

Andrzej Kwolek

KONTROWERSJE WOKÓŁ MEDYCZNEJ DEFINICJI ŚMIERCI

Czasy, w których zdefiniowanie faktu śmierci było nieskomplikowane i jednoznaczne bezpowrotnie minęły, natomiast dynamiczny rozwój transplantologii powoduje wiele kontrowersji o podstawowym znaczeniu¹.

Objawy śmierci człowieka, które były powszechnie uznawane to – ustanie przejawów życia, czyli ustanie pracy serca, ustanie oddechu i późniejsze rozwinięcie zespołu objawów: obniżenie temperatury ciała (algor), stężenie mięśni (rigor mortus), błądliwość powłoki (palor) i plamy opadowe (livor mortus). Śmierć, z biologiczno-medycznego punktu widzenia, to kres życia osobnika żywego, to ostateczne następstwo nieodwracalnego zachwiania równowagi funkcjonalnej i załamania wewnętrznej organizacji ustroju, czyli jego nieodwracalnej dezintegracji². Rozróżnia się jednak: śmierć fizjologiczną, czyli naturalną, zwykle związaną z podeszłym wiekiem, która spowodowana jest procesami głównie w narządach wewnętrznych, do której doprowadzają stopniowo ilościowe i jakościowe zmiany komórkowe i na-

¹ T. Biesaga, *Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji*, „Medycyna Praktyczna”, 2006, nr 1, s. 20-24; J.P. Burns, *DNR. Do not resuscitate*; w: *Encyclopedia of bioethics*, red. S.G. Post, t. II, New York 2004, s. 684; J. Kopania, *Metodologiczna charakterystyka definicji śmierci mózgowej. Studia z bioetyki i antropologii filozoficznej*. Archeus 2000, s. 1; E.M. Manno, E.F.M. Wijdicks, *Orzekanie śmierci i odstąpienie od interwencji leczniczej u pacjentów neurologicznych*, „Neurologia po Dyplomie”, 2006, z. 1, 4, s. 28-33.

² T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, „Medycyna Praktyczna”, 2006, nr 2, s. 20-23; W. Kudowski, M. Sych, *Śmierć*, w: *Wielka Encyklopedia PWN*, Warszawa 2004; J. Norkowski, *Czy transplantacja jest zabijaniem ludzi? Nowy rodzaj śmierci – rozmowa 6 stycznia 2006*, www.gdansk.naszemiasto.pl.

rządowe oraz zahamowanie podstawowych procesów metabolicznych ustroju, i śmierć patologiczną, przedwczesną, spowodowaną chorobą ustroju, nieodwracalnym uszkodzeniem i zaburzeniami czynności ważnych dla życia narządów (mózg, serce, płuca, wątroba, nerki).

Jednak warto dodać, że śmierć człowieka – na co zwraca uwagę biologia (nauka o życiu) – rozpoczyna się już w momencie jego narodzin, a nawet wcześniej, w stadium embrionalnym, kiedy organizm odrzuca niepotrzebne już „zaśmiecenie” i zbędne do kształtowania organów elementy (organogeneza) i zbędne komórki nawet w układzie nerwowym (apoptoza).

Śmierć może być więc powolna (agonia trwająca do kilku dni) lub nagła, gwałtowna w ciągu kilku sekund, lub minut, najczęściej w następstwie ciężkich uszkodzeń urazowych³.

1. Agonia jest to powolne ustawianie czynności życiowych ustroju. Trwa ona nieraz od kilku godzin do kilku dni. Istotą śmierci jest wówczas nieodwracalne ustanie czynności układów krążenia, oddychania, a przede wszystkim mózgu i zniesienie jego funkcji jako jednostki czynnościowej.

2. Śmierć kliniczna jest drugą po agonii fazą umierania, cechującą się stwierdzonymi klinicznie objawami. Są to: ustanie czynności układu krążenia i oddychania, ale narządy, tkanki, komórki zachowują jeszcze przez jakiś czas zdolność do życia. Dla kory mózgowej ten czas jest bardzo krótki i wynosi 3 do 5 minut. W konsekwencji po kilku minutach od ustania krążenia następuje tzw. „odkorowanie”. Śmiercią osobniczą nazywa się nieodwracalne ustanie czynności pnia mózgu. Śmiercią biologiczną jest śmierć mózgu i tym samym ustanie jego czynności spowodowane ustaniem czynności pnia mózgu.

3. Śmierć biologiczna kończy proces umierania. Występuje wówczas tzw. śmierć zdysocjowana. Pojawia się granica oddzielająca życie i jakąkolwiek zdolność do życia od definitywnej i nieodwracalnej niezdolności do życia. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejno trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem

³ KKK 2278; Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r., *O wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej)*, Dz.Urz. MZOS z 30 listopada 1996 r. nr 13 poz. 36; Załącznikiem do tego Komunikatu są: *Wytyczne w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej)* ustalone przez specjalistów z dziedziny medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej; W. Kudowski, M. Sych, *Śmierć*, w: *Wielka Encyklopedia PWN*, Warszawa 2004.

niektóre funkcje układów lub ich części (tkanki, narządy) mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych.

Podczas śmierci klinicznej ustają czynności układu krążenia i oddychania, lecz komórki, tkanki i narządy przez pewien czas, w warunkach prawidłowej ciepłoty, zachowują jeszcze zdolność życia, jednak kora mózgowa obumiera już po 3-5 minutach (tzw. odkorowanie); przystąpienie w tym okresie do reanimacji może przywrócić organizm do życia; śmierć kliniczna może więc być zjawiskiem odwracalnym. W ciągu 10 sekund od ustania krążenia dochodzi do utraty przytomności, a do ustania spontanicznej czynności bioelektrycznej mózgu w ciągu 20 sekund, pojawiają się też krótkotrwałe drgawki kloniczno-toniczne. W 20 do 30 sekund później dochodzi do zatrzymania oddechu, a rozszerzenie źrenic występuje w okresie 30 do 60 sekund. Brak przepływu krwi (perfuzja) i dostarczania tlenu do tkanek przez 5 do 20 minut doprowadza jednak do nieodwracalnych zmian w mózgowiu; trwałe zaś uszkodzenie i ustanie czynności ośrodkowego układu nerwowego (dokładniej mózgowia), czyli odmózdzenie jest uważane za równoznaczne ze śmiercią biologiczną, którą cechuje całkowite zniknięcie odruchów⁴.

Definicję śmierci podaje Komunikat MZiOŚ⁵: „Wytyczne w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej) ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej”; przedstawiają się one następująco:

- Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna).
- Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów (definicja tzw. nowa).
- Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana).

Powyższa ewolucja definicji jest zatem wynikiem zmian podejścia do śmierci człowieka, które także przechodziło przez różne etapy; od śmierci

⁴ J.P. Burns, *DNR. Do not resuscitate*, s. 684; Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r., *O wytycznych*; J. Kopania, *Metodologiczna charakterystyka*, s. 1; W. Kudowski, M. Sych, *Śmierć*.

⁵ *Kodeks Etyki Lekarskiej*: tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r. zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa, 2004, art. 32.

całego człowieka do śmierci człowieka jako całości w wyniku definitywnego ustania krążenia krwi (definicja klasyczna). Od śmierci człowieka jako całości w wyniku ustania krążenia krwi, do śmierci całego mózgu (definicja tzw. nowa). Od śmierci całego mózgu do śmierci mózgu jako całości w wyniku śmierci pnia mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana).

Sformułowania „całego” i „jako całości” choć podobnie brzmiące mają zasadniczo różne znaczenia. „Cały” oznacza bez reszty, czyli śmierć wszystkich bez wyjątku składników organizmu, analizowanych w aspekcie życia. Natomiast określenie „jako całości” oznacza więź łączącą razem wszystkie składniki. W odniesieniu do śmierci oznacza ono zerwanie życiowo istotnej więzi pomiędzy wszystkimi składnikami organizmu analizowanego w aspekcie życia, natomiast nie oznacza, że wszystkie te składniki muszą być jednocześnie martwe⁶.

Takie stwierdzenie jest szczególnie istotne z punktu widzenia transplantologii narządów i tkanek. Biesaga podkreśla, że „przy personalistycznym traktowaniu ciała tylko świadomy dar kogoś za życia czyni z żywych jeszcze narządów (bo przecież nie są one martwe) dar miłości dla kogoś potrzebującego⁷. Jan Paweł II stwierdza, iż „nie można oddzielić tej formy leczenia od ludzkiego aktu darowania. W rezultacie transplantacja zakłada uzyskanie wcześniejszej, jasno wyrażonej, dobrowolnej i w pełni świadomej zgody dawcy lub kogoś kto prawnie dawcę reprezentuje, zwykle najbliższych krewnych, na darowanie bez wynagrodzenia, części swego ciała dla przywrócenia zdrowia lub lepszej jakości życia innej osobie. W tym rozumieniu medycyna poprzez transplantację umożliwia dawcy dokonanie aktu darowania z siebie: szczerzy dar samego siebie wyrażający nasze naturalne powołanie do miłości i wspólnoty człowieczej” (wg 2). Wielu badaczy uważa też, że uzyskanie zgody na dawstwo organów od najbliższej rodziny, w sytuacji śmierci mózgu, jest łatwiejsze i częstsze, jeśli rozmowa o śmierci mózgu i ewentualnym dawstwie nie odbywają się w tym samym czasie oraz są prowadzone przez odpowiednio przygotowanych pracowników a nie przez lekarzy prowadzących pacjenta⁸.

Orzekanie Śmierci Osobniczej (Tomasz Kubik – Robert Becler, Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii CSK w Warszawie, ul. Banacha). Pobieranie narządów od osób zmarłych w celu przeszczepiania.

⁶ T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, „Medycyna Praktyczna”, 2006, nr 2, s. 20-23; J. Kopania, *Metodologiczna charakterystyka*, s. 1.

⁷ T. Biesaga, *Wobec zgody domniemanej*, s. 20-24; T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, s. 20-23.

⁸ E.M. Manno, E.F.M. Wijdicks, *Orzekanie śmierci*, s. 28-33.

1. Chorego wolno uznać za zmarłego, mimo jeszcze utrzymującej się czynności serca.
2. Uznanie za zmarłego leży w kompetencji Komisji.
3. Z chwilą uznania chorego za zmarłego respirator nadal pracuje (jednak wentyluje zwłoki).
4. Chory jest zmarłym, kiedy pień mózgu został uznany za martwy, a więc nie wtedy, kiedy odłączono wentylator płucny (respirator) i czynność serca uległa zatrzymaniu.
5. Obowiązek terapeutyczny ustaje z chwilą komisyjnego potwierdzenia zgonu.
6. Badania elektroencefalograficzne i badania angiograficzne mózgu nie są obecnie potrzebne do rozpoznania śmierci pnia mózgu.
7. W przypadku jakiegokolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci pnia mózgu Komisja oddala wniosek.

Rozpoznanie śmierci pnia mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe.

Etap I: Wysłunięcie podejrzenia śmierci pnia mózgu

Etap II: Wykonanie badań potwierdzających śmierć pnia mózgu

Spełnienie wszystkich wymogów Etapu I warunkuje przejście do Etapu II

W tym miejscu warto krótko wyjaśnić co to jest ten pień mózgu. Otóż cały ośrodkowy (centralny) układ nerwowy składa się z mózgowia (encephalon) i rdzenia kręgowego (medulla spinalis), zaś mózgowie obejmuje mózg (cerebrum) i pień mózgu (truncus cerebri). Pień mózgu jest to część mózgowia zlokalizowana poniżej półkul mózgowych, w której znajdują się rozliczne jądra (skupiska ciał komórek nerwowych) związane z układem ruchowym, czuciowym i układem wegetatywnym. Właśnie skupione w pniu mózgu ośrodki (jądra) układu wegetatywnego, od funkcjonowania których zależy utrzymanie podstawowych dla życia czynności a w tym układu oddechowego i układu krążenia, w głównej mierze decydują o możliwości życia organizmu jako całości.

Z rozmowy z O. Jackiem Norkowskim⁹; Czy transplantacja jest zabijaniem ludzi? Nowy rodzaj śmierci: „Rodzi się pytanie – czy nowa definicja śmierci nie pojawia się jako odpowiedź na przypadki *osób żyjących*, pozostających w stanie przewlekłej śpiączki (stan wegetatywny) – jak długo należy się nimi opiekować?” (przypadek Terry Shiavo – mój dopisek).

Niektórzy badacze twierdzą, że ludzie będący w stanie śmierci mózgowej po prostu żyją. Ciągłe pojawiają się wątpliwości, gdyż „żywe zwłoki”

⁹ J. Norkowski, *Czy transplantacja jest zabijaniem ludzi*.

na stole operacyjnym reagują na bodźce. Norm Barber australijski specjalista w dziedzinie badań nad transplantologią, mówi nawet, że czasem chory usiłuje nawet chwycić skalpel chirurga – ten niby nieżyjący?

Odruch Łazarza – odruch z rdzenia kręgowego – ma według wielu autorów nic nie znaczyć.

Dla celów transplantologii ustalono również kryteria dotyczące dawcy¹⁰:

- śpiączka,
- zachowane oddychanie za pomocą respiratora
- utrzymane krążenie krwi

Etap I orzekania obejmuje dokonanie u chorych następujących stwierdzeń i wykluczeń:

1. Stwierdzenia

- a) Chory jest w śpiączce,
- b) Jest sztucznie wentylowany,
- c) Rozpoznano przyczynę śpiączki,
- d) Wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu,
- e) Uszkodzenie strukturalne mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

2. Wykluczenia:

- a) Chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zwiotczające m. m. poprzecznie prążkowane),
- b) W stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi,
- c) Z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi,
- d) Chorzy z drgawkami i prężeniami,
- e) Noworodki donoszone poniżej 7 dnia życia,

Spełnienie wszystkich warunków zawartych w „Stwierdzeniach” i „Wykluczeniach” zezwala na wysunięcie podejrzenia śmierci pnia mózgu i przejścia do Etapu II.

Etap II obejmuje wykonanie przez ordynatora oddziału/ kliniki w odstęпах 3 – godzinnych następujących badań:

1. Nieobecność odruchów pionowych.
2. Bezdech.

¹⁰ Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r., *O wytycznych*; J. Kopania, *Metodologiczna charakterystyka*, s. 1; W. Kudowski, M. Sych, *Śmierć*; E.M. Manno, E.F.M. Wijdicks, *Orzekanie śmierci*, s. 28-33.

Badanie odruchów pionowych wykazuje:

1. Brak reakcji źrenic na światło,
2. Brak odruchu rogówkowego,
3. Brak ruchów gałek ocznych spontanicznych, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej,
4. Brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych,
5. Brak odruchów wymiotnych i kaszlowych,
6. Brak odruchu oczno-mózgowego.

Badanie bezdechu wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego.

Trzeba się zgodzić z O. Jackiem Norkowskim, że najbardziej dramatyczne jest to, że nie trzeba wielkiej technologii czy nowoczesnej aparatury, żeby ludzi w stanie wegetatywnym utrzymywać przy życiu¹¹. Wystarczy sonda do podawania pokarmów (obecnie gastrostomia przezskórna) i zwykle dobrze realizowane zabiegi pielęgniarstwo-higieniczne, kinezyterapia, podstawowe zabiegi fizykalne i prawidłowe odżywianie. Bardzo ważne są próby nawiązania kontaktu z daną osobą. Po prostu trzeba ją traktować jako osobę żyjącą, a nie zmarłą. To bardzo pracochłonne, ale nie wymaga żadnej wielkiej techniki, tylko trudu. Na pewno przypadki chorych wybudzonych z głębokiej śpiączki odegrały swoją ważną rolę, ale definicja śmierci mózgowej pojawiła się jakby obok tego.

Znamienne i niezmiernie interesujące – zastanawiające – są relacje pacjentów wybudzonych z głębokiej śpiączki. Fundacja BUDZIK, czy zamierzenia programu POLKARD 2007 wskazują na rosnące zainteresowanie tą problematyką (ustalenie ośrodków wiodących, rozeznanie rzeczywistych potrzeb).

W sytuacji, gdy nie zostaną ustalone kryteria śmierci pnia mózgu każdy człowiek powinien mieć zapewnioną właściwą opiekę paliatywną. Wytyczne Komitetu Ministrów Rady Europy z 12 listopada 2003 r. szczegółowo określają obowiązki państw członkowskich w tym temacie. Komitet zaleca, aby państwa członkowskie 1. podjęły programowe, legislacyjne i inne działania konieczne dla opracowania ram dla spójnych i wszechstronnych narodowych regulacji prawnych w zakresie opieki paliatywnej; 2. dążyły do zrealizowania, na ile to jest wykonalne ujętych w załączniku do dokumentu działań, uwzględniających specyfikację danego kraju; 3. promowały rozwój współpracy międzynarodowej pomiędzy organizacjami, instytucjami badawczymi i innymi aktywnymi na polu opieki paliatywnej strukturami; 4. wspierały aktywne, celowe rozpowszechnianie tego dokumentu oraz materiałów wyjaśniających, jak również ich tłumaczenia.

¹¹ J. Norkowski, *Czy transplantacja jest zabijaniem ludzi.*

Dramatyczne jest to, że poszukiwania doprowadziły do zastąpienia definicji tradycyjnej definicją nową, mianowicie definicja śmierci organizmu jako całości¹²; mówiąc inaczej, pojęcie śmierci całego człowieka zastąpiono pojęciem śmierci człowieka jako całości [nie żyje ale niektóre narządy, tkanki, komórki tak].

Era transplantologii; mamy za sobą 50 rocznicę przeprowadzenia pierwszego udanego przeszczepu nerki u człowieka, gdyż pierwszą taką operację przeprowadził w 1954 r. profesor Joseph Murray. Data ta została uznana za początek ery transplantacji narządów ludzkich. Dynamiczny rozwój tej gałęzi medycyny i dodatkowe istotne odkrycia naukowe z tym związane, jak poznanie układów antygenów zgodności tkankowej, znalezienie silnie i skutecznie działających leków i biologicznych preparatów o działaniu immunosupresyjnym, poznanie mechanizmów niedokrwiennego uszkodzenia narządu i opracowanie sposobów skutecznego przechowywania narządu przed przeszczepieniem, spowodował, że drugą połowę XX wieku nazwano okresem transplantologii. Dzięki temu przeszczepianie narządów stało się skuteczną metodą ratowania życia i leczenia pacjentów cierpiących na schyłkową ich niewydolność¹³.

Alexis Cartrel (1912) jako pierwszy wskazał, że przeszczepianie narządów leży w zasięgu technicznych możliwości. Dziś transplantologowie w swoich wypowiedziach podkreślają, iż z technicznego punktu widzenia wykonalny jest przeszczep każdego z narządów. W Polsce pierwszy udany przeszczep nerki pobranej ze zwłok został wykonany 26 stycznia 1966 r. w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie. Dokonał go wraz z zespołem swoich asystentów prof. Jan Nielubowicz działający w ścisłej współpracy z prof. Tadeuszem Orłowskim i kierowanym przez niego personelem medycznym skupionym wokół działalności Kliniki Nefrologii tejże AM. W statystykach światowych był to jednak dopiero 621 zabieg transplantacyjny. Na pamiątkę tego wielkiego wydarzenia dzień 26 stycznia ustanowiono Krajowym Dniem Transplantacji, a cel jaki ma przyświecać jego obchodom dotyczy propagowania idei dawstwa narządów. Po dokonaniu pionierskich przeszczepień kolejnych organów wydawało się, że zabieg transplantacji stanie się wkrótce rutynowym sposobem leczenia

¹² T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, s. 20-23; Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r., *O wytycznych*; J. Kopania, *Metodologiczna charakterystyka*, s. 1.

¹³ T. Biesaga, *Wobec uporczywej Terapii*, „Medycyna Praktyczna”, 2005, nr 12, s. 26-29; W. Kudowski, M. Sych, *Śmierć*; M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004, s. 51.

ratującym zdrowie lub życie pacjenta. Niestety w Polskiej rzeczywistości nie było szans na to, by stało się tak od razu. Obok barier obyczajowych przeszkadzały temu istniejące przepisy prawne niesprzyjające rozwojowi praktyki transplantacyjnej. Mimo istniejących problemów, program przeszczepień kontynuowano, co dziś pozwala nazwać transplantację narządów zabiegiem rozpowszechnionym, którego wyniki są lepsze aniżeli uzyskiwane w leczeniu wielu innych chorób (np. nowotworów).

Powszechność stosowania transplantacji w praktyce lekarskiej i dokonujący się w jej obrębie postęp nie uwalnia tej dziedziny medycyny od problemów i pytań. Wraz ze wzrostem liczby wykonywanych transplantacji stale powiększa się grono pacjentów oczekujących na przeszczep narządu lub tkanki. Podaż na narządy nigdy nie zaspokajała popytu.

Szczególnie dopingujący wpływ na zmianę uznawanych wcześniej zasad [definicji śmierci] miała przeprowadzona w grudniu 1967 r. przez Chrystiana Barnarda operacja przeszczepienia serca. W niecały miesiąc później (1968) powołana została Nadzwyczajna Komisja Harwardzkiej Szkoły Medycznej dla Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej, później nazywana w skrócie Komisją Harwardzką do Spraw Śmierci Mózgu. Już w sierpniu 1968 r. Komisja opublikowała raport, w którym określiła, że celem jej pracy było sformułowanie nowej definicji śmierci, jak też postulowała, by definicja taka była wyznaczana przez kryterium nieodwracalnej śpiączki, czyli stanu, w którym nie działa centralny system nerwowy. Znaczy to, że śmierć jest tu rozumiana jako „trwałe nie funkcjonowanie mózgu”, co w praktyce sprowadza się do obumarcia pnia mózgowego¹⁴.

Definicja śmierci mózgowej, czyli wyznaczająca śmierć pnia mózgu jako warunek konieczny i wyznaczający uznania śmierci organizmu jako całości, została wkrótce przyjęta przez większość krajów – najwcześniej bo w 1972 roku uznano ją w Finlandii, najpóźniej w Japonii (1992). W Polsce wprowadzono ją Komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych odnośnie do kryteriów śmierci mózgu 1 lipca 1984 r., a następnie zmodyfikowano w 1994 roku, jednak zmiany były mało istotne. Kolejna modyfikacja dokonana została już w 1996 r. i zawierała istotną zmianę, mianowicie śmierć mózgową dozwolono stwierdzać już u noworodków od 7 dnia życia, co było ogromnym ułatwieniem w praktyce transplantacyjnej; zmieniono także na-

¹⁴ T. Biesaga, *Kontrowersje*, s. 20-23; T. Biesaga, *Wobec uporczywej Terapii*, „Medycyna Praktyczna”, 2005, nr 12, s. 26-29; Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r., *O wytycznych*; W. Kudowski, M. Sych, *Śmierć*.

zewnictwo: zamiast określenia, „śmierć mózgu” zaczęto używać określenia, trwale i nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu (śmierć mózgowa).

Jeżeli pień mózgu utracił zdolność pełnienia funkcji integracyjnych, to poszczególne pod – systemy nie tworzą już żyjącego organizmu ludzkiego jako całości.

Dopiero po stwierdzeniu z całą pewnością śmierci mózgu i po odpowiedniej weryfikacji, można pobierać narządy i tkanki dla celów transplantologii.

Ojciec św. Jan Paweł II na Światowym Kongresie Towarzystwa Transplantologicznego w 2000 roku w Rzymie powiedział: „W tym miejscu można orzec, że przyjęte w ostatnim okresie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii” (wg 4).

Etyka chrześcijańska nie propaguje nieuzasadnionego przedłużenia życia ludzkiego, przedłużania umierania¹⁵. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku prowadzenia i podejmowania reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych¹⁶. Taką nadmierną albo uporczywą terapią może stać się zdaniem Jerzego Umiastowskiego chemioterapia (gdy okazuje się nieskuteczna, pogarsza stan chorego i nasila jego cierpienie z powodu przykrych objawów ubocznych). Nie są wskazane nadmiernie ryzykowne zabiegi operacyjne, zabiegi endoskopowe, naczyniowe (np. pomostowanie lub udrażnianie naczyń wieńcowych serca w niektórych ciężkich stanach terminalnych czy uogólnionych zmianach miażdżycowych), dializoterapia, reanimacja, stosowanie respiratora, tlenoterapii, kardiowersji elektrycznej i kardiostymulacji w stanie śmierci klinicznej u krańcowo wyniszczonego chorego w stanie terminalnym z powodu uogólnionej choroby nowotworowej lub innej choroby o jednoznacznie złym rokowaniu, kiedy istnieje pewność, że działanie takie nie może mu pomóc.

Prof. Gibiński pisał: Kiedy już wiemy, że nadszedł tzw. stan terminalny, trzeba na ostatnie tygodnie czy miesiące zapewnić człowiekowi troskliwą opiekę i uwolnić od cierpienia. Terapia bólu i wiele innych pomocniczych środków poczyniły tak wielkie postępy, że jest to możliwe, a koszty takiego postępowania są śmiesznie niskie w stosunku do ogromnych nakładów na „walkę ze śmiercią” pojedynczych osób. W każdym razie musimy pamiętać,

¹⁵ EV 65; KKK 2278.

¹⁶ Tamże.

iż podstawowym zadaniem medycyny jest przedłużanie ludzkiego życia, a nie przedłużanie cierpień¹⁷.

Ponieważ odróżnienie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych jest uzależnione nie tylko od sytuacji chorego, ale od sytuacji medycznej danego kraju i od nowych odkryć medycznych, dzięki czemu to, co nadzwyczajne staje się zwyczajne, więc ściślejszym kryterium jest odróżnienie środków proporcjonalnych i nieproporcjonalnych do dobra pacjenta.

W opisie choroby prowadzącej do śmierci wyróżnia się kilka faz: 1. Fazę przeddiagnostyczną. 2. Fazę nasilenia się objawów. 3. Fazę przewlekłą. 4. Fazę terminalną. Faza terminalna może przejść w stan terminalny, który z kolei może się przekształcić w umieranie i agonię. Etapem umierania jest śmierć kliniczna. Można ją jednak odwrócić dzięki technikom reanimacji. Za stan nieodwracalny, za moment śmierci uważa się śmierć pnia mózgu¹⁸.

Obowiązek leczenia nie rozciąga się na fazę umierania osoby. Agonii nie można sprowadzać do tej samej kategorii, co choroba. Interwencje medyczne przedłużające agonię są nawet działaniem nieetycznym, naruszającym dobro pacjenta, który ma prawo do godnej śmierci. Sztuczne przedłużanie agonii mnoży niepotrzebne cierpienia, niszczy indywidualny, osobowy charakter odejścia¹⁹.

Stan wegetatywny należy odróżnić od innych pokrewnych stanów. Różni się on – zdaniem Janusza Andrusa od zespołu zamknięcia, w którym występuje stan minimalnej świadomości, jak również od nieodwracalnej śpiączki, czyli od śmierci (ustania funkcji) pnia mózgu. Zatem pacjent w stanie wegetatywnym wymaga stosowania normalnego trybu leczenia przy zastosowaniu środków proporcjonalnych do leczenia i zwykłego odżywiania. Pozbawienie go tego typu opieki medycznej równałoby się ze skazaniem go na wydłużoną w czasie śmierć.

Decydujące jest rozumienie odwracalności czy nieodwracalności choroby, wiedza o tym, czy jest to choroba wyleczalna, czy nieuleczalna. Prezydencka Komisja Biotyczna USA wypracowała stanowisko, że w przypadku zatrzymania czynności serca podjęcie resuscytacji (CPR) jest ogólnie czymś dobroczynnym, a niepodjęcie może być tylko wyjątkiem od tej reguły²⁰.

Kodeks Etyki Lekarskiej – tekst z dnia 2 stycznia 2004 roku ze zmianami uchwalonymi w dniu 20 września 2003 roku przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy – określa to jednoznacznie.

¹⁷ T. Białek, E. Pawłowska, *Kornel Gibiński - lekarz, uczony, humanista*, Katowice 2000.

¹⁸ J. Kopania, *Metodologiczna charakterystyka*, s. 1; W. Kudowski, M. Sych, *Śmierć*.

¹⁹ T. Białek, E. Pawłowska, *Kornel Gibiński*.

²⁰ T. Biesaga, *Kontrowersje*, s. 20-23; J. Kopania, *Metodologiczna charakterystyka*, s. 1.

Art. 30. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

Art. 31. Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

Art. 32. 1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

Ale jest też Art. 34. Kodeksu;

Lekarz po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione. Rodzi się więc tutaj refleksja, czy to nie jest sprzeczność?

Lekarz lub konsylium lekarzy w oparciu o wiedzę, doświadczenie i w zgodzie z sumieniem mogą w fazie terminalnej choroby podejmować decyzje w sprawie interwencji proporcjonalnych do dobra pacjenta. Kiedy leczenie przyczynowe nie daje nadziei powodzenia, pozostaje usuwanie negatywnych skutków choroby, czyli stosowanie opieki paliatywnej.

Ważną rolę w tym odgrywa również decyzja pacjenta, podjęta w relacji zaufania zbudowanej między nim a lekarzem. We wzajemnym zaufaniu łatwiej jest wyjawić prawdę i dojść do dojrzałej decyzji pacjenta, rezygnując z uporczywej terapii. Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar niekorzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużanie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych przypadkach należy się choremu.

Ojciec św. Jan Paweł II i Jego prośba wyrażona w ostatnich godzinach życia: „pozwólcie mi odejść do Domu Ojca” jednoznacznie potwierdzają stanowisko, że obowiązek leczenia nie rozciąga się na fazę umierania osoby.

SUMMARY

Controversies over the medical definition of death

As the definition of death arouses considerable controversies, the author demonstrates a few terms of this notion. According to the classical definition, the moment of death is the result of the complete circulatory arrest. However, in the so-called New Definition, the death is the consequence of the circulatory arrest until the brain death. The new modified definition emphasizes the death of brain trunk until brain death as a whole. Organs and tissues will not be taken for transplantation until the brain death is confirmed and verified. If strict death criteria are not established everybody should be guaranteed the right palliative care.

According to the Christian ethics it is acceptable to stop so-called persistent therapy in the case of the unjustified life-prolonging. The obligation to treat a patient does not include the agonal phase. The agony can not be categorized as a disease. The man has the right to a decent death, and prolonging agony in an artificial way can extend the suffering.

Translation Magdalena Motyl