

A VESEÁTÜLTETÉS EGYES AKTUÁLIS PROBLÉMÁI

A veseátültetés a transzplantáció egyik területét öleli fel, melynek etikai vetülete kapcsolódik a transzplantáció értékeihez, normáihoz.

Miután a veseátültetéssel kapcsolatos tudomány csak néhány évtizedes múlttra tekint vissza, ma különösen a tudomány fejlődésével érdekes rámutatni a donor és recipiens viszony aktuális orvosi, orvosetikai vonatkozásaira. Magyarországon a veseátültetés gyakorlata közel 15 éve elterjedt, de orvosi, orvosetikai vonatkozásai és gyakorlata állandóan új problémákat indukál, mely indokolja, hogy a jelzett kérdéseket válaszolni igyekezzünk. Ahhoz, hogy etikai vonatkozásokra fényt derítsünk, szükséges orvosi szempontból a veseátültetéssel kapcsolatos szakmai problémákat is érinteni.

A vesetranszplantáció célja: életfontos szerv helyettesítése, pótlása, mely a szervezetben véglegesen károsodott. Az átültetést olyan status indikálja, amikor egy szerv működésének funkciója részletesen vagy teljesen megszűnt, dekompenzált állapotba került külső sérülés vagy betegség következtében. Fontos kontraindikáció a transzplantáció ellen, ha a betegnek más betegségei is vannak a vesebetegségen kívül, s így a műtéttel fennállhat a halál veszélye.

Etikailag azért fontos ez, mert átültetésre akkor és azért kerül sor, amikor a beteg életének fenntartása másként nem prognosztizálható, tehát ma már ez a gyakorlat nem kísérlet, hanem a beteg életének műtéti eszközökkel való meghosszabbítása.

A következőkben a magyarországi helyzettel, problémákkal és eredményekkel foglalkozom.

Magyarországon 1962-ben a szegedi sebészeti klinikán végeztek veseátültetést élő donortól és a műtétet követő hetvenkilencedik napon a halál bekövetkezett uramias és septicus tünetek között pulmonális oedema miatt. (Már ekkor Németh doktorban és teamjében felvetődött a kérdés, hogy tudniillik megfoszthatunk-e veséjétől egy egészséges embert, megcsönkíthatjuk-e annak érdekében, hogy 1-2-3 évvel meghosszabbítsuk embertársunk életét.¹⁾

Megjelent tehát az az etikai dilemma, hogy élő donorból történő szervkivétel esetén végül is veszélybe kerülhet az egészséges ember élete, irreverzibilis károsodás léphet fel, másrészt a recipiensnek semmi bizonyosat nem mondhatunk az új szerv működésének jövőjéről, eredményességéről.

Ezzel párhuzamosan felmerült az a kérdés, hogy mikor beszélhetünk sikeres műtéti beavatkozásról: Petri professzor szerint a műtét sikeres, ha a beteg meggyógyul. Egy év után állás lehet foglalni, de az első hónapokban nem lehet semmit mondani.² Véleménye szerint

nem elegendő a műtét után a szerv jó funkcionálása, hanem akkor sikeres a beavatkozás, ha a beteg legalább annyi ideig él a beültetett vesével, mintha ez alatt az idő alatt művesén kezelték volna, de a műtét segítségével jóval humánusabb életet tudunk biztosítani.

1973-tól cadaver vesével indultak el átültetések Magyarországon, s az átültetéssel párhuzamosan megjelent az EU. Miniszter 18/1972-es számú rendelete, amely az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény szerv- és szövetkivételre és átültetésre vonatkozó intézkedések végrehajtását szabályozza.

A hazai sikereket késleltette, hogy az anyagi és személyi feltételek nem voltak széles körben biztosítva. Ezzel párosult a szervezethez hiánya, valamint a témával kapcsolatos orvosetikai kérdések tisztázatlansága, bizonytalansága, Például halott donor esetében felmerült az a kérdés, hogy joga van-e az orvosnak a halottat szerveitől megfosztani. Az orvosok egy része nem volt-kellőképpen orientálva, hogy egy ismeretlen vese-elégtelenségben szenvedő ember életének megmentéséért felelősséget érezzen, vállaljon.

Ma az átültetések centrumában a budapesti I. sz. Sebészeti Klinika áll. Itt 1973 novemberében kezdődtek el az átültetések. 1986 szeptemberéig 316 transzplantációt végeztek:

Ebből élő donoros átültetés:	35 fő	11 %
Cadaver donoros átültetés:	281 fő	89 %
A nemek közötti megoszlás:	198 férfi, és 118 női beteg volt.	

A kimutatások egyértelműen bizonyítják, hogy a kezdeti élő donorból történő átültetés után az arány egyértelműen a cadaver donorok felé tolódott el.

1973 és 1985 vége között a klinikán 294 átültetést végeztek. Ebből 66 beteg exitált, más betegségben 110 beteg halt meg, s ami a legfontosabb, 118 beteg él.

1978-ban már évi 33 betegen végeztek átültetést, s a vizsgált évben 24 beteg élt és csak 4 beteg exitált, 5 betegnél jelezte a computer, hogy más betegségben vesztette életét. A beültetett vesék közül a vesetűlélesi mutató 85,7 % volt.

A kiemelkedő eredményt az 1983-84-es esztendő hozta meg, amikor 50 betegnél végeztek átültetést. Ebből 27 beteg élt a jelzett évben, 5 exitált, 18 beteg más betegségben vesztette életét.

A beültetett vesék közül a vesetűlélesi mutató 84,37 % volt. Ebben az időben kezdték alkalmazni a nagyhatású immunszuppresszív gyógyszert, a "cyclosporin"-t, mely többek között elősegítette a jó eredményeket.³

Magyarországon a vesék egy részét külföldről kapjuk. 1979-ben az Egészségügyi Minisztérium 24 kórházat szólított fel, hogy jelezze a potenciális halott donorokat, akiknek veséjét átültetésre alkalmasnak találja, de a jelzett kórházak töredéke tesz csak ennek ele-

get. Jelenleg a kórházak nincsenek érdekelve vagy kötelezve (mint pl. az NDK-ban, ahol azt kell jelentenie az orvosnak, hogy a szerv miért nem volt alkalmas transzplantációs célra), tehát nincs kellő anyagi, sem erkölcsi érdekeltség, hogy vesékhez juttassák a veseátültetési központokat.

A transzplantáció többfázisú folyamat, mely felbéli egyrészt az előkészítés periódusát (immunológiai, pszichés, tájékoztatás, felvilágosítás), másrészt a szervkivétel és beültetés folyamatát, harmadrészt a rehabilitáció problémáját.

A következőkben a terápia 2 alternatívájával foglalkozom. Egyrészt az élő donorból való szervkivétel és a recipiensbe való átültetésével, másrészt a halottból nyert cadaver szerv recipiensbe való beültetésével. A konzervatív terápia (művese) értékelése nem képezi jelen dolgozat tárgyát.

Élő donorból természetesen csak páros szerv, vagy szervszegment kivételéről dönthet a donor és az orvosi team. Élő donornál előtérbe kerül az a probléma, hogy alkalmas-e a donációra, hogy nem rendelkezik-e anatómiai vagy funkcionális rendellenességgel, ami a műtétet kontraindikálja. Ezt a jog pontosan szabályozza a 18/1972-es Eü. M. rendelettel. Élő donor önként, ingyenesen, közjegyző előtt szándékát hitelesítve járul hozzá a műtéthez, s általában a közvetlen családtagok köréből kerülnek ki. Fontos feltétel a donor és a recipiens felvilágosítása a műtét kockázatáról, az esetleges postoperatív szövődményekről, s arról, hogy a jelenlegi ismereteink szerint és tudományos felkészültségünk alapján az új szerv funkcionálása csak néhány év.

A donor családtag és a recipiens között sincs teljes érdekezonosság, mert mögötte sokszor kényszer, környezeti presszió húzódik. A donor erős lelki presszió alatt áll, s döntése sokszor környezeti kényszer alapján történik, de a jelenlegi szűkös lehetőségek, tudniillik, hogy nincs elegendő cadaver vese, sokszor még ma is ezt a megoldást, ezt a műtétet lehetőséget kínálják.

Élő donornál az orvos szempontjából felvetődik egy olyan etikai attitűd, hogy a "nil nocere" etikai elv elégtelennek bizonyul, mert a műtét beavatkozásnál ártunk, megcsonkítjuk az élő, egészséges donort. Az orvos tehát csak úgy tud segíteni, úgy tudja a beteg életét meghosszabbítani, ha azt a megoldást választja, hogy megcsonkítja az élő, egészséges embert, s ezzel lehetőséget teremt a recipiensnek egy emberhez méltó, humanusabb élethez.

Az orvos felelősségét csekély mértékben, de "redukálja" az a körülmény, hogy a donor 50-55 évesnél nem lehet idősebb, és csak kifogástalan egészségi állapotú. Élő donor esetében az áldozatvállalás a tudomány jelenlegi ismeretei szerint még nem jelenti a recipiens számára a végleges gyógyulást, ezért az orvosnak nagy a felelőssége annak eldöntésében, hogy a donáció ténylegesen önkéntes-e a műtét vállalását illetően. Ha az orvos a család részéről a donorra nehezedő, túl erős pressziót tapasztal, akkor etikailag ajánlható, hogy

a donort e pszichés teher alól felmentse, s "büntudatától" megfossa, s ekkor kegyes csalással élhet, ami a műtétet ellenjavallja.

Az orvosi titoktartás azt is megköveteli, hogy élő donorból történő kivétel esetén a donor félelmét, averzióját a műtéttel szemben nem lehet a recipiensnek elmondani. Ugyanakkor műtéti indikációnál a recipiens akaraterejét fontos fenntartani, hogy bízson a cadaver vese átültetési lehetőségében, s türelemmel várjon a transzplantátumra.

Fontos arra rámutatni, hogy az élő donoros veseátültetés kétoldalú etikai problémát vet fel, melyet a donor és recipiens szempontjából kell figyelembe venni. A donor részéről etikai hőstett a műtéti beleegyezés és vállalás, míg a recipiens részéről etikai áldozat, ezért ebben a viszonyban a legnemesebb erkölcsi tulajdonságok lépnek előtérbe. Ha mi egy áldozati etika képviselői lennénk, ha a jót csak áldozatokon (hősiességen) keresztül lehetne elérni, akkor ezen beavatkozás mellett törnénk lándzsát, de társadalmilag és egyénileg is szegény az a kor, amelynek ilyen hősökre van szüksége. S mivel a fejlődés, a tudomány lehetősége nyitott, az etikailag kevésbé terhes megoldásra kell figyelmünket fordítani.

A szervhez jutás másik leggyakoribb formája, a baleseti áldozattal nyert szerv, amikor az áldozat végzetes agysérülést szenvedett, s akinek újraélesztése reménytelen. A 18/1972. Eü. M. rendelet az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvényszabályozza a halottból történő szervkivétel lehetőségét.

Három orvos, aki az átültetésben nem vesz részt, aláírásával igazolja, hogy a betegnél a szervátültetés indikált. A donornál a halál beálltát is orvosi team állpítja meg, s a bizottság tagja nem lehet az az orvos, aki a szervkivételben vagy átültetésben vesz részt. Ez a megfogalmazás tudniillik demonstrálja az "érdekelletét", ami a halált megállapító team és a kivevő, illetve beültetést végző sebészek között húzódik. Az időfaktornak itt rendkívül fontos szerepe van, mert a beültetést a műtéti siker érdekében minél hamarabb el kell végezni.

Olyan agysérült személytől lehet szervet felhasználni, aki kómás állapotban van, "primer agyhalott", s az egész agy irreverzibilisen elpusztult, pl. sérülés, baleset vagy agyvérzés következtében, aki lélegeztető gépen van, keringése biztosított, de ténylegesen halott, tehát spontán módon az élettel összeegyeztethető folyamatok nem működnek, csak gépi segítséggel, s az EEG az élettel összeegyeztethetetlen idegrendszeren károsodást demonstrált. Ugyanakkor a donor fertőző betegségben nem szenvedett, s normál veseműködéssel rendelkezett. Ma az agyhalál fogalmát tartják korszerűnek, mely egzakt módon EEG felhasználásával verifikálható.

A gépen lévő "dobogó szívű", "pirospozsgás" ember orvosi és jogi szempontból halott. A szív-és tüdőkészülékek kikapcsolása csak akkor jogséértő, ha számolni lehet a természetes életfunkciók visszatérésével. A személyiség megszűnése tehát az öntudat végleges elvesztéséhez kapcsolódik.

Lekapcsolni a gépről egy olyan lényt, aki halott, az nem természetellenes. Az orvosnak fokozott felelősséget kell vállalnia azokért az uremias betegekért, akik műtéttel hozzáfűzhető az emberhez méltó élet elviseléséhez. Napjainkban már megengedhetetlen, hogy az olyan szerveket, amelyek optimális körülmények között további életet szolgálhatnak, eltemessék.

Az orvos-beteg kapcsolat fontos oldala a felvilágosítás, tájékoztatás. Az orvos nagy dilemmája az is, hogy amikor a beteggel való konzultáció és objektív lehetőségek alapján dönt a dialízis vagy a műtét alternatívájáról, akkor minden fáradozás, műtéti precizitás ellenére sem tud bizonyosat mondani, hogy a kilöködés kizárható-e, és a szervezet befogadja-e a számára idegen szervet.

"A szervátültetés sikerének előfeltétele, hogy a szervezet "megismerhesse" a beültetett testszövetek fehérjéit és ne termeljen ellenanyagokat."⁴

Az együttműködés a beteggel már nem a nondirektív medicinára jellemző, hanem a kapcsolat objektív és szubjektív adottságok alapján orientálja is a beteget a beavatkozás jellegét illetően.

Az orvos számára a műtéti beteg kiválasztás a compatibilitási status alapján computeres módon történik, de aktuálisan az orvosnak mégis abban kell döntenie, hogy a vesére várakozó betegek közül ki kapja a szervet. A végső döntés súlyos felelősséget mér az orvosra.

A halottból nyert szervkivételnél is megfogalmazódnak etikai problémák. A halott és szervei etikailag természetes jelenségként és nem személyként funkcionálnak, ezért etikailag könnyebb, problémamentesebb, mint az élő donorból való szervkivétel, ahol az élő donort is figyelembe kell venni. Etikailag ez a változat tekinthető értékesebbnek. Itt viszont, a recipiens oldalról felmerülhet a természeti vallás, a misztikum sugallata is. A szociális rehabilitációhoz ezen kérdések megválasztása is fontos.

Etikai szempontból a művese-kezelés lenne a legracionálisabb. Itt ugyanis általános metafizikai síkon nem merülhet fel a fenti probléma. Ma viszont szakmailag a transzplantáció a legeredményesebb forma, s ha nem akarunk moralisták lenni, akkor az orvosi szakma útmutatását kell követnünk.

A rehabilitáció fontos kérdés az átültetés sikerét illetően. Láttuk, hogy a túlélés nem elégséges a transzplantáció értékének megítélésékor. Fontos, hogy a transzplantált betegek életminősége hasonló legyen az egészségesével, de magasabb a hemodializált betegekénél.

Az élet minősége, a szociális beilleszkedés, a dependencia foka mind fontos mutató. 1978-ban a párizsi Necker Intézetben tanulmányozták a cadaver vesével és a művesén élő rehabilitációját. 2958 cadaver vesés és 11 372 művesén élő beteget figyeltek meg. A műtét

utáni második év végén a cadaver vesével élők 63 %-a teljes munkaidőben, míg 15 %-a nem teljes munkaidőben dolgozott. A művésen élők csak 37 %-a dolgozott teljes munkaidőben és 22 %-a pedig nem teljes foglalkoztatásban dolgozott.

Pontos cél a korábbi környezethez, a munkához való kapcsolat megteremtése, és itt feltétlenül jobb eredményt mutatnak a veseátültetésben részesült betegek.

A további kutatások és kísérletek - beleértve a figyelmen kívül nem hagyható gyógyszer- és állatkísérleteket is -, továbbá a műtéti eljárások tökéletesítése feljogosítanak azon remény kifejezésére, hogy a veseműködési elégtelenségben szenvedő betegek életkora fokozatosan meghosszabbodik.

JEGYZETEK

- 1 Németh A. dr.: Tapasztalataink vese homotransplantációról. V.8. Orvosi Hetilap, 104/1963. Idézi: Pünkösti Árpád: A kihelyezett ember. (A hazai veseátültetés zavaros dokumentumai.) Magvető, 1981. 107. old.
- 2 Vö. Sajtótájékoztató a veseátültetés kérdéséről. MTI 1973. március 19. Idézi: Pünkösti Árpád: Uo. 111. old.
- 3 Dr. Perner Ferenc docens és Dr. Alföldi Ferenc adjunktus, a budapesti I. sz. Sebészeti Klinika sebészeinek közlése, és a klinika computeres kimutatásai alapján.
- 4 Markovics Tibor: Emberi veseátültetés Szegeden. 1962. december 31. Délmagyarország.
- 5 Dr. H. Kreis és mtsai: A terminális krónikus veseelégtelenség kezelési stratégiájának koncepciója és fejlődése a Necker kórházban. Párizs, Necker, belső kiadvány. 417-418. old.