласия при трупном донорстве и постмортальной трансплантации заключается в необходимости определить правовое значение отсутствия явно выраженного прижизненного волеизъявления человека относительно посмертного использования его органов. Презумпция согласия рассматривает отсутствие отказа как достаточное основание для допустимости донорства при соблюдении

установленных условий, тогда как презумпция несогласия требует наличия выраженного согласия либо иного предусмотренного законом основания для изъятия органов.

Дилемма тем самым отражает столкновение принципа общественной солидарности с требованием максимальной защиты автономии и неприкосновенности умершего тела. При этом отсутствие волеизъявления не тождественно ни согласию, ни отказу, что требует самостоятельного определения правового режима молчания или неопределенной воли. Краткая формула: «Нет волеизъявления → согласие предполагается ↔ согласие не предполагается» или более глубоко: «Молчание человека ≠ автоматически согласие и ≠ автоматически отказ», то есть право должно определить, какое нормативное значение приобретает отсутствие воли.

Данная дилемма логично следует после: леммы прижизненного волеизъявления → леммы посмертной автономии → леммы общественной солидарности → дилеммы автономии и солидарности. После нее естественно перейти к вопросам: кто определяет отсутствие воли? какова роль семьи при неизвестной воле? может ли предполагаемая воля заменить выраженную? должно ли государство отдавать приоритет автономии или трансплантационной солидарности при неопределенности? Таким образом, дилемма презумпции согласия и несогласия является процедурным выражением более глубокой дилеммы автономии и солидарности: она переводит философский конфликт из вопроса «что важнее?» в конкретный юридический вопрос - «что должно означать молчание человека после его смерти?».

2.4. Дилемма воли умершего и воли семьи при трупном донорстве и постмортальной трансплантации заключается в необходимости определить, чье решение должно иметь определяющее значение в отношении посмертного использования органов умершего: заранее выраженная воля самого человека или позиция его родственников после его смерти. Формула дилеммы: «Воля умершего ↔ воля семьи» или более развернуто «Прижизненное волеизъявление → смерть → воля умершего сохраняет нормативное значение ↔ семья выражает собственную позицию относительно донорства».

В чем же состоит центральный конфликт? При жизни человек обладает возможностью самостоятельно определить судьбу своего тела после смерти. Он может согласиться на донорство, отказаться от него, установить определенные ограничения или же вообще не выразить своей позиции. После смерти возникает семья, которая может знать убеждения умершего, его религиозные или мировоззренческие взгляды, отношение к донорству и предполагаемую волю. Отсюда возникает принципиальный вопрос: может ли семья изменить, ограничить или заменить решение, которое человек уже принял при жизни? И обратный вопрос: если человек ничего не решил при жизни, кто вправе определить судьбу его тела - государство, медицинская система или семья?

Бесспорно, воля умершего и воля семьи - разные нормативные категории. Если воля умершего - это решение, принятое самим человеком при жизни относительно судьбы собственного тела после смерти, то воля семьи - это решение живых родственников относительно тела умершего. Они могут совпадать, но не являются одним и тем же, а потому нельзя автоматически превращать мнение родственников в «волю умершего». Необходимо различать: выраженную волю умершего; предполагаемую волю умершего; согласие семьи; несогласие семьи. Это различие позволит избежать смешения автономии умершего и эмоционального или социального интереса родственников.

Наиболее простая ситуация возникает тогда, когда человек при жизни ясно выразил свое решение. Например: «Я согласен быть посмертным донором» или: «Я запрещаю использовать мои органы после смерти». Здесь возникает вопрос о том, должна ли семья иметь право отменить такое решение. С точки зрения принципа прижизненного волеизъявления логика такова: «решение человека о собственном теле не должно автоматически утрачивать силу вследствие его смерти». Именно здесь дилемма непосредственно связана с разработанной нами леммой

посмертной автономии: «смерть прекращает способность человека принимать новые решения, но не обязательно прекращает нормативное действие уже принятого решения».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.