

PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW – MOŻLIWOŚCI I GRANICE PRÓBA SPOJRZENIA ETYCZNEGO

Nie ma jakichkolwiek podstaw do różnicowania oceny wartości życia potencjalnego dawcy i biorcy narządów lub tkanek. Przyjęcie takich różnic prowadziłoby do akceptacji znanego z przeszłości pojęcia „życia niewartego życia”.

Ponad 20 lat temu Józef Bogusz, chirurg i etyk, pisał: „Pewne jest, że nie będzie możliwe odmłodzenie ustroju w drodze zastępowania własnych starych narządów narządami cudzymi, młodymi. Pominąwszy wszystko inne, narząd przeszczepiony starzeje się znacznie szybciej niż własny. Żyje on wśród komórek o innych założeniach genetycznych. Przeżywa przezeń obca dla niego krew, z komórkami różniącymi się od własnych [...] biochemizmem. Te same przyczyny, które spowodowały chorobę własnego narządu, wywołują po pewnym czasie chorobę nowego narządu. Najważniejsze jednak jest to, że co za korzyść zastępowania choćby wielkiej liczby starych narządów młodymi, skoro pomaga to tylko w uzyskaniu starczej demencji mózgu, którego przecież przeszczepić się nie da. Dlatego marzenie o odmłodzeniu pozostaje jedynie w granicach utopii”¹.

Cytat powyższy stanowi w założeniu niniejszego opracowania kanwę, na której pragniemy oprzeć przynajmniej częściowo polemiczne wobec tego cytatu rozważania dotyczące granic i możliwości transplantologii. Rozważania te oparte na wiedzy i doświadczeniu anesteziologa i nauczyciela akademickiego, zajmującego się również problemami deontologii, nie mają ambicji wyczerpania tematu przekraczającego swym zakresem cząstkową przecież wiedzę i doświadczenie piszącego. Poniższe przemyślenia mogą nie współbrzmieć z poglądami innych znawców przedmiotu. Jestem jednak przekonany o tym, iż przedstawienie problemu w sposób nawet kontrowersyjny przyczynić się może, według zasady *audiatur et altera pars*, do reakcji, w wyniku której powstać mogą opracowania coraz bliższe prawdzie. A to jest przecież istotą działalności badawczej, niezależnie od dziedzin, w których prawdy tej się dochodzi.

¹ J. Bogusz, *Chirurgia a etyka*, Kraków 1972, s. 14.

EWOLUCJA POGLĄDÓW

Profesor Bogusz przedstawił wyżej cytowany pogląd na progu siódmej dekady naszego stulecia, w niewiele lat po dokonaniu pierwszego w świecie przeszczepu serca. Kolejne wyniki przeszczepów były coraz mniej zachęcające i pod koniec lat siedemdziesiątych liczba ośrodków transplantacji serca zmalała. Zachowawcze poglądy w odniesieniu do przeszczepiania narządów były także udziałem świata prawniczego, przynajmniej w naszym kraju. W 1969 roku Tadeusz Cyprian (profesor prawa) i Józef Radzicki (lekarz) reprezentowali stanowisko, iż pobranie nerki zdrowemu człowiekowi jest z punktu widzenia prawa karnego uważane za przestępstwo, którego dopuszcza się nie dawca, lecz lekarz, który dokonuje wyjęcia nerki żyjącemu dawcy (nawet za jego zgodą), bez względu na pobudki dawcy i działającego². Współcześnie, również w naszym kraju, opisana sytuacja prawna nie rodzi już skojarzeń z przestępstwem. Z merytorycznego punktu widzenia bowiem panuje powszechnie pogląd, że ze wszystkich narządów, które obecnie są przeszczepiane, w wypadku nerek osiąga się najlepsze wyniki, przy należytym zaś doborze (narząd pobrany od jednojajowego bliźniaka) osiąga się przynajmniej w 80% wieloletnie przeżycia. Prawo okazało się więc tu wtórne w stosunku do praktyki medycznej opartej na aktualnym stanie wiedzy. Opisana wyżej sytuacja nie rodzi już dylematów natury moralnej wobec udokumentowania merytorycznej i ekonomicznej przewagi tego postępowania nad zachowawczymi sposobami leczenia chorych z niewydolnością nerek, a także w świetle olbrzymich, wciąż nie zaspokojonych w tym względzie potrzeb.

Przedstawiając tę konkretną kwestię medyczno-prawną pragnę jednak zaznaczyć, iż z moralnego punktu widzenia nie wolno generalnie akceptować przypadków wtórności prawa w stosunku do praktyki medycznej. Przykładem może być tu szeroka akceptacja eutanazji w Holandii, zanim została ona zatwierdzona przez tamtejszy parlament. Jest to jednakże problem zasługujący na odrębne opracowanie.

STAN AKTUALNY

Ósma dekada naszego stulecia przyniosła wraz z poprawą wyników leczenia i postępami w dziedzinie immunologii klinicznej wzrost zainteresowania przeszczepami serca. Wzrosła także liczba narządów i tkanek będących przedmiotem zainteresowania chirurgii przeszczepów, mimo że osiągnane wyniki w ramach tego sposobu leczenia nadal nie mogą sprostać oczekiwaniom. W Polsce przeszczepiono serca już ponad dwustu biorcom i jest to dowód

² Zob. T. Cyprian, J. Radzicki, *Etyka i prawo w transplantologii nerek*, „Służba Zdrowia” 1969, nr 46.

dynamicznego rozwoju transplantologii pomimo niezwykle trudnych warunków ekonomicznych. Również akceptowanym z moralnego punktu widzenia i merytorycznie pozytywnie zweryfikowanym postępowaniem jest przeszczepianie pobranego od żywych dawców szpiku kostnego w leczeniu niektórych postaci białaczek u dzieci.

Zdecydowana większość dawców narządów i tkanek pochodzi z oddziałów intensywnej terapii, które w naszym kraju prowadzone są przez anestezjologów. W fakcie tym znajduję jedno z uzasadnień mego stanowiska, także w kwestiach moralnych związanych z przeszczepianiem narządów i tkanek. Kwestie te bowiem łączą się, czasem bardzo ściśle, z problemami specyficznymi dla oddziałów intensywnej terapii. W oddziałach tych leczeni są chorzy z powodu bezpośredniego zagrożenia życia, zagrożenia, które rozwinęło się zwykle w sposób nagły. Oni też są najczęściej potencjalnymi dawcami narządów. (Leczeniem w oddziałach intensywnej terapii nie obejmuje się zatem wszystkich chorych, u których występuje, w dającym się przewidzieć czasie, niebezpieczeństwo utraty życia, m.in. chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej). Ale także w sytuacji, w której określono w miarę ściśle wskazania do intensywnej terapii, istnieją granice, poza którymi rodzi się pytanie, czy stosowane postępowanie jest jeszcze ratowaniem życia, czy już tylko przedłużaniem procesu umierania.

„W świecie niezwykle technicznego postępu, wielkich naukowych zdobyczy oraz nowoczesnych metod leczniczych uległy przesunięciu granice dzielące życie od śmierci. Ocena tych dwóch stanów, życia i śmierci, odczuwanych dotąd jako diametralnie różne ze względu na swą przeciwstawność, a więc stosunkowo łatwe do uchwycenia, stała się bardziej trudna i złożona” pisał już przed ponad dwudziestu laty Jerzy Sawicki³. Intensywna terapia stanowi w swej istocie przedłużenie postępowania resuscytacyjnego (ożywiania), stąd w jej warunkach nadal aktualne jest pytanie: czy lekarz, zawsze i w każdych warunkach obowiązany jest przeciwstawiać się wszelkimi dostępnymi środkami i sposobami nadchodzącej śmierci pacjenta? Pytanie powyższe można sformułować inaczej i zapytać: jaki ma być zakres czynności lekarza, aby pozostawały one w zgodzie z normami wiedzy lekarskiej, etyki, jego sumieniem i z prawem?⁴

W obliczu krytycznego stanu chorego lekarz staje wobec konieczności podjęcia decyzji o kontynuowaniu leczenia w pełnym zakresie albo ograniczeniu go do postępowania paliatywnego, łagodzącego cierpienia. W takich wypadkach obowiązuje:

³ J. Sawicki, *Zabiegi resuscytacyjne a odpowiedzialność prawna lekarza*, w: *Resuscytacja – teoria i praktyka ożywiania*, red. M. Sych, Warszawa 1972², s. 43.

⁴ Por. M. Sych, *Uwagi ogólne o resuscytacji*, w: *Resuscytacja*, dz. cyt., s. 36 nn.

1. Wykorzystanie wszystkich dostępnych i usprawiedliwionych stanem chorego możliwości terapeutycznych, zastosowanych w wyniku wyczerpującego postępowania diagnostycznego, zanim zespół leczący uzna, że nie wchodzi w grę zmiana niepomyślnego rokowania.

2. Potwierdzenie w obiektywnie udokumentowany sposób nieodwracalności dysfunkcji jednego lub więcej życiowo ważnych układów bądź narządów⁵.

Wymienione wyżej przesłanki warunkujące decyzje lekarskie w odniesieniu do chorych z pogranicza życia i śmierci (borderline patients) nie wydają się rodzić sprzeczności między postępowaniem właściwym z merytorycznego i etycznego punktu widzenia. Dotyczą one m.in. chorych, w odniesieniu do których wysunięto podejrzenie śmierci mózgu.

INTENSYWNA TERAPIA A TRANSPLANTOLOGIA

Sposób podejścia do populacji chorych będących dawcami narządów i tkanek stanowić może źródło dylematów moralnych wówczas, gdy nie uwzględni się zasady, iż nie ma jakichkolwiek podstaw do różnicowania oceny wartości życia potencjalnego dawcy i biorcy narządów lub tkanek. Przyjęcie takiego różnicowania prowadziło do akceptacji znanego z przeszłości pojęcia „życia nie wartego życia”.

Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym, co oznacza, że ogarnia ona tkanki i układy w różnym czasie. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych, już wcześniej obumarłych. Śmiercią człowieka jako zintegrowanej jednostki jest definitywne ustanie krążenia krwi lub definitywne ustanie funkcji mózgu⁶. Określenie śmierci człowieka ma zatem alternatywny charakter, w którym równorzędną rolę odgrywa ustanie krążenia krwi i funkcji mózgu. Podobnie jak stwierdzenie śmierci człowieka w oparciu o kryterium krążeniowe nie oznacza, że z jej nastąpieniem wszystkie tkanki i komórki są martwe, tak również stwierdzenie śmierci człowieka w oparciu o kryteria śmierci mózgu jako całości nie oznacza, że z chwilą jej nastąpienia wszystkie części mózgu i jego komórki są martwe. W śmierci mózgu jako całości czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego. Jej stwierdzenie jest warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym, aby uznać człowieka za zmarłego.

⁵ Zob. M. Rapin, *The Ethics of Intensive Care*, „Intensive Care Medicine” 13(1987) nr 5, s. 300-303.

⁶ Por. *Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Departament Opieki Zdrowotnej, Warszawa 1990 r.

Kryteria śmierci mózgu ulegają zmianom uzależnionym od rozwoju wiedzy. Na progu dziewiątej dekady naszego stulecia ilość informacji medycznych podwaja się już co pięć lat. Stąd częste wprowadzanie do praktyki prawnomedycznej, również w naszym kraju zmian w definicji śmierci człowieka (obowiązujące ustalenia dotyczące kryteriów śmierci mózgu z 1984 r. zostały po raz kolejny zmodyfikowane w 1990 r.). Może to być źródłem wątpliwości w sferze moralnej. Nie ustają zatem wysiłki mające na celu zmniejszenie tych wątpliwości. Ich wyrazem przecież jest ewolucja samej definicji śmierci człowieka. Przebyła ona trzy etapy różniące się w zakresie czynników kwalifikujących i sformułowań:

1. Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna).

2. Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów (tzw. nowa definicja).

3. Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (tzw. nowa zmodyfikowana definicja).

Zmniejszeniu, choć nie wyeliminowaniu wątpliwości natury etycznej w procesie rozpoznawania śmierci mózgu jako przyczyny śmierci człowieka służą w aktualnie obowiązujących wytycznych tzw. wykluczenia. Dotyczą one osób zatrutych, będących w hipotermii i dzieci poniżej piątego roku życia. Zmodyfikowanie ujęcia śmierci człowieka w oparciu o śmierć mózgu jako całości, w której czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego, jest wynikiem poszerzenia wiedzy medycznej w zakresie tanatologii, doświadczenia lekarskiego i badań statystycznych. Stanowi ono dalszy postęp w taktyce intensywnej terapii, której wyznaczane zostają nowe granice rozsądnej stosowalności. Nowa definicja przyczynia się też do tego, że działania medyczne stają się nie tylko bardziej racjonalne, ale i bardziej moralne (kładzie to kres m.in. praktyce sztucznego wentylowania zwłok stosowanej aż do wystąpienia spontanicznego zatrzymania krążenia krwi). Zaprzestanie terapii w odpowiednim momencie pozwala uniknąć nie tylko marnotrawstwa leków, sprzętu i sił ludzkich, lecz także wcześniej i lepiej wykorzystać istniejące możliwości do ratowania żyjących.

Z chwilą uznania człowieka za zmarłego wskutek śmierci mózgu ustaje obowiązek kontynuowania jego leczenia, możliwe zaś staje się pobranie narządów i tkanek w celu ich przeszczepienia. Poszerza to granice intensywnej terapii, której techniki mogą być wykorzystane dla utrzymania czynności narządów i tkanek przewidzianych do pobrania z ciała zmarłego dawcy. Polski *Kodeks etyki lekarskiej* usprawiedliwia tego rodzaju działania, i – jak sądzić należy – są one w pełni moralne. Ujął to w sposób właściwy znawca przedmiotu

M. Sych: „Jestem przekonany, że to właśnie anestezjolodzy, jako przedstawiciele specjalności interdyscyplinarnej szerzej widzą problem intensywnej terapii, śmierci i godzenia tylko pozornie przeciwstawnych interesów umierającego w oddziale intensywnej opieki medycznej i pacjenta zagrożonego śmiercią, jeśli nie otrzyma przeszczepu”⁷.

Rozwój transplantologii, a zwłaszcza niektórych jej dziedzin nie może jednak nie budzić pewnych obaw co do ich ukierunkowań. A. Wojciechowski w artykule *Mózg pozbawiony ciała* powołując się na pracę B. Żernickiego *Czuwający mózg izolowany* pisze: „Przeszczepy serc też początkowo bulwersowały. Dziś pogodziliśmy się z możliwością wymiany fragmentów ciała. Ostatnio naukowcy zaczynają przeszczepiać kawałki mózgu. Chcą w ten sposób przywracać utracone z wiekiem lub wskutek choroby zdolności. Zabiegi te są nawet pod pewnym względem łatwiejsze niż w przypadkach innych narządów. Mózg nie odrzuca obcych tkanek, jest immunologicznie nieczynny”⁸. Źródłem owych „kawałków mózgu” (substantia nigra) były płody pochodzące z aborcji. Wzrasta zainteresowanie nimi w kontekście technik sztucznego zapłodnienia, w których to technikach rozpatruje się możliwość wykorzystywania komórek jajowych płodów pochodzących z aborcji.

W konfrontacji z tymi informacjami przywołuję ponownie opinię prof. Bogusza, cytowaną we wstępie tego artykułu. W odniesieniu do takiego kierunku medycyny przeszczepów pogląd Bogusza wydaje się nadal w pełni aktualny. Uzupełniam go wątpliwościami własnymi dotyczącymi ceny moralnej, jaką trzeba zapłacić za czasem nawet spektakularny wynik postępowania, w którym wykorzystano z pewnością perfekcyjnie techniki medyczne, które to jednak postępowanie nie zawsze zasługuje na miano lekarskiego. Oprócz bowiem maksymy widniejącej na gmachu pracowni patomorfologii w jednym z uniwersytetów paryskich „niech żywi pomagają zmarłym”, lekarz w postępowaniu swym winien pamiętać także o tym, iż nie wszystko to, co z technicznego punktu widzenia jest możliwe, może być wykorzystane.

⁷ Cyt. za: B. Namysł, *Audiat et altera pars*, „Dziennik Zachodni” 1990, nr 176.

⁸ A. Wojciechowski, *Mózg pozbawiony ciała*, „Przegląd Tygodniowy” 1986, nr 28.