

KONWERSATORIUM 96

20 maja 2017

Kryterium śmierci

– dylematy medyczne i etyczne

Prowadzący: ks. Adam Zelga, proboszcz parafii p.w. bł. Edmunda Bojanowskiego; O. Jacek Maria Norkowski OP, dr n. med.; **Włodzimierz Wieczorek**, dr, nauczyciel akademicki, Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin.

Włodzimierz Wieczorek

Drodzy państwo, witamy na kolejnym konwersatorium. Pozostajemy w obszarze zagadnień bioetyki końca życia. Dzisiejszy temat zamyka klamrą spektrum zagadnień bioetycznych, które podejmowaliśmy w bieżącym roku akademickim. W jakimś sensie nawiązuje też do spotkania, które miało miejsce dwa miesiące temu, gdy mówiliśmy o etycznych aspektach transplantacji. Wówczas dr hab. n. med. Jarosław Czerwiński, wybitny chirurg, reprezentujący Poltransplant oraz środowisko transplantologów, mówił o tych zagadnieniach z punktu widzenia eksperta. Pokazując nam pewne zagadnienia formalno-prawne, opierające się na kryteriach medycznych, wskazywał moment, w którym można rozpocząć procedurę pobierania narządów, żeby przeszczepić je osobie potrzebującej. Z punktu widzenia powszechnie przyjętych procedur i prawa medycznego proces umierania człowieka rozpoczyna się w czasie agonii i kończy się śmiercią pnia mózgu pacjenta. To jest moment, w którym narządy od dawcy mogą zostać pobrane, gdyż jest to stadium nieodwracalne.



Włodzimierz Wiczorek i o. Jacek Norkowski

Odwołując się do myśli św. Jana Pawła II, opieraliśmy dyskurs na podstawach etyki solidarności. W obszarze ingerencji medycznych solidarność ta może czasami wyrażać się poprzez dar nie tylko z tego co się posiada, lecz także z tego, kim się jest, a więc również przez dawstwo organów. W tym świetle ofiarowanie swoich narządów, po spełnieniu pewnych warunków, staje się czynem zasługującym moralnie.

Niemniej jednak z punktu widzenia biologicznego proces umiarkowania wydaje się być dłuższy, niż ten ustalony jako moment śmierci pnia mózgu. Jest cała szkoła lekarzy, bioetyków, teologów, filozofów, którzy uważają, że nie można utożsamiać śmierci mózgowej ze śmiercią osobniczą. Podają przy tym przykłady pacjentów, którzy przekroczyli granicę śmierci pnia mózgu, a mimo to proces okazał się odwracalny. Z punktu widzenia, uwzględniającego argumentację biologiczną i aksjologiczną, stwierdzenie momentu śmierci w chwili śmierci mózgowej jest przedwczesne.

Zagadnienie to jest złożone, wymaga pogłębionej wiedzy medycznej, a także interdyscyplinarnej, dlatego bardzo się cieszymy, że w dzisiejszym panelu będzie uczestniczyła osoba reprezentująca naukowców, podważających przyjęte „kryterium śmierci” i ze zna-

czącym dorobkiem w tym zakresie. Niech mi będzie wolno powitać wśród nas dr. n. med. o. Jacka Norkowskiego OP, który przyjechał do nas z Poznania, choć w nieodległej przeszłości przez kilka lat mieszkał i pracował w Warszawie na Służewie. W pracy doktorskiej Ojca Jacka „Medycyna na krawędzi”, powstałej na seminarium prof. dr. hab. n. med. Jana Talara, można znaleźć argumentację opartą na uzasadnieniu medycznym, o którym będziemy dzisiaj rozmawiać. Nasz gość jest również autorem książki zatytułowanej „Człowiek umiera tylko raz”, poświęconej tej problematyce. Bardzo się cieszymy, że ojciec doktor jest wśród nas i przeprowadzi nas przez zawilości tego trudnego zagadnienia.

Bardzo serdecznie witam też duchowego opiekuna naszych spotkań, księdza Adama Zelgę.

Ks. Adam Zelga

Mija już dwanaście lat naszych spotkań, których tematy – jak państwo wiecie – są budowane na bazie refleksji nad nauczaniem Jana Pawła II. Z przeświadczenia, że coś z tym nauczaniem trzeba robić, jakoś je rozwijać, zrodził się pomysł naszych Konwersato-



Ks. Adam Zelga

riów. Poruszana problematyka jest coraz ważniejsza. Bardzo się cieszę, że w tym roku dotyczy ona misterium życia człowieka. Jeżeli prawdą jest, że Bóg pragnie przegłądać się w człowieku, to zagadnienie życia ludzkiego staje się niezwykle doniosłe. Człowiek jest więc jakby zwierciadłem Pana Boga i tę tajemnicę oglądamy z Jego punktu widzenia. Zbliża nas ona do poznania, czym jest życie ludzkie i czym ono się różni od każdego innego życia. Cieszę się, że możemy poznawać różne koncepcje, punkty widzenia i w ten sposób kontynuować pierwotny zamiar refleksji wynikającej z nauczania naszego świętego rodaka. Oddaję głos ojcu. Jak mówi przysłowie, są ojcowie biali wspaniali i czarni marni, więc z tym większą satysfakcją głos oddaję białemu.

O. Jacek Norkowski OP

Gdy skończyłem medycynę, to czułem, że Pan Bóg mnie wyrywa w inną stronę, ale miałem wrażenie, że nie mógłbym założyć na siebie czegoś w innym kolorze niż biały; tak jakbym nie mógł do końca rozstać się z fartuchem lekarskim. Na szczęście w duszpaństwie akademickim byłem u dominikanów, więc stwierdziłem, że biały habit jest podobny do fartucha. Skończyłem więc medycynę i wylądowałem w zakonie. Ale tam medycyna całkowicie mnie nie opuściła i potem skierowano mnie na pewne studium roczne do Bostonu. To był 1991 rok. W Ameryce walcowano wtedy temat stanu wegetatywnego. To jest jakby przedłużona śpiączka, chociaż śpiączką już nie jest. Człowiek w tym stanie otwiera oczy, rozgląda się, ale nie ma z nim widocznego kontaktu: wykonuje pewne ruchy, ale bezładnie. W Stanach Zjednoczonych w bioetycznym ośrodku katolickim Pope John Center w Bostonie nauczano wtedy, że takie osoby można odłączyć od sondy pokarmowej, powodując w ten sposób ich zgon, nie robiąc im krzywdy, dlatego że stwierdzono, iż jest to naturalny kierunek, który podejmuje organizm, któremu już nie można pomóc. Wnioskowano, że skoro nie ma świadomości, to trudno mówić o osobie ludzkiej. Wtedy wydawało mi się to zasadne. Później jednak doszedłem do wniosku, że skoro są to żywe ciała, to niemożliwe, żeby nie byli żywymi ludźmi. Czym to się różni



o. Jacek Norkowski

od stanu zwanego śmiercią mózgową? Nieznacznie. Jeśli chodzi o pojęcie śpiączki, to stan zwany śmiercią mózgową właściwie zaczyna się od tego, że ktoś jest w ciężkiej śpiączce, której towarzyszy bezdech. Wtedy można wysunąć przypuszczenie, że zmiany są nieodwracalne i rozpoczyna się obserwację tego kogoś. Lekarze przeprowadzają specjalistyczne badania, mogące potwierdzić u pacjenta brak objawów z pnia mózgu, takich jak odruch zamykania oczu przy dotknięciu rogówki, kurczenie się źrenicy, gdy poświeci się w oko, odruch połykowy, odruch kaszlowy oraz odruch oczno-mózgowy. Następnie przeprowadza się badanie bezdechu, które jest bardzo groźne dla pacjenta, bo uszkadza mózg. Po tym badaniu, jeśli chory nie wykonał próby samodzielnego oddychania, komisja (w Polsce mająca trzech członków) stwierdza i podpisuje zgon pacjenta. W momencie gdy podpisuje się zgon, w sytuacji fizjologicznej pacjenta nie zachodzi żadna zmiana. Można to ująć następująco: człowiek żyje w momencie „A”, przychodzi komisja, stwierdza zgon, składane są podpisy i gdy trzeci podpis zostaje złożony, następuje moment „B”, „zgon” pacjenta. Nasuwa się tu pytanie, czy wierzymy w magię czy w fakty, które się rzeczywiście dzieją. Bo mię-

dzy punktem A i B musiałoby się coś zdarzyć (jeżeli rzeczywiście ma się coś zdarzyć), żeby ten człowiek przeszedł z życia do śmierci, a tymczasem w jego stanie fizjologicznym nic się nie zmieniło, komisja zaś orzekła, że przed chwilą był żywy, a teraz już jest martwy. Człowiek ten traci w tym momencie prawa obywatelskie i prawa pacjenta, stając się zwłokami z bijącym sercem. Jak mówi polski załącznik do obwieszczenia ministra z 2007 roku, respirator wentyluje zwłoki, które, *nota bene*, należą do państwa. Tak to wygląda. Czym w takim razie jest rzeczywistość śmierci? Zetknąłem się z tym zagadnieniem w Bostonie, potem to do mnie wróciło, gdy byłem w Rzymie. Uczestniczyłem tam w konferencji zorganizowanej przez Akademię dla Życia Pro Vita, podczas której lekarze w gorącej dyskusji wypowiadali się na temat śmierci mózgowej. Mówili, że jest fikcją utożsamianie jej ze śmiercią pacjenta, że pobieramy narządy od żywych ludzi, że trzeba to przyznać i wyciągnąć konsekwencje. Teologowie przeważnie bronili teorii śmierci mózgowej, a lekarze ją atakowali. Sytuacja ta powtarza się regularnie właściwie do dziś. Mam na myśli lekarzy, którzy się przejmują tą sprawą, którzy patrzą na zaistniałą sytuację od strony pacjenta z urazem mózgu. Oni chcą go leczyć, tak jak robi to w Polsce profesor Talar, natomiast ich koledzy transplantolodzy czekają na dawcę. Rozpoczynają się bitwy nad chorym do kogo ma należeć. Jeden z lekarzy opisywał, jak stoczył bitwę o pewnego studenta, którego miano już zakwalifikować jako dawcę. Student ten po dwóch tygodniach wyszedł na własnych nogach z kliniki i wrócił na uczelnię. Nie jest to przypadek jedyny. Dzisiaj będziemy mówili o kilku podobnych przypadkach, w tym również w Polsce. Jeżeli mieliśmy do czynienia rzeczywiście ze śmiercią, to mamy przypadki regularnych zmartwychwstań. Ale ponieważ to się dzieje dość systematycznie, nakazuje więc nam myśleć, że to nie są działania nadprzyrodzone, tylko fakt przyrodniczy, dziejący się właśnie w przyrodzie. Skoro to się ciągle zdarza u ludzi, o których już mówiono, że zmarli albo prawie na pewno zmarli, a tymczasem potem wrócili do aktywnego życia, to chyba coś jest nie tak. Chciałbym pokazać film wyemitowany przez telewizję „Trwam”. Będzie tam wypowiedź profesora Talara, promotora

mojej pracy doktorskiej, człowieka, który wybudził kilkuset pacjentów, w tym sporą grupę tych, o których mówiono, że powinno się od nich pobrać narządy, bo są w bardzo ciężkim stanie i nie można im pomóc; te przypadki będziemy za chwilę widzieli na filmie. Profesor Talar zapłacił wysoką cenę za swoją nieugiętość. Mówiono mu, że ma nie wybudzać pacjentów z cięższą śpiączką, poniżej 7 stopni w skali Glasgow, bo oni należą do kolegów transplantologów. W skali Glasgow od 7 do 3 są to pacjenci z cięższą śpiączką, od 7 do 14 ze śpiączką lżejszą. Na to profesor Talar odpowiadał: „to co robię od lat i co jest moim zadaniem, to leczyć tych ludzi i próbować ich wybudzić”. Sugerowano mu, by tego nie robił, bo może mieć problemy. Najpierw były ostrzeżenia, potem pod pretekstem występowania rzekomych nadużyć finansowych musiał opuścić klinikę, którą kierował i którą stworzył. Sprawę w sądzie wygrał, oczyszczono go z zarzutów, ale do swojej kliniki już nie mógł wrócić i pracuje w bardzo małej, prywatnej klinice, która nie ma żadnej refundacji z Funduszu Zdrowia, i tam wybudza i rehabilituje pacjentów.

Wypowiedź O. Jacka Norkowskiego po filmie

Chciałbym opowiedzieć o przypadku Zachariasza Dunlopa. Był to chłopiec, który jeździł na quadzie i miał wypadek, chciał chyba ominąć psa. Stwierdzono u niego śmierć mózgu i pomimo to został wyratowany. Zespół, który się nim opiekował, stwierdził, że to jest cud, przyjęto ten fakt jako zjawisko nadprzyrodzone. Ale lekarze, którzy się zajmują tym zagadnieniem, stwierdzili, że to nie jest cud, człowiek cały czas żył, słyszał co się wokół niego działo, słyszał jak komisja lekarska orzeka, że on nie żyje. Potem pytano go, jak się czuł, gdy słyszał, kiedy mówiono, że on nie żyje; odpowiedział, że gdyby mógł, to by wyrzucił tych wszystkich lekarzy przez okno, ale ponieważ był kompletnie sparaliżowany, to nie mógł tego zrobić. Po „stwierdzeniu zgonu” przyjechali członkowie jego rodziny, w tym dwóch jego kuzynów, z zawodu pielęgniarzy, żeby się pożegnać. On był wtedy jeszcze na respiratorze. Ci pielęgniarze stwierdzili, że on reaguje na bodźce, zrobili parę prostych badań,

zauważyli, że poruszył ręką i to go uratowało. Przeszedł rehabilitację i po paru miesiącach sprawny wrócił do normalnego życia. Więc tam chodziło o zgodę na pobranie narządów, rodzice się już zgodzili. Mama powtarzała, że to był cud, bo przecież lekarze stwierdzili, że on nie żyje!

Problem jest następujący: czy w takiej sytuacji mamy ufać ustalonym medycznym kryteriom, czy mamy do czynienia z seriami cudów? Cud jest rzeczywisty wtedy, gdy jesteśmy pewni, że nie ma innej przyczyny (poza nadnaturalną), która wyjaśnia dane zjawisko. W tym przypadku istnieje jednak wyjaśnienie tego zjawiska. Lekarze, którzy się zajmują leczeniem ludzi z urazem mózgu, twierdzą, że to są po prostu przypadki obrzęku mózgu, które są odwracalne przez pierwsze dwie doby, i że możemy tych pacjentów leczyć, lecz tego po prostu nie robimy, ponieważ wygodniej jest poczekać, aż ich stan się pogorszy i pobrać narządy do przeszczepu. Istnieje wielkie zapotrzebowanie na narządy i jest ogromny rynek narządów, zarówno legalny, jak i nielegalny. To powoduje, że ten priorytet śmierci mózgu, jako czegoś ostatecznego zwycięża. Chodzi więc zatem o dogodny kompromis między lekarzami tych dwóch grup – reprezentujących pacjentów, którzy chcą żyć, ale nie daje im się tej możliwości, i tymi, którzy czekają na przeszczepienie narządów.

Już Hipokrates twierdził, że żaden uraz nie jest tak ciężki, by tracić wszelką nadzieję. Według przysięgi Hipokratesa – ważne dla medycyny jest to, by lekarz tylko leczył. Lekarz, który zasadniczo leczy, ale czasem zabija, to nie jest ten sam lekarz, który tylko leczy. Widziałem lekarzy, którzy zasadniczo leczyli, ale też robili tzw. przerwianie ciąży. To bardzo zmienia człowieka. Hipokrates to zauważył, chociaż był poganinem. Twierdził, że lekarz nigdy nie powinien zabijać. I to jest zasadnicza sprawa. Nie wolno nam zabijać, choćby nie wiem jak to było opłacalne, jak to ładnie by wyglądało i niezależnie, jak wielu ludzi by z tego zabójstwa skorzystało. To jest zasada, którą Kościół Katolicki w pełni akceptuje. Niewinne ludzkie życie podlega całkowitej ochronie.

Czym w takim razie jest śmierć mózgowa? Czy to jest rzeczywista śmierć? Nie wygląda na to. Jest to raczej rodzaj śpiączki.

Czym jest w takim razie śpiączka? To jest stan nieświadomości. Neurolodzy podali definicję śpiączki, w której mamy brak reakcji na bodźce lub reakcje minimalne. Należy odróżnić ją od stanu wegetatywnego, kiedy ten cykl otwierania oczu i pewnego wybudzania się zachodzi, i od śmierci mózgowej. Zwykła śpiączka ma odruchy pnia mózgu. Natomiast jeśli odruchy znikną, to przestaje być zwykłą śpiączką, i można mówić o śmierci mózgu. Może przejść to w przedłużoną śpiączkę, stan wegetatywny i przedłużony stan wegetatywny. Narządy pobiera się od ludzi w tej wczesnej fazie, zaraz po wypadku, na ogół to są godziny albo dwa, trzy dni.

Na schemacie to widzimy. Tutaj zwykle mamy uraz. Zaczyna obrzękać mózg, powiększa swoją objętość, zaczyna rosnać ciśnienie śródczaszkowe i spadać przepływ krwi przez mózg. Jeśli spadnie on poniżej połowy, zaczynają wypadać po kolei odruchy pniowe, czyli reakcja na światło, reakcja rogówkowa, reakcja odruchowa, odruch wymiotny i wykrztuśny. Zjawisko to nazywane jest półcieniem niedokrwiennym. Jest to stan odwracalny przez dwie pierwsze doby. Warto zauważyć, że według polskiego prawa, jeśli ktoś ma rano wypadek, to można od niego w nocy pobrać narządy. Czyli stan jest jeszcze odwracalny, a już orzeka się śmierć pnia mózgu. Co jest w tej sytuacji istotne? Żeby stan się poprawiał, trzeba podawać różne środki, w tym drastycznie brakujące hormony tarczycy, czyli T3 i T4, i wtedy można odwrócić proces obrzękania mózgu, może zacząć powracać normalny przepływ krwi przez mózg i te wszystkie zmiany się wycofają. Są przypadki, że niektórzy chorzy mają jakieś uszkodzenie mózgu, a niektórzy prawie go nie mają i tak jak Agnieszka Terlecka (osoba pokazywana na filmie) błyskawicznie dochodzą do pełni sprawności pomimo faktu, że spełniali wstępne kryteria śmierci pnia mózgu i w Polsce można już było rozpocząć procedury w celu pobrania od nich narządów. To nie jest żaden cud, że Agnieszka wyzdrowiała – taki jest tego mechanizm, a stosowane kryteria są niewłaściwe. Jeśli chodzi o naszą świadomość, to odpowiadają za nią twór siatkowaty pnia mózgu i kora mózgowa. Działanie tego tworu polega na tym, że każdy z nas dzięki niemu może się wybudzić.

Co to jest świadomość, trudno zdefiniować. Są badania, które pomogą nam stwierdzić, czy chory jest świadomy, czy nie. Polega to na tym, że mówimy imię chorego lub imię jego matki i stwierdzamy czy reaguje. Jest też druga metoda, gdy mówimy, na przykład, kiedy świeci słońce, że deszcz pada. Każdy z nas, jeśli zrozumiał to stwierdzenie, to reaguje na jego nieprawdziwość. U wspomnianych chorych też można to zaobserwować, czyli możemy ustalić, że rozumieją ludzką mowę. Konkluzja jest taka, że u chorych w śpiączkach często zachowana jest zdolność słyszenia i rozumienia ludzkiej mowy, chociaż są całkowicie sparaliżowani. Skąd się bierze to, że w niektórych ośrodkach zaczęto poważnie traktować ludzi z uszkodzeniem mózgu? Co trzeba robić, żeby naprawdę pomóc? Monitorować ciśnienie śródczaszkowe i ciśnienie perfuzji. Musimy wiedzieć, co naprawdę dzieje się z mózgiem chorego. W Polsce, gdy w czasie pewnego spotkania powiedziałem, że trzeba wszczepiać czujnik ciśnienia śródczaszkowego, to pewien lekarz zapytał mnie „ale po co, skoro to nie leczy?”. Mierzenie temperatury też nie leczy, a mierzymy ją, chcemy wiedzieć, co się dzieje z chorym. Jeśli ciśnienie śródczaszkowe narasta, to trzeba coś zrobić. Nawet w krajach bogatych w 2002 roku robiono to zaledwie w połowie przypadków, a to powinno być rutynowym działaniem każdego zespołu lekarskiego w przypadku chorego z uszkodzeniem mózgu. Mam wrażenie, że się tego prawie wcale nie robi, albo robi się to bardzo nieregularnie. Jak się leczy takie przypadki? Jeśli chory jest oporny na działanie leków, pozostają dwie metody: hipotermia i kraniotomia dekompresyjna. Hipotermia to jest schłodzenie chorego do 33°C, natomiast kraniotomia polega na chirurgicznym wycięciu części kości pokrywy czaszki, żeby ją potem uwypuklić i żeby nie zaszły w niej uszkodzenia wtórne. Natomiast polecaną do niedawna śpiączkę barbituranową obecnie uważa się za dodatkowo uszkadzającą mózg i utrudniającą rehabilitację, zatem nie powinna być stosowana. Tymczasem w Polsce z tych wszystkich trzech metod będzie zastosowana śpiączka barbituranowa. Lea, lekarz z USA podaje, że w jego ośrodku 60% chorych z najgorszym wynikiem 3 w skali Glasgow przeżyło i miało pozytywny wynik leczenia. Tylko osoby powyżej 65

lat gorzej reagowały na leczenie. Ci pacjenci mają w sobie niższy potencjał na wyzdrowienie związany z wiekiem. Powinniśmy więc leczyć chorych ze złym wynikiem, w skali Glasgow, tym najgorszym wynikiem czyli nawet 3, a tymczasem profesorowi Talarowi zabraniało leczyć chorych z wynikiem równym 7, czyli dużo lepszym. Również obecnie z takim wynikiem w Polsce podobno nie wolno leczyć. Oczywiście oficjalnie się o tym nie mówi, ale między lekarzami jest taki dyskurs. Tymczasem profesor Talar twierdzi, że jeśli tylko chory jest krążeniowo stabilny, czyli ciśnienie i praca serca jest w porządku, to natychmiast trzeba zacząć go rehabilitować (tak było na przykład w przypadku Agnieszki Terleckiej, pacjentki profesora Talara, pokazywanej na filmie). Wyniki rehabilitacji są dobre, ale bardzo często należy wpięrc opłówać narastający obrzęk mózgu. Na czym to polega? Półcięż niedokrwienny powoduje objawy, które są identyczne z objawami śmierci mózgowej, tylko że jest stanem odwracalnym. Czyli te objawy, o których wiemy, że wynikają z obrzęku mózgu, są wciągnięte do kryteriów śmierci pnia mózgu, czy też śmierci mózgu. Jest to czysta teoria, ponieważ nikt nie bada dobrze mózgu, nie bada się funkcjonowania przysadki i nie bada się mózgu pod względem wydzielania hormonów. I tak jak już mówiłem, jeśli przepływ krwi przez mózg zacznie się zmniejszać, to wtedy przestają być obserwowane odruchy pnia mózgu, ale ten stan jest odwracalny, dopóki przepływ krwi nie zmniejszy się do dolnego poziomu 15-10 ml/100 gr/min. Dopiero wtedy dochodzi do martwicy mózgu i do powstania zmian nieodwracalnych. Czyli między pierwszym poziomem 35 ml a tym dolnym 10-15 ml to jest ten okres, kiedy możemy chorego ratować i wyciągnąć całkowicie z opresji, jeśli nie ma silnych uszkodzeń mózgu, a na ogół ich nie ma. Większość chorych ma tylko obrzęknięty mózg, ale bez dużych zniszczeń, które byłyby nieodwracalne. Jednak jeśli zrobimy badanie bezdechu, polegające na tym, że wyłączamy respirator, bardzo często dochodzi do zaciśnięcia się naczyń w obrębie pnia mózgu i do rzeczywistej martwicy w obrębie mózgowia. Czyli procedury, które robimy w celu stwierdzenia śmierci pnia mózgu, właśnie wywołują dodatkowe uszkodzenie mózgu. Te kryteria, które mają wskazywać na śmierć

mózgu, pojawiają się już na etapie, kiedy zmiany są jeszcze odwracalne. Nieprawdą jest w takim razie, że są to kryteria, na których można polegać.

Skąd się to wszystko wzięło? W 1968 roku wprowadzono nowe kryteria śmierci według dokumentu harwardzkiego. Uznano, że można uznać za zmarłego chorego, który jest w nieodwracalnej śpiączce i który nie może samodzielnie oddychać. I te kryteria przeszły w USA do prawodawstwa poszczególnych stanów. Potem bardzo szybko te ustalenia rozeszły się na cały świat. Główny autor tych nowych kryteriów stwierdził w 1971 roku, że jest potrzeba wybrania poziomu narastania obrzęku mózgu, gdy mózg już dłużej nie działa. Chodzi o to, że wprowadzono te kryteria, aby pobierać narządy. Użyteczność jest tu kluczowa! Te kryteria są więc tylko po to, aby pobierać narządy do przeszczepów. I chciano zalegalizować pierwsze przeszczepy serca. Margaret Lock uznała, że śmierć mózgowa jest zjawiskiem społecznym. Całe społeczeństwa zostały przekonane, że należy zaakceptować te nowe kryteria śmierci, w tym celu odpowiednio zmieniane było ustawodawstwo państwowe, co było z kolei popierane przez piśmiennictwo i media oraz dodatkowo przez brak sprzeciwu ze strony organizacji religijnych, w tym też Kościoła Katolickiego.

Natomiast jeśli zapytać, czym jest śmierć od strony już takiej konkretnej, większość lekarzy powie, że chodzi o biologiczną śmierć pacjenta, to znaczy śmierć organizmu jako zintegrowanej całości. I do takiego rozumienia śmierci odwołuje się dokument, w którym chciano wykazać, że śmierć mózgowa jest rzeczywistą śmiercią, ponieważ oznacza ona kres istnienia organizmu jako zintegrowanej całości, gdyż do tej integracji potrzebny jest mózg. Jeśli mózg nie działa, nie ma integracji i mamy przed sobą już nie pacjenta, lecz zwłoki z bijącym sercem. Tam nie ma już osoby ludzkiej i te zwłoki różnią się od innych zwłok tylko tym, że aparatura maskuje ich rzeczywisty stan. Takie uzasadnienie śmierci mózgowej pojawiło się w 1981 roku w dokumencie zwanym Raportem Komisji Prezydenckiej. W jednym z zestawów kryteriów (tzw. Kryteria Minnesota), które się wtedy pojawiły, nie bada się w ogóle, czy funk-

cjonuje kora mózgu, nie robi się EEG, bada się tylko odruchy pniowe. Te kryteria zostały przyjęte w Wielkiej Brytanii, a zaraz potem w Polsce. I dlatego załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 roku mówi, że w celu stwierdzenia śmierci mózgu stwierdzamy nieobecność odruchów pniowych, nie badamy kory mózgowej, nie badamy stanu świadomości chorego. W pierwszym etapie jest wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu, w drugim – stwierdzenie śmierci pnia mózgu. Aby wysunąć podejrzenie, wystarczy że chory jest w śpiączce, jest wentylowany, wykazano uszkodzenie mózgu, które jest nieodwracalne (na przykład, nie wolno stwierdzać śmierci pnia mózgu u chorych wychłodzonych, chorych z zaburzeniami endokrynologicznymi, czy zatrutych). Profesor Talar uważa, że z tym punktem żaden rzetelny lekarz nie powinien się zgodzić. Nie możemy nigdy powiedzieć o chorym, że w przyszłości jego stan się na pewno nie poprawi. Drugi etap to jest badanie bezdechu, które ma wykazać, że nie reaguje ośrodek oddechowy w mózgu, czyli mózg nie funkcjonuje. To badanie jest bardzo szkodliwe, gdyż może doprowadzić do dodatkowego uszkodzenia mózgu. Raz jeden przyznano oficjalnie w USA, po co tak naprawdę robimy to badanie. Dr Zissfein powiedział, że gdyby chory zaczął oddychać w momencie, kiedy pobiera się od niego narządy, to mielibyśmy naprawdę problem. Czyli gdyby powrócił mu samodzielny oddech w trakcie operacji pobierania narządów. *Nota bene*, taki fakt został opisany w literaturze. Jeden z lekarzy był świadkiem takiego zdarzenia i za bardzo nie wiedział, co w takiej sytuacji zrobić. Dlatego, jak przyznał dr Zissfein, należy dodatkowo uszkodzić mózg, by mieć „pewnego” pacjenta, który nie zacznie oddychać podczas pobierania narządów. A to świadczy o tym, że ten chory jeszcze żyje, skoro tak bardzo należy się troszczyć o to, by nie zaczął oddychać. W Polsce, jeśli komisja złoży podpisy, to chory jest uznany za zmarłego, mimo utrzymującej się czynności serca. Według polskiego prawodawstwa z chwilą uznania chorego za zmarłego, respirator wentyluje zwłoki, a obowiązek terapeutyczny ustaje. Jaki jest stan rzeczywisty mózgu, tego w gruncie rzeczy się nie bada. Choć raz w USA zrobiono badania sekcyjne, które

wykazały, że 60% osób, od których pobrano narządy, miało taki mózg, w którym naocznie nie stwierdzono żadnych uszkodzeń, albo w których uszkodzenia były bardzo niewielkie. Tylko 40% miało większe uszkodzenia. W każdym razie można powiedzieć jedno lekarze, tacy jak np. Shewmon, Coimbra czy Byrne podkreślali, że śmierć mózgową nie jest śmiercią biologiczną człowieka, ani nie jest śmiercią jego mózgu. Stwierdzili oni, że badania przy łóżku chorego są niewystarczające, kliniczna diagnoza jest fikcją. Stan ciała chorego po stwierdzeniu śmierci mózgowej lub śmierci pnia mózgu jest taki, że: krążenie jest zachowane, odżywianie jest, oddychanie wspomagane respiratorem zachodzi normalnie, wszystkie przemiany metaboliczne zachodzą normalnie, chory ma tylko lekko obniżoną temperaturę ciała, rany goją się normalnie, reaguje normalnie na infekcje. Reaguje także na pobieranie narządów. Ci chorzy wskutek bodźca bólowego zaczynają się wybudzać. Jest sporo kobiet, które w momencie, kiedy nastąpił obrzęk mózgu, były w ciąży. Na ogół się je podtrzymuje przy życiu ze względu na dziecko, i kobiety te z reguły wydają na świat zdrowe dzieci. Czasami są takie wiadomości w gazetach, że zmarła kobieta wydała na świat zdrowe dziecko, a jeszcze dodatkowo sukcesem było pobranie od niej narządów. Ale można powiedzieć inaczej: kobieta oczywiście żyła, bo martwe zwłoki nie byłyby w stanie podtrzymać przy życiu przez dwa miesiące dziecka, dziecko przyszło na świat zdrowe, a od matki po prostu pobrano narządy i w ten sposób ją zabito. Tak to należy rozumieć. Czasami są też inne scenariusze, bo profesor Talar miał taką matkę, która przeżyła, zarówno ona jak i dziecko. Jeśli chodzi o zdolność odczuwania bólu, uważa się, że znieczulenie ogólne powinno uśmierzyć ból u dawców (tak twierdzą Pallis i Harley, autorzy brytyjskich neurologicznych kryteriów śmierci). Trzeba wiedzieć, że w Polsce nie ma obowiązku znieczulania dawcy. Podaje się tylko środki zwiotczające, czyli takie, które paraliżują działanie mięśni, żeby ten chory się nie ruszał, bo mógłby, na przykład usiąść podczas pobierania narządów albo mógłby wykonywać inne gwałtowne ruchy. Lekarze brytyjscy twierdzą, że powinno się podawać środki znieczulające, aby nie mieć wątpliwości,

czy ten chory czuje czy nie czuje bólu. Dyskusje na ten temat są aktualne również w innych krajach.

Chciałbym przedstawić przypadek pani Danusi, która będąc w drugim miesiącu ciąży, miała wypadek, który spowodował duże uszkodzenie mózgu – uszkodzenie czaszki. Przeżyła, a dziecko urodziło się zdrowe. Ale jej los mógł być inny – bo w wielu przypadkach od takich chorych pobiera się narządy – i pani Danusia nie mogłaby się cieszyć swoją córeczką, a córeczka swoją matką. W przypadku Zachariasza Dunlopa badania były niemiarodajne. Przy małym przepływie krwi przez mózg, kontrast się w ogóle nie pojawi, a to interpretuje się, jako brak przepływu krwi przez mózg. On może być powyżej tego minimum 20 ml/100 gr/min. U Agnieszki Terleckiej stwierdzono objawy śmierci pnia mózgu. Potem przekreślono to ręcznie, napisano – objawy stłuczenia, i Agnieszka szybko była rehabilitowana.

Czym jest w takim razie śmierć mózgu? Czy to stan biologiczny, stan psychologiczny, utrata świadomości, czy tylko stan socjologiczny, że społeczeństwo dowolnie sobie wybiera kryteria i nazywa śmiercią to, co zechce. Czy wolno nam na to się godzić?

Trudno mówić o konsensusie wśród lekarzy na temat mózgowych kryteriów śmierci. Lekarze na ogół nie wierzą w śmierć biologiczną dawców. Sytuacja prawna też jest bardzo różna w różnych krajach. W zależności od państwa mówi się o śmierci pnia mózgu lub o śmierci mózgu. W Japonii, jeśli chory lub jego rodzina się nie zgadza, nie wolno przeprowadzać tych badań, które prowadzą do stwierdzenia śmierci pacjenta w śpiączce, ani stosować kryteriów neurologicznych śmierci w celu stwierdzenia jego zgonu. Podobnie jest w stanie New Jersey w Stanach Zjednoczonych, gdzie jest dużo ortodoksyjnych Żydów. W obu przypadkach postawa obywateli zdecydowała o niemożności stosowania neurologicznych kryteriów śmierci na dużą skalę. Jeśli chodzi o stronę filozoficzną tego zagadnienia, to trzeba powiedzieć, że za bardzo myśli się o człowieku w kategoriach kartezyjańskich, w myśl których człowiek to tylko jego świadomość. Tak myśli wielu lekarzy i potocznie wielu ludzi, podczas gdy myśląc po arystotelesowsku, wiemy, że czynnikiem duchowo-



Włodzimierz Wiczorek i słuchacze

wym, powodującym, że żyjemy, jest dusza, odpowiada ona nie tylko za naszą świadomość, ale i nasze istnienie, czyli za wszystkie czynności organizmu, to jest umysłowe, zmysłowe i wegetatywne. Krótko mówiąc, jeśli organizm żyje, to musi w nim być obecny ten czynnik, dzięki któremu on żyje, czyli jego dusza. Czyli jeżeli wierzymy, że św. Tomasz ma rację i dusza ludzka jest formą substancjalną człowieka, co Kościół przyjął jako dogmat na soborze w Vienne, to wtedy musimy wierzyć, że jeśli ciało jest żywe, to jest to człowiek żyjący i nie wolno go zabijać w celu pobrania narządów. W 2005 roku tuż przed śmiercią papieża Jana Pawła II odbyła się konferencja z jego udziałem, zorganizowana przez Papieską Akademię Nauk, w czasie której wprowadzie koncepcję śmierci mózgowej odrzucono, ale do dzisiaj ta dyskusja się nie zakończyła. Należy jednak zauważyć, że biorąc udział w tej konferencji, Jan Paweł II okazał swą otwartość na wyniki dyskusji dotyczącej słuszności neurologicznych kryteriów śmierci człowieka i w ten sposób uznał, że owa dyskusja nie jest jeszcze zakończona. Benedykt XVI nigdy nie stwierdził, że kryteria te są właściwe, czyli również dał do zrozumienia, że zagadnienie to nadal domaga się wyjaśnienia.

Włodzimierz Wieczorek

Dziękujemy bardzo ojcu doktorowi. Z tego dyskursu wyłoniły się trzy kategorie argumentacji: medyczna – uzasadniająca, że przyjęta obecnie praktyka weryfikacji jest niewystarczająca; społeczna – pokazująca, że przyjęty konsensus, w którym widać, że utilitaryzm stawia wyżej ekonomię niż stronę etyczną; filozoficzno-teologiczna – wskazująca, że kartezjańska formuła „myślę więc jestem” nie może odnosić się do człowieka w jego istnieniu. Oddaję teraz głos państwu.

Dyskusja

Aneta Gawkowska

Mam pytanie dotyczące tego ostatniego wątku. Odnoszę wrażenie, że Jan Paweł II zaakceptował wcześniej taką definicję śmierci jako śmierci mózgu i dopiero potem dowiedziałam się, że chyba się mylił, ale nie wiem, czy takie było oficjalne stanowisko Stolicy Apostolskiej. Trochę mnie ojciec zainspirował, aby szukać na to odpowiedzi. Ciekawa jestem, co było w tym oświadczeniu. Moim zdaniem, to nie było stanowisko, tylko taka zwykła wypowiedź zapraszająca do rozeznania, a dopiero potem do dyskusji. Sądzę, że należałoby poszukiwać odpowiedzi w teologii ciała Jana Pawła II. To jest obrona tradycji tomistyczno-arystotelesowskiej. To jest powrót do tej koncepcji ciała, która broni godności ciała, jako integralnej części człowieczeństwa.

O. Jacek Norkowski

Jan Paweł II napisał w 2000 roku, na co się chętnie powołuje wielu lekarzy transplantologów, że jeśli doszło do zaniku wszelkich czynności mózgu oraz do takich zmian, które mówią o dezintegracji biologicznej i utracie cech osobowych, to wydaje się, że kryterium śmierci pnia mózgu można uznać za prawdziwe i dodał jeszcze, że musi być co do tego konsensus wśród lekarzy. Konsensusu tego nie

było nigdy. Rzeczywistej śmierci mózgu, w sensie jego zniszczenia, nie ma prawie nigdy u dawców, nie ma nawet wyłączenia wszystkich jego czynności. Część hormonów produkowanych przez mózg jest wydzielana. Wielu z tych ludzi normalnie słyszy, co wykazały badania przeprowadzone w Niemczech. Więc tych warunków, które papież podał, ci chorzy nie spełniają. Nie wiem, czy Ojciec Święty był co do tego dobrze poinformowany.

Agnieszka Kubica

Chciałabym zapytać, czy dobrze zrozumiałam. Z tego wszystkiego, co ojciec powiedział, wynika, że nigdy nie ma takiej sytuacji, kiedy możemy pobrać narządy. Co za tym idzie, jak sądzę, stanowisko Kościoła powinno być przeciwko przeszczepom.

O. Jacek Norkowski

Trzeba pamiętać, że nauczanie na ten temat to nie jest nauczanie nieomyślne. Ono powinno być poddawane wszystkim racjonalnym argumentom. Czy możemy jakieś narządy pobierać? Jeśli by się to wiązało z zabiciem dawcy, to nie wolno nam tego robić. Natomiast w rzeczywistości na przykład rogówkę, to jest część ciała często pobieraną do przeszczepień, można pobrać po rzeczywistej śmierci. Natomiast jeśli chodzi o inne narządy, to już jest gorsza sprawa. W związku z tym rozwija się dawstwo narządów od żywych dawców. Na przykład jednej nerki. Jest taki wolontariat w Wielkiej Brytanii i Skandynawii, który tak się rozwinął, że większość przeszczepianych nerek pochodzi od dobrowolnych dawców. Te nerki są zresztą wyższej jakości niż te, które się pobiera po stwierdzeniu tak zwanej śmierci pnia mózgu. Ta praktyka mocno się rozwinęła. Wielu ludzi mówi, że im się to nie podoba, bo to jest okaleczenie dawcy. Jakies ryzyko jest, na przykład gdyby dawca sobie tę jedną nerkę, która mu pozostała, uszkodził. Jednak zaskakująco wielu ludzi zgadza się na bycie dawcą. Można być też dawcą części swojej wątroby i to też wystarczy, by uratować życie człowieka po przeszczepieniu, a dawca będzie miał tę wątrobę zregenerowaną. Ona się rozrośnie do odpowiedniej wielkości, ale to też jest uszkodzenie ciała. Pozos-

taje problem etyczny, czy możemy to zaakceptować, ale to jest nie tego rzędu problem, co zabicie człowieka po to, by pobrać od niego narząd. Tutaj mamy przypadek działania motywowanego miłością bliźniego i wielu ludzi się na to decyduje, szczególnie rodzice wobec swoich dzieci. Najczęściej w ten sposób przeszczepia się nerki.

Włodzimierz Wieczorek

Jeśli dobrze rozumiem istotną właściwość wypowiedzi Kościoła, to jest ona budowana na kategorii teologicznej, w której śmierć zachodzi w momencie odłączenia duszy od ciała. Jest to określone precyzyjnie, choć oczywiście sam fakt wymyka się możliwości empirycznego uchwycenia tego momentu. Dlatego też Kościół zostawia decyzję określenia momentu śmierci medycynie. Jest rzeczą naturalną, że wraz z rozwojem nauki wchodzą nowe techniki i możliwości pogłębiające wiedzę medyczną. To powoduje, że rodzą się kolejne pytania, dylematy, próby odpowiedzi, spory naukowe. Dyskusja na tym gruncie jest jak najbardziej wskazana, tym bardziej, że dotyczy kwestii egzystencjalnych człowieka. Ja tu widzę dwa takie pola dyskusji. Pierwsze ma charakter *stricte* naukowy. Przykładem może być tu kryterium ciśnienia śródczaszkowego. Mówił o nim ojciec doktor. Gdy schodzi poniżej pewnego progu, to można stwierdzić, że to już jest proces nieodwracalny, choć trzeba pamiętać o pewnych uwarunkowaniach medycznych tej sytuacji.

O. Jacek Norkowki

Zaczynają się zmiany nieodwracalne, ale jeszcze daleko do śmierci całego mózgu. To jeszcze nie świadczy o śmierci, to jest początek zmian nieodwracalnych. Mózg obrzęka, ale możemy odwrócić ten obrzęk i chory będzie zdrowy.

Włodzimierz Wieczorek

Druga przestrzeń debaty ma charakter aksjologiczny. Jest to przestrzeń wartości. Jeżeli pozostaniemy w polu argumentacji etycznej, w której godność i dobro osoby ludzkiej porządkują działania medyczne, to wówczas znaczenie pierwszorzędne będzie

miała argumentacja ojca doktora, pod warunkiem że obroni się pod względem medycznym. Jeśli debatę sprowadzimy do tego, co nam się bardziej opłaci – przez rozważanie, czy uratować kogoś przez transplantację, przeszczep, bez pewności, czy śmierć osobnicza dawcy nastąpiła nieodwracalnie – to jest to debata między etyką a utylitaryzmem, w którym znaczenie poszczególnego istnienia osoby ludzkiej może być mniejsze niż rachunek ekonomiczny.

Aneta Gawkowska

Czy można w związku z tym powiedzieć, że tak zwana śmierć mózgu nie tylko nie jest śmiercią człowieka, ale nawet śmiercią mózgu?

O. Jacek Norkowski

Oczywiście. To jest zupełna fikcja.

Włodzimierz Wieczorek

Kończąc dzisiejsze Konwersatorium, w imieniu nas wszystkich bardzo dziękuję o. Jackowi Norkowskiemu za przybycie oraz za prezentację. Jeszcze słowo od pani rektor, nestorki naszych spotkań.

Elżbieta Mycielska-Dowgiałło

Dziękuję bardzo ojcu za przybycie z Poznania, za włożony trud i za ten wykład z prezentacjami. Pokazał on pole współczesnej dyskusji medycznej, a nam przybliżył ogrom dylematów, z którymi na co dzień mają do czynienia transplantolodzy.

Od października zapraszam państwa na kolejny cykl Konwersatoriów. Mamy nadzieję, że w październiku będziemy już mogli przedstawić państwu dwunasty tom „Odpowiedzi na trudne pytania dzisiejszego świata”, w którym będą zawarte wszystkie teksty Konwersatoriów o tematyce bioetycznej, które odbyły się w bieżącym roku. Dziękuję ogromnie.

Życzę dobrych wakacji i spotkania w październiku.

„Odpowiedzi na trudne pytania dzisiejszego świata”

Spis treści

Tom pierwszy, 2005/2006

- I **Czy angażować się w politykę** – ks. Adam Zelga, Jacek Cichocki
- II **Jak pogodzić rolę ojca, matki z karierą zawodową?** – ks. Adam Zelga, Anna i Łucjan Sokołowski
- III **Czym dla współczesnego człowieka jest modlitwa?** – ks. Adam Zelga, Magda i Wojtek Wicher, Jacek Grabowski, Maks Pudłowski, Ania Poglód
- IV **Wolontariat – służba potrzebującemu** – ks. Adam Zelga, Janina Fabisiak, Iwona Iwińska, Małgorzata Wielopolska
- V **Czym we współczesnym świecie jest jałmużna?** – ks. Adam Zelga, s. Małgorzata Chmielewska, Janina Ochojska, ks. Mieczysław Jaworski
- VI **Czym jest dla mnie post i wyrzeczenie?** – ks. Adam Zelga, ks. Krzysztof Sielski
- VII **Sport w przesłaniu Ojca świętego** – ks. Adam Zelga, Robert Korzeniowski
- VIII **Odpowiedzialność – jak ją rozumiem?** – ks. Adam Zelga, Sławomir Ratajski, Ryszard Szaniawski, Jacek Waksmundzki

Tom drugi, 2006/2007

- IX **Prosta droga w chaosie dzisiejszego świata** – Adam Pietrzak, ks. Józef Maj, Robert Tekieli, Marcin Jędrzejczak
- X **Czy małżeństwo katolickie jest przeżytkiem?** – ks. Adam Zelga, Anna i Krzysztof Łoskotowie, Agnieszka i Sławomir Jaworscy

- XI **Czy rodzina może obronić ład społeczny?** – ks. Adam Zelga, Jolanta i Tadeusz Epszteirowie, Maria i Jerzy Berlińscy, Krystyna i Grzegorz Styczkowie
- XII **Jakie wartości wynieśliśmy z domu rodzinnego?** – ks. Adam Zelga, Paweł P. Piotrowicz, Aleksander Ciepela, Jerzy Górski, Zofia Epsztejn, Filip Osmański, Łukasz Pilch
- XIII **Prawda i kłamstwo w naszym życiu** – ks. Adam Zelga, Ewa i Maciej Bednarkiewiczowie, Tomasz Terlikowski, Marian Wiśniewski
- XIV **Co dziś dla nas znaczy „dzień święty święcić?”** – ks. Adam Zelga, Irena i Maxymilian Byliccy, Agnieszka i Jan, Maria Jackowscy, Andrzej Ciepela
- XV **W czym wyraża się współczesny patriotyzm?** – ks. Adam Zelga, Anna Radziwiłł, Izabela Dzieduszycka, Tomasz Borecki, Maciej Dąbski
- XVI **Nasz stosunek do innych ludzi: życzliwy, obojętny, czy wrogii?** – ks. Adam Zelga, Krzysztof Dowgiałło, Grzegorz Nurkiewicz, Jacek Waks-mundzki

Tom trzeci, 2007/2008

- XVII **Czy byliśmy kochani w dzieciństwie i jak to wpływa na nasze dorosłe życie?** – ks. Piotr Hartkiewicz, Krystyna Dylik, Sabina Zalewska
- XVIII **Nagroda czy kara są ważniejsze w wychowaniu?** – ks. Adam Zelga, Róża Piwoni-Cieślińska
- XIX **Czy puste nakrycie przy wigilijnym stole jest dla nas wyłącznie symbolem?** – ks. Zdzisław Wojciechowski, Anna Grocholska, Maria Górka-Zabielska
- XX **Jaki według ciebie powinien być proboszcz w twojej parafii?** – ks. Adam Zelga, ks. Tadeusz Aleksandrowicz, Teresa Kapela, Anna i Łucjan Sokołowscy, Krzysztof Olęcki