

Kiedy umiera człowiek?

Wojciech Rowiński

Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2012; 2: 157–158



Każda publiczna dyskusja o transplantologii obarczona jest obawą o społeczny odbiór tej niezwykle istotnej, a zarazem budzącej wiele emocji i obaw gałęzi medycyny. Wypowiadając się na tematy związane z przeszczepianiem, chirurg transplantolog musi sobie zdawać sprawę ze skutków, jakie mogą przynieść jego słowa, oraz z nieporozumień i kontrowersji, jakie otaczają kwestię przeszczepiania narządów w dyskusji publicznej. Duża część wątpliwości dotyczących etycznej strony przeszczepiania wynika z tego, że jest to dziedzina medycyny fundamentalnie związana z kwestiami śmierci i życia oraz z nietrywialnym zadaniem wytyczenia granicy pomiędzy nimi.

Przez setki lat medycyna postęgiwała się klasycznym kryterium śmierci. Śmierć oznaczała, że doszło do nieodwracalnego ustania krążenia krwi i czynności oddechowej. Rozpoznanie zgonu opierało się na stwierdzeniu trwałej utraty przytomności, braku akcji oddechowej, ustania krążenia, braku odruchów, ochłodzenia i zblednięcia powłok oraz rozszerzenia źrenic.

Rozwój anestezjologii i intensywnej terapii spowodował, że po zatrzymaniu krążenia i akcji oddechowej, czyli **śmierci klinicznej**, w wyniku prawidłowo prowadzonej akcji resuscytacyjnej można je przywrócić. W powodzeniu zabiegów resuscytacyjnych decydującą rolę odgrywa ośrodkowy układ nerwowy. Skuteczna reanimacja ma miejsce wtedy, gdy po upływie pewnego czasu mózg podejmuje samodzielną pracę. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy zabiegi resuscytacyjne podjęto i prawidłowo przeprowadzono w okresie pierwszych kilku minut po wystąpieniu śmierci klinicznej. Każdy lekarz, który prowadził akcję resuscytacyjną, doskonale jednak wie, że zaprzestaje się działania, gdy nie udaje się przywrócić czynności serca i/lub gdy pojawiają się objawy śmierci mózgu.

Czasami pomimo prawidłowo stosowanej akcji resuscytacyjnej dochodzi do nieodwracalnego ustania czynności mózgu, czyli do **śmierci osobniczej**. Nawet wówczas, gdy udało się przywrócić czynność serca i krążenie krwi, a dzięki zastosowaniu sztucznej wentylacji respiratorem wymianę gazową (co powoduje, że podtrzymywana jest czynność nerek, wątroby i innych narządów), dochodzi do nieodwracalnego ustania czynności mózgu.

Nieodwracalne ustanie czynności mózgu będące jednoznaczne ze śmierci osobniczą oznacza stan, z którego nie ma odwrotu. Po pewnym czasie dochodzi do śmierci biologicznej całego organizmu i pojawiają się znamiona śmierci.

Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że poszczególne tkanki i narządy nie umierają w tym samym czasie. Człowiek umiera jednak, gdy dochodzi do śmierci mózgu jako całości.

Rozpoznanie zgonu pacjenta jest obowiązkiem lekarza. Po rozpoznaniu zgonu pacjenta wypełniamy kartę zgonu, a władze administracyjne wystawiają akt zgonu, który pozwala na organizację pogrzebu. **Kiedy zatem mamy prawo rozpoznać zgon pacjenta?**

Kryteria rozpoznania zgonu muszą odpowiadać koncepcji śmierci. Osoby wierzące różnych wyznań są przekonane, że w następstwie zgonu dusza opuszcza ciało. Ta koncepcja może wydawać się przekonująca, ale ze zrozumiałych względów niemożliwe jest ustalenie jakichkolwiek kryteriów.

Zgon człowieka rozpoznajemy, gdy doszło do nieodwracalnego ustania krążenia i czynności oddechowej lub gdy rozpoznajemy śmierć mózgu.

W 1968 r. na spotkaniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (ang. *World Medical Association* – WMA) ogłoszono tzw. Deklarację z Sydney, czyli „Komunikat na temat śmierci”. W deklaracji tej zastąpiono sformułowanie „śmierć na skutek ustania czynności serca” określeniem „śmierć mózgowa”. W tym samym roku Nadzwyczajna Komisja Uniwersytetu Harvarda w Bostonie opracowała definicję śmierci mózgowej. Stanowisko komisji harwardzkiej, w porozumieniu z Amerykańskim Stowarzyszeniem Lekarzy, utworowało drogę do prawnego uregulowania kwestii kryterium śmierci. W tym celu w 1980 r. powołano w Stanach Zjednoczonych Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, która w Akcie jednolitego ustalania śmierci (ang. *Uniform Determination of Death Act* – UDDA) zaleciła stosowanie kryterium śmierci mózgu wszystkim stanom w Ameryce.

Definicja śmierci mózgowej, w której śmierć mózgu oznacza śmierć organizmu jako całości, została przyjęta

Adres do korespondencji: Wojciech Rowiński, konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej, e-mail: wrowins@gmail.com

przez większość krajów. Najszybciej, bo w marcu 1972 r., zalegalizowano ją w Finlandii. W Polsce wprowadzono ją 1 lipca 1984 r. komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Zmodyfikowano ją w niewielkim stopniu dwukrotnie – w 1994 i 1996 r. Obecnie obowiązujące wytyczne znalazły się w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 r.

Wysocy przedstawiciele prawie wszystkich religii świata zaakceptowali koncepcję śmierci mózgu jako śmierci człowieka.

Papieska Rada Cor Unum w 1981 r., powołując się na medyczny, społeczny i prawny stan związany z określeniem kryterium śmierci, stwierdza: „Wzrasta jednak zgoda co do tego, że za zmarłego należy uznać człowieka, u którego zostałby stwierdzony całkowity i nieodwracalny brak aktywności mózgu (śmierć mózgową)”.

Papieska Akademia Nauk w „Deklaracji o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci” z 21 października 1985 r. formułuje w tym względzie wyraźne stanowisko: „Osobę uznaje się za zmarłą, gdy doznała nieodwracalnej utraty wszelkiej zdolności utrzymania czynności ustrojów integracyjnych i koordynacyjnych – tak fizycznych, jak i umysłowych. W czasie dyskusji stwierdzono, że śmierć mózgu jest prawdziwym kryterium śmierci, bowiem ostateczne ustanie czynności krążenia i oddychania prowadzi bardzo szybko do śmierci mózgowej”.

W 1986 r. Międzynarodowa Islamska Akademia Fiqh wydała fatwę numer 5, w której napisano: „Osobę uważa się za zmarłą i wszelkie związane prawa szariatu mają zastosowanie, gdy [...] wszelkie podstawowe czynności mózgu ulegną kompletnemu zatrzymaniu, bez możliwości ich przywrócenia”. W tym samym roku Naczelny Rabinat Izraela po powołaniu specjalnej komisji złożonej z lekarzy i rabinów stwierdził, że śmierć mózgu jest wystarczającym kryterium w świetle tradycji prawa halachicznego.

Koncepcji śmierci mózgu towarzyszą ściśle określone kryteria jej rozpoznania. W rozpoznaniu zgonu nie ma miejsca na pomyłkę. W Polsce śmierć mózgu rozpoznaje komisja złożona z trzech lekarzy specjalistów, opierając się na bardzo precyzyjnie przedstawionych wytycznych,

które opracował zespół powołany przez ministra zdrowia. Wytyczne opublikowane zostały w postaci obwieszczenia Ministra Zdrowia, a zasady stosowania śmierci mózgu jako równoznacznej z rozpoznaniem zgonu umieszczone w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (2009).

Być może takie usadowienie definicji śmierci w aktach prawnych powoduje, że w percepcji środowiska lekarskiego w Polsce (i chyba nie tylko w Polsce) rozpoznanie śmierci mózgu dla rozpoznania zgonu pacjenta wykorzystywane jest prawie wyłącznie w przypadku, gdy dochodzi do zamiaru pobrania narządów w celu ich przeszczepienia. Liczba chorych, którzy umierają na oddziałach intensywnej terapii, neurologii i neurochirurgii w Polsce, jest bardzo znaczna. W 2010 r. w Polsce spośród 55 000 pacjentów leczonych na oddziałach intensywnej terapii zmarło 18 500 osób. Z danych opracowanych przez Komisję Europejską wiadomo, że u ponad 3500 z tych pacjentów można było rozpoznać śmierć mózgu i zakończyć terapię, wypełnić kartę zgonu i przekazać zwłoki chorego rodzinie w celu pochówku. W Katalogu Świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia umieszczona jest procedura komisyjnego rozpoznania zgonu. W tym samym roku śmierć mózgu rozpoznano zaledwie u 550 pacjentów, u których rozważano pobranie narządów do przeszczepienia.

Zaprzestanie uporczywej terapii u pacjentów, u których wystąpiły objawy śmierci mózgu, jest w pełni etyczne. Z ekonomicznego punktu widzenia zwiększyłoby to dostępność łóżek na oddziałach intensywnej terapii, a ponadto pozwoliło na zaoszczędzenie poważnej kwoty pieniędzy, które mogłyby być wykorzystane na leczenie ciężko chorych.

Czy zatem mamy w Polsce sytuację, w której inaczej rozpoznaje się zgon pacjenta, od którego mają być pobrane narządy do przeszczepienia, a w odmienny sposób u pozostałych? Nie wydaje mi się, aby przyczyną takiego stanu rzeczy był brak wiedzy dotyczącej rozpoznawania śmierci mózgu. Przyczyn trzeba szukać gdzie indziej.

Byłoby dobrze, aby ten krótki artykuł rozpoczął dyskusję w środowisku lekarskim na temat rozpoznawania zgonu.