

Kiedy umiera człowiek?

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 pojawiających się w dyskusji publicznej nieporozumień i kontrowersji dotyczących przeszczepiania narządów. Duża część wątpliwości dotyczących etycznej strony przeszczepiania wynika z faktu, że jest to dziedzina medycyny fundamentalnie związana z kwestiami życia i śmierci oraz z niełatwym zadaniem wytyczenia granicy pomiędzy nimi.

Przez setki lat medycyna posługiwała 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.

łania, gdy nie udaje się przywrócić czynności serca i/lub gdy pojawiają się objawy śmierci mózgu.

Czasami pomimo prawidłowo prowadzonej 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 zapewnia się wymianę gazową (co powoduje, że podtrzymywana jest czynność ne-

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

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. O powodzeniu zabiegów resuscytacyjnych decyduje ośrodkowy układ nerwowy. Reanimacja jest skuteczna, gdy po upływie pewnego czasu mózg podejmuje samodzielną pracę. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy zabiegi resuscytacyjne podjęto i prawidłowo przeprowadzono w pierwszych kilku minutach po wystąpieniu śmierci klinicznej. Każdy lekarz, który prowadził akcję resuscytacyjną, doskonale jednak wie, że zaprzestaje się dzia-

rek, wątroby i innych narządów), dochodzi do nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Nieodwracalne ustanie czynności mózgu, równoznaczne ze śmiercią osobniczą, oznacza stan, z którego nie ma powrotu. 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 wypełnia się kartę zgonu, a władze ad-

ministracyjne wystawiają akt zgonu, który pozwala na organizację pogrzebu. Kiedy zatem mamy prawo rozpoznać zgon? Kryteria rozpoznania zgonu muszą odpowiadać koncepcji śmierci. Osoby wierzące różnych wyznań są przekonane, że w następstwie zgonu dusza opuszcza ciało. Ta koncepcja może się wydawać przekonująca, ale ze zrozumiałych względów niemożliwe jest ustalenie jakichkolwiek kryteriów. Zgon człowieka rozpoznajemy, gdy doszło do nieodwracalnego ustania krążenia i czynności oddechowej lub gdy stwierdzamy śmierć mózgu.

W 1968 r. na spotkaniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) ogłoszono tzw. deklarację z Sydney, czyli „Komunikat na temat śmierci”. W deklaracji tej zastąpiono termin „śmierć na skutek ustania czynności serca” terminem „śmierć mózgową”. W tym samym roku

w niewielkim stopniu dwukrotnie – w roku 1994 i 1996. 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, stwierdziła: *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:

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

Nadzwyczajna Komisja Uniwersytetu Harvarda w Bostonie opracowała definicję śmierci mózgowej. Stanowisko komisji harwardzkiej, w porozumieniu z Amerykańskim Stowarzyszeniem Lekarzy, uitorowało drogę do prawnego uregulowania kwestii kryterium śmierci. W tym celu w 1980 r. powołano w USA Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, która w „Akcje jednolitego ustalania śmierci” (*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 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

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 stwierdzeniu 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 zostały opublikowane w formie 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 środowisku lekarskim w Polsce (i chyba nie tylko w Polsce) rozpoznanie śmierci mózgu dla stwierdzenia zgonu pacjenta wykorzystywane jest prawie wyłącznie wtedy, gdy chodzi o zamiar pobrania narządów w celu ich przeszczepienia. Liczba chorych, którzy umierają na oddziałach intensywnej terapii, neurologii i neurochirurgii w Polsce, jest bardzo duża.

W 2010 r. w Polsce spośród 55 000 pacjentów leczonych na OIT 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 rodzinie w celu pochówku. W katalogu świadczeń NFZ umieszczona jest procedura komisyjnego rozpoznania zgonu. W tym samym roku śmierć mózgu stwierdzono 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 zwiększyłyby to dostępność łóżek na oddziałach intensywnej terapii, a ponadto

pozwoлиło na zaoszczędzenie poważnej kwoty pieniędzy, które mogłyby być wykorzystane na leczenie ciężko chorych.

Czy zatem mamy w Polsce taką sytuację, że inaczej rozpoznaje się zgon pacjenta, od którego mają być pobrane narządy do przeszczepienia, a inaczej u pozostałych osób? Nie wydaje mi się, aby ten stan wynikał z braku 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.

PROF. DR HAB. MED. WOJCIECH ROWIŃSKI