

Ks. WITOLD KANIA

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Konferencja *The Ethics of Organ Transplantation*

(St. Thomas University, Houston, TX, USA 27–29 III 2009 r.)

Etyka przeszczepów była tematem interdyscyplinarnej konferencji zorganizowanej przez Centrum Studiów Tomistycznych (The Center of Thomistic Studies) i Centrum Medyczne św. Józefa (St. Joseph Medical Center). Temat został przedstawiony z punktu widzenia medycznego, teologicznego i filozoficznego. Dało to okazję do pogłębienia tematyki transplantacyjnej i owocnej interdyscyplinarnej wymiany myśli, w której uczestniczyli przedstawiciele środowisk medycznych i akademickich ze Stanów Zjednoczonych, Azji i Europy.

Tematyka spotkania dotyczyła z jednej strony ogólnych pryncypiów, których respektowanie zapewnia poszanowanie godności człowieka, a z drugiej, koncentrowała się na specyficznych zagadnieniach związanych z problematyką transplantacyjną. Były nimi np. kwestie relacji pomiędzy duszą i ciałem, poszukiwanie właściwej postawy wobec przeszczepów (próba rozwiązania kwestii, czy dawstwo organów traktować jako dar czy jako obowiązek). Mówiono ponadto o kontrowersjach związanych z tzw. śmiercią mózgową, przeszczepami pochodzącymi od dzieci bezmózgowych, zagadnieniem handlu organami, możliwością przeszczepów od dawców, u których stwierdzono zatrzymanie krążenia (Donation after Cradiac Death). Rozpatrzono również propozycję dokonywania przeszczepów organów witalnych nieparzystych oraz obu płuc z pominięciem zasady, że takie organy można przeszczepiać tylko od dawców zmarłych.

Dr Robert E. Hurlley wychodząc od zasady *primum non nocere* przedstawił problematykę ewolucji definicji śmierci w świecie medycznym. Sprzeciwił się praktykom, które chociaż akceptowalne z utilitarystycznego punktu widzenia, nie są do pogodzenia z klasycznymi zasadami etyki lekarskiej. Odnosząc się do kryterium śmierci mózgowej, stwierdził, że w naszych czasach deklaracja śmierci jest oparta na prognozie śmierci, która jest *de facto* przewidywaniem śmierci. Prognoza jest bowiem różna od diagnozy śmierci, która jest stwierdzeniem faktu. Pomimo podnoszonych braków konsystencji i wewnętrznej niezgodności koncepcji śmierci mózgowej jest ona broniona, by nie zaszkodzić kwestii przeszczepów. Mówca wskazał na istotne zagrożenie pojawiające się w sferze transplantologii polegające na próbie prawnego usprawiedliwiania śmierci pacjenta na skutek usunięcia jego organów witalnych. Wedle prelegenta, pierwszym krokiem w spełnieniu tego kontrowersyjnego zabiegu była akceptacja mózgowego kryterium śmierci (Harvard Ad Hoc Committee, 1968), które to kryterium nigdy nie zostało dostatecznie i przekonywująco uzasadnione. Następnym etapem było wprowadzenie w 1993 roku przez Centrum Medyczne Uniwersytetu w Pittsburghu możliwości donacji organów po stwierdzeniu ustania krążenia (Donation after Cardiac Death). W tym przypadku śmierć jest deklarowana po nieodwracalnym zaprzestaniu oddychania i pracy serca. Po stwierdzeniu powyższych faktów odczekuje się 2 minuty, by dać możliwość autoresuscytacji, a następnie, jeśli spontaniczne oddychanie i krążenie nie następuje, podejmuje się czynności pobrania

organów. Ostatni, najnowszy etap, to próba zanegowania reguły dotyczącej dawców zmarłych (Dead Donor Rule), która to reguła stwierdza, że organy vitalne mogą być pobrane tylko po stwierdzeniu śmierci. Szukając powodów szokującego żądania, które w skrócie wyraża się w formule, że „wolno uśmiercić pacjenta, by wykorzystać jego organy”, Dr Hurley, prócz wielkiego zapotrzebowania na przeszczepy, wskazał na brak pewności i sceptycyzm odnośnie do stosowanych kryteriów śmierci oraz rozmycie tradycyjnych zasad etycznych. Na takim gruncie jest możliwe podnoszenie do roli ostatecznej wyroczni autonomicznego życzenia pacjenta, który, chcąc oddać w obliczu terminalnej choroby swoje organy vitalne, prosi o śmierć. „Nowe kryterium śmierci” to zdaniem niektórych autorów, przyzwolenie na to, by być zabitym.

O problemach związanych z brakiem odpowiedniego uzasadnienia mózgowego kryterium śmierci mówił Dr Alan Shewmon, neurolog dziecięcy i szef Departamentu Neurologii Centrum Medycznego UCLA w Kalifornii. Ten wybitny ekspert z dziedziny neurologii jest jednym z największych autorytetów w kwestii śmierci mózgowej. Shewmon już przed laty podważył teoretyczne uzasadnienie nowego, „mózgowego” kryterium śmierci. Jego zdaniem nie można utożsamiać tzw. śmierci mózgu ze śmiercią. Shewmon poddał badaniu centralny punkt uzasadniający definiowanie śmierci na podstawie tzw. całkowitej śmierci mózgu. Jest nim stwierdzenie, że mózg jest odpowiedzialny za funkcjonowanie organizmu jako całości, tzn., że istnienie „integrującej jedności” organizmu jest zależne od funkcjonowania mózgu.

Wniosek, do jakiego doszedł na podstawie badań klinicznych pacjentów, u których stwierdzono śmierć mózgową jest następujący: większość z funkcji integrujących pośredniczonych przez mózg nie jest somatycznie integrujących i *vice versa*: większość funkcji somatycznie integrujących nie jest pośredniczona przez mózg. Shewmon wymienia całą litanię takich funkcji. Są nimi np. homeostaza różnorodnych parametrów fizjologicznych organizmu, równowaga energetyczna organizmu, powstawanie odpowiedzi zapalnej na infekcje, gojenie ran, dojrzewanie płciowe, ciąża donoszona zakończona porodem zdrowego noworodka. Neurolog z Kalifornii zaprezentował szczególny przypadek pacjenta oznaczonego statystycznie jako TK. Pacjent ten przeszedł w wieku lat czterech zapalenie opon mózgowych. Na skutek wysokiego ciśnienia wewnątrzczaszkowego doszło u niego do śmierci mózgu. Matka pacjenta wyraziła życzenie, by mimo tak jednoznacznej diagnozy jej syn nie był odłączony od aparatury podtrzymującej życie. Po pierwszym okresie, w którym wymagał opieki na oddziale intensywnej terapii, został on wpiernw odesłany na oddział macierzysty, a następnie do domu. Był podłączony do respiratora i sztucznie odżywiany przez sondę. TK nie wykazywał aktywności mózgowej. Nie miał również spontanicznego oddychania ani odruchów z pnia mózgu. TK przeżył w takim stanie prawie 21 lat. Choć jego mózg przeszedł częściowo w stan ciekły i uległ kalcyfikacji TK nie wymagał specjalistycznej opieki. W posttraumatycznym okresie TK przeszedł dojrzewanie płciowe, przezwyciężył infekcje i rany na jego ciele zostały zagojone.

Przykład tego pacjenta oraz kilku innych przypadków skłania Shwmona do zakwestionowania powszechnie wyznawanej doktryny mówiącej o tym, że funkcje somatyczne odpowiedzialne za życie pacjentów ze stwierdzoną śmiercią mózgową, mimo agresywnej terapii, nie mogą być podtrzymywane dłużej niż kilka dni, nie zaś w nieskończoność. W listopadzie 2007 roku Shewmon zaprezentował swoje wnioski Komisji Bioetycznej przy Prezydencie Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Badania Shewmona wpłynęły niewątpliwie na najnowszy dokument teje Komisji mówiący o kontrowersjach wokół śmierci mózgowej, w którym nie mówi się już o całkowitej śmierci mózgu (TBD), ale o totalnym załamaniu funkcjonowania mózgu (Total Brain Failure).

Najbardziej kontrowersyjnym wystąpieniem okazała się prelekcja Dr Thomasa I. Cochrane reprezentującego Szkołę Medyczną Harvardu. Dr Cochrane zaproponował odejście od niepisanej, aczkolwiek fundamentalnej dla etyki transplantacyjnej, zasady mówiącej o tym, że pojedyncze organy witalne oraz oba płuca można pobierać tylko od dawców, u których stwierdzono zgon. Lekarz z Harvardu zaproponował, w zgodzie z opinią jeszcze kilku innych naukowców związanych z tą uczelnią, by nie traktować powyższej zasady jako obowiązującej normy. Do pobrania organów witalnych wystarczyłaby świadoma zgoda pacjenta lub jego prawnego przedstawiciela. Dr Cochrane nie ukrywał, że propozycja ta jest kontrowersyjna, ale jego zdaniem dla osoby ze stwierdzoną chorobą terminalną nie czyni różnicy, czy będzie żyła kilkanaście dni czy też kilka miesięcy. Forma śmierci na sali operacyjnej poprzez pobranie, po uprzednim znieczuleniu organów witalnych, wydaje się też czymś „atrakcyjnym”. Harwardzki naukowiec stwierdził, że owszem, w nowej propozycji chodzi o możliwość uśmiercania pacjentów, ale zawsze w zgodzie z ich autonomiczną decyzją, którą trzeba ze wszelkich miar szanować.

W odpowiedzi na powyższe stanowisko, zwrócono uwagę na fakt, że konsekwencje odrzucenia zasady etycznej dotyczącej przeszczepu nieparzystych organów witalnych oraz obu płuc od dawców żywych mogą być trudne do przewidzenia. Podstawową kwestią pozostaje ocena roli, jaką w etyce posiada autonomiczna decyzja pacjenta lub jego legalnego przedstawiciela. Można mnożyć przykłady świadczące o tym, że autonomiczna decyzja nie ma statusu właściwego normom absolutnym, które nie dopuszczają wyjątków. Dlatego też, nawet jeśli rozumiemy potrzeby pacjentów oczekujących na przeszczep organów, co może się przyczynić do przedłużenia ich życia, nie jest to racja usprawiedliwiająca zabicie osoby nawet na jej własne życzenie.