



**POCZĄTEK
LUDZKIEGO ŻYCIA
– BIOETYCZNE WYZWANIA
I ZAGROŻENIA**

pod redakcją
Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego

POCZĄTEK
LUDZKIEGO ŻYCIA
– BIOETYCZNE
WYZWANIA
I ZAGROŻENIA

POCZĄTEK LUDZKIEGO ŻYCIA – BIOETYCZNE WYZWANIA I ZAGROŻENIA

pod redakcją
Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego



Komisja Bioetyczna BIL
Collegium Medicum UMK

B y d g o s z c z 2 0 1 6

RECENZENCI:

Prof. dr hab. Paweł Bortkiewicz – Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Prof. dr hab. Roman Ossowski – Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

KOREKTA:

Hanna Borawska

PROJEKT OKŁADKI:

Iwona Dombrowska

Bydgoska Izba Lekarska
Komisja Bioetyczna
ul. Powstańców Warszawy 11
85-681 Bydgoszcz
tel./fax (52) 376-30-06

WYDAWCA, REALIZACJA POLIGRAFICZNA:

Dom Wydawniczy MARGRAFSEN
85-808 Bydgoszcz, ul. Białogardzka 13

ISBN 978-83-65533-15-9

S p i s t r e ś c i

Współczesne zagrożenia początku ludzkiego życia Władysław Sinkiewicz	7
Czy wartość poczętego życia ludzkiego można mierzyć jego jakością? Marian Machinek.....	23
Dylematy bioetyczno-medyczne zapłodnienia <i>in vitro</i> Marek Czarkowski.....	41
Dlaczego naprotechnologia? Maciej Barczentewicz	69
Problemy etyczne związane z opieką nad noworodkiem urodzonym na granicy zdolności do życia Janusz Gadzinowski.....	89
Etyczno-moralne problemy badań prenatalnych z perspektywy lekarza genetyka Anna Latos-Bieleńska	99
Bioetyka początków ludzkiego życia w polskiej debacie publicznej Bogumił Łoziński	123
Status i ochrona dziecka poczętego w świetle polskich regulacji prawnych Małgorzata Chudzińska, Anna Grzanka-Tykwińska.....	147

Etyczne i prawne aspekty zapłodnienia

***in vitro* w prawodawstwie polskim i europejskim**

Włodzimierz Wróbel 163

Noty o autorach 177

WŁADYSŁAW SINKIEWICZ

Współczesne zagrożenia początku ludzkiego życia

Problemy bioetyczne są obecnie na całym świecie przedmiotem żywych debat i gorących dyskusji, gdyż odkrycia w dziedzinie biologii i medycyny stwarzają ciągle coraz to nowe problemy i wyzwania. Między innymi dynamicznie rozwijająca się biologia, genetyka, coraz większe możliwości terapii najcięższych i skomplikowanych schorzeń, nowoczesna medycyna zabiegowa i transplantacyjna, jak również problemy związane z leczeniem bezpłodności stawiają przed stanowiącymi prawo nowe i trudne zadania, by rozstrzygnięcia ustawowe nie tylko jasno określały prawną sytuację badaczy, ale również właściwie kształtowały moralność publiczną.

W dyspacie społecznej pomija się często niewygodną prawdę, iż nie dysponujemy, jak na razie, dowodami, że wątpliwe moralnie i niedopuszczalne ze względów etycznych badania i eksperymenty zaowocują wymiernymi i użytecznymi dla życia i zdrowia rezultatami. Nie zawsze bierze się również pod uwagę, że lecząc jedne schorzenia poprzez manipulacje genetyczne czy zmiany w genomie, podejmuje się ryzyko pogorszenia stanu całego organizmu poddanego terapii lub wystąpienia groźnych dla życia i zdrowia

objawów niepożądanych. Przyjmując nawet, że takie badania mogłyby przynieść spodziewane korzyści terapeutyczne bez działań ubocznych, nie usprawiedliwia to niegodziwych działań prowadzących do osiągnięcia takiego „sukcesu” leczniczego. Historia eugeniki nie pozostawia wątpliwości – nauka pozostawiona sama sobie, nieograniczona zasadami prawnymi i etycznymi, często prowadzi do naruszania podstawowych praw człowieka i godności ludzkiej. Stanowione prawo musi więc skutecznie chronić społeczeństwo, negując wprowadzanie nowych i nie do końca sprawdzonych metod leczniczych, modyfikujących między innymi integralność ludzkiego genomu. Nierozważne lub nieodpowiedzialne eksperymenty mogą mieć ogromne, trudne do przewidzenia skutki dla przyszłości całego ludzkiego gatunku. Przestrzeganie zasady, że człowiek ma być zawsze celem, a nigdy środkiem do osiągnięcia celu, musi wykluczać wszystkie działania i zapisy prawne pozwalające na technologie reprodukcyjne, których ofiarami są ludzkie zarodki, traktowane często jako wartości zamienne, jako przedmiot służący do określonych celów, zwłaszcza jako łatwy łup nowoczesnych form eksploatacji z krociowymi zyskami wielkich koncernów farmaceutycznych w tle. Czy nie szokuje fakt, że tysiące embrionów ludzkich produkowanych w laboratoriach czy w procedurach klonowania, hybrydyzacji czy też w sztucznej prokreacji *in vitro* traktowane są jako materiał biologiczny przyporządkowany rozwojowi biotechnologii oraz realizacji życzeń społecznych?

Zarodek ludzki, który nie może wyjść na ulicę, nie potrafi krzyknąć i domagać się swoich uprawnień, jest milczącym nieobecny w dysputach publicznych i rozstrzygnięciach prawnych liberalnej demokracji, która nie wytworzyła i nie zaproponowała skutecznych mechanizmów obrony człowieka w pierwszych stadiach jego rozwoju i utworzyła prawo tylko dla tych, którzy potrafią o nie walczyć w sposób widoczny, głośny i skuteczny, z całą mocą środków medialnych.

Nowo powstały człowiek jest niewidoczny, ignorowany i przemilczany, stąd nie zapewnia mu się również należnego i właściwego miejsca jego urodzin i rozwoju, jakim jest rodzina. Zamiast podjęcia się prób rzetelnej diagnozy przyczyn spadającej dzietności w Europie, chociażby z powodu rodzenia dzieci przez kobiety w późniejszym wieku, czy też podjęcia dokładnej analizy oceny wpływu czynników farmakologicznych, środowiskowych, a nawet dietetycznych powodujących niepłodność, sięga się po procedurę *in vitro*, która przecież nie leczy, a tylko płodność zastępuje.

Zasada nienaruszalności ludzkiego życia powinna być jedną z zasadniczych podstaw prawnych dotyczących zapłodnienia *in vitro*, które jest źródłem trudnych i emocjonalnie zaangażowanych dyskusji w przestrzeni społecznej. Rodzicielstwo jest tak głęboko wpisane w naturę ludzką, że nawet najbardziej delikatna sugestia o innych godziwych moralnie metodach osiągania tego celu jest odbierana jako zdecydowany, wręcz brutalny atak na pragnienia innych, a przeciwnicy tej metody są często przedstawiani i odbierani jako przeciwnicy miłości, macierzyństwa i ojcostwa. Pragnienie rodziców do posiadania dzieci nie może być jednak stawiane wyżej niż absolutna zasada prawa kogoś do życia. Sama procedura *in vitro* jest w istocie wielce dyskusyjna, również jeżeli wykluczy się z niej nadliczbowe zarodki, gdyż przyznaje rodzicom prawo do posiadania potomstwa nieistniejące w jakichkolwiek kodeksach moralnych. Procedura *in vitro* przekształca rodzicielstwo z podmiotowego w przedmiotowe, a to uprzedmiotowienie nie zawiera się tylko w samym akcie powoływania dziecka do życia, ale również w tym, że nie bierze pod uwagę nieznanych skutków procedur *in vitro* dla dziecka czy problemów z tożsamością, jakie mogą one rodzić.

Z publikowanych danych wynika, że w procedurze *in vitro* z zapłodnionych, ale niewykorzystanych od razu zarodków tylko 10 proc. zostaje wszczepionych do organizmów swoich biologicznych lub socjalnych rodziców.

Niemalý odsetek zostaje wykorzystany do badañ genetycznych, w trakcie których zostaną unicestwione lub przetworzone na linie komórek macierzystych albo w innych medycznych i biotechnologicznych celach. Zdecydowana większość, bo 80 proc., zarodków pozostanie natomiast w zamrażarkach, by po 10 latach zostać zniszczona jako niepotrzebny i bezużyteczny materiał biologiczny.

Przechowywanie tak wielu zarodków w zamrażarkach rodzi również duże problemy prawne i etyczne. Nie wiadomo na przykład, jak rozstrzygnąć, czyje są ponadliczbowe zarodki w przypadku rozvodu ich rodziców? Czy wolno używać do sztucznego zapłodnienia ludzkich komórek rozrodczych po śmierci ich dawców? Czy po śmierci jednego z małżonków drugi może mieć prawo do wszczepienia zarodka? Czy zaistniały biologicznie nowy człowiek może być przedmiotem własności i jeżeli tak, to kto jest jego właścicielem, przez jaki okres jego biologicznego istnienia i jakie uprawnienia ma właściciel? Czy za rodziców sztucznie wytworzonego dziecka uważamy rodziców biologicznych, rodziców, dla których pobrano biologiczny materiał czy matkę zastępczą, która dziecko urodziła? Czy dawcy komórek rozrodczych mogą zachować anonimowość, a jednocześnie czy urodzone w wyniku zapłodnienia *in vitro* dziecko ma prawo do informacji, kim są jego rodzice biologiczni? Czy pozbawienie człowieka informacji o jego rodzicach biologicznych narusza prawa człowieka? Czy człowiek, który zaistniał w wyniku zapłodnienia *in vitro*, ma prawo do odszkodowania, jeżeli w wyniku takiej procedury poniósł szkodę na zdrowiu – np. w wyniku zamrożenia? Jeżeli tak, to do kogo zgłaszać roszczenia? Każda odpowiedź rodzi kolejne, które całkowicie zmieniają tradycyjne rozumienie miłości, odpowiedzialności i rodzicielstwa.

Z zapłodnieniem *in vitro* jest ściśle związane klonowanie zarodków w celach naukowych lub terapeutycznych. Służące jako materiał do badañ naukowych, są po ich zakończeniu

niszczone i eliminowane. Cel jest szczytny, gdyż badania nad komórkami macierzystymi mają umożliwić odtwarzanie komórek różnych narządów, których ludzki organizm nie jest w stanie sam odtworzyć i w ten sposób ma zostać ocalone życie lub przywrócone zdrowie wielu chorym z ciężką chorobą lub niepełnosprawnością. Nasuwa się jednak zasadnicze pytanie: czy wolno niszczyć ludzkie życie, by w imię nauki ratować inne? Czy te cele w sposób godziwy usprawiedliwiają niszczenie zarodków? Czy ulegając presji obecnej ideologii liberalnych demokracji, domagającej się, by nigdy i w żadnych okolicznościach nie ograniczać badań naukowych z przyczyn etycznych, wolno poświęcić życie ludzkiego embrionu, aby ocalić narodzonego człowieka? Naukowiec, tak jak każdy człowiek, ponosi za swoje czyny odpowiedzialność etyczną, gdyż w imię nauki nie wolno naruszać praw innych ludzi. Eksperyment może być wybitny pod względem naukowym, ale jednocześnie moralnie naganny i nieakceptowalny. Żadne ludzkie działanie, w tym także przeprowadzanie eksperymentów naukowych, nie może zostać uznane za etyczne, jeżeli istota ludzka traktowana jest wyłącznie jako środek do celu dla korzyści innych, a nie jako cel sam w sobie.

Należy w tym miejscu jednoznacznie podkreślić, że niszczenie ludzkiego życia w pozyskiwaniu komórek macierzystych jest nie tylko moralnie niedopuszczalne, ale zgodnie z najnowszymi osiągnięciami nauki niepotrzebne, ponieważ ten sam cel, czyli ratowanie ludzkiego życia można osiągnąć, używając komórek macierzystych pozyskiwanych od osoby dorosłej lub pępowinowych komórek płodowych. Tak więc niszczenie ludzkich embrionów celem ratowania zagrożonego ludzkiego życia nie musi się odbywać kosztem nowo powstałej istoty ludzkiej.

Próba ramowego uregulowania kwestii bioetycznych w Europie była Europejska Konwencja Bioetyczna Rady Europy z 1997 r., dotycząca m.in. zakazu tworzenia ludzkich

embrionów dla celów badawczych, tworzenia hybryd, klonowania terapeutycznego czy modyfikacji genetycznej ludzkiego genomu. W Polsce, ze względu na brak jakichkolwiek regulacji prawnych, które porządkowałyby kwestie sztucznego zapłodnienia, sejm 25 czerwca 2015 r., a 10 lipca br. senat, przegłosował projekt ustawy o leczeniu niepłodności. Ustawa ta, najbardziej liberalna w Europie, nie zajęła się niestety metodami leczenia niepłodności, gdyż metody te, w tym coraz popularniejsza naprotechnologia, zostały w niej niemal pominięte. Ustawa skupiła się głównie na regulacji prawnej procedury *in vitro*, która *sensu stricto* metodą leczenia niepłodności nie jest. Tak więc nie wykorzystano w Polsce szansy wytworzenia skutecznych mechanizmów ochrony człowieka w początkowej fazie rozwoju. Ale czy poważnie i odpowiedzialnie chroni się ludzkie życie, jeżeli wysoki rangą urzędnik Ministerstwa Zdrowia, broniąc rządowego projektu ustawy, przekonywał, że „ustawa nie może określać ani że zarodek jest człowiekiem, ani że zarodek nie jest człowiekiem, ponieważ jest to kwestia indywidualna, którą każdy z nas powinien rozstrzygnąć we własnym sumieniu i ustawodawca nie przesądza tego prawa i nie ma prawa tego przesądzać”. Taka postawa budzi nie tylko głębokie zdziwienie, ale przede wszystkim kłóci się z udowodnionymi faktami naukowymi. Każdy ludzki embriion jest genetycznie niepowtarzalny. Każdy z nas był kiedyś embriionem, a istota ludzka nie zaistnieje później, jeżeli od początku nią nie była.

Zagrożenie poczętego życia wynikać może również ze stosowania diagnostyki preimplantacyjnej, polegającej na wykrywaniu zmian genetycznych zarodka uzyskanego drogą *in vitro*. Ze względu na zasięg ingerencji rozróżnia się: badania prenatalne nieinwazyjne, ograniczające się do wizualnej obserwacji płodu za pomocą techniki ultrasonograficznej i badań dopplerowskich bądź też do oceny jego stanu za pomocą analizy surowicy krwi matki, oraz badania prenatalne inwazyjne, łączące się z ingerencją w worek

owodniowy, by uzyskać fragmenty tkanki płodowej, na podstawie której można ocenić stan wyposażenia genetycznego płodu. Wskazaniem medycznym do wykonania badań prenatalnych jest wiek matki, upośledzenie wcześniej urodzonych dzieci czy też obecność w rodzinie chorób pochodzenia genetycznego. Diagnostyka prenatalna winna być niezwykle roztropna, odpowiedzialna i, co ważne, nie może służyć selekcji ludzi w fazie zarodkowej, czyli zauważone lub podejrzewane zmiany genetyczne nie mogą stanowić podstawy do decyzji o niszczeniu życia dziecka – jako niechcianego właśnie z powodu zaburzeń genetycznych. Nierzadko dzieci bywają odrzucane na tym etapie ich rozwoju, również z powodu niechcianej przez rodziców płci. Należy w tym miejscu jednakże podkreślić, że prowadzone badania nad uzyskaniem komórek płodowych, znajdujących się w krwiobiegu matki bądź w wymazie szyjkowym, mogłyby zrewolucjonizować badania prenatalne, czyniąc zbędnymi metody inwazyjne.

Duży niepokój budzi wzrastająca liczba tzw. aborcji eugenicznych, czyli próby „ostatecznego rozwiązania” kwestii osób upośledzonych umysłowo lub fizycznie, na podstawie przeprowadzonego badania prenatalnego, wskazującego na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu. Należy przypomnieć, że w Polsce, w myśl obowiązującej ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 1993 r., aborcji można dokonywać, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety, jest duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu lub gdy ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. W 2014 r. w Polsce ze względu na prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu wykonano 921 aborcji, czyli o 226 więcej niż rok wcześniej. Praktycznie dotyczyło to przypadków płodów z podejrzeniem

lub stwierdzeniem zespołu Downa. Liczba wykonywanych aborcji miała związek z wiekiem kobiety – w 361 przypadkach ciężarne miały 35 lub więcej lat. Prezentowane dane nie uwzględniają liczby zabiegów przerwania ciąży dokonanych w sposób nielegalny. Organizacje feministyczne szacują, że jest ich przynajmniej kilkadziesiąt tysięcy rocznie.

Że można traktować chory płód w zupełnie odmienny sposób, niech służy przykład operowanego i uratowanego w czerwcu 2016 r. w jednym z amerykańskich szpitali dziecka. Dzięki zdecydowanej postawie rodziców oraz determinacji lekarzy, podjęto ryzyko skomplikowanego zabiegu u płodu – usunięcia dużego guza nowotworowego – potworniaka części krzyżowej kręgosłupa o masie i wielkości równej 16-tygodniowemu płodowi, który został wyjęty z macicy matki tylko na czas operacji. Po oddzieleniu nowotworu od dziecka płód został z powrotem umieszczony w macicy, a następnie po normalnym czasie trwania ciąży cesarskim cięciem urodzony w dobrym stanie zdrowia. Czyż w zestawieniu z tym przykładem nie szokują aborcje dzieci w Wielkiej Brytanii z takimi kosmetycznymi wadami jak rozszczepienie wargi lub podniebienia i to nawet w 40. tygodniu ciąży? Nieprecyzyjna definicja „nieprawidłowości” płodu w niektórych „cywilizowanych krajach” oznacza, że dzieci „mniej doskonałe” mogą być arbitralnie skazywane na śmierć.

Zabiegi przerywania ciąży dokonane w latach 2002–2014, według przyczyn.

Rok	Polska ogółem:	Przerwania ciąży dokonane zgodnie z ustawą:		
		z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	w wyniku badań prenatalnych	w wyniku czynu zabronionego
2002	159	71	82	6
2003	174	59	112	3
2004	193	62	128	3
2005	225	54	168	3
2006	339	82	246	11
2007	326	37	287	2
2008	499	32	467	0
2009	538	27	510	1
2010	641	27	614	0
2011	669	49	620	0
2012	752	50	701	1
2013	744	23	718	2
2014	971	48	921	2

Źródło: Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Sprawozdania Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej: MZ-24 oraz MZ-29.

Również stosowanie coraz bardziej nowoczesnych testów genetycznych, pozwalających wykrywać większą liczbę chorób dziedzicznych jeszcze na etapie prenatalnym, opanowuje niestety coraz większą przestrzeń. Może to doprowadzić do całkowitej eksterminacji zagrożonych ryzykiem choroby. Dla przykładu w Hiszpanii ginie 95 proc. nienarodzonych dzieci, u których zdiagnozowano genetycznie zespół Downa, podobnie w Kanadzie, Stanach Zjednoczonych i Norwegii. Przeżywają tylko te, u których przez pomyłkę nie wykryto tej choroby. Również wiadomo, że u kobiet, które zdecydowały się na badania, odsetek aborcji w przypadku stwierdzenia innych

schorzeń genetycznych jest też bardzo znaczny. Niestety nie inaczej niż jako zgodę na zabijanie traktują wyniki badań prenatalnych często sami lekarze. Matki, które zdecydowały się urodzić dzieci mimo wyników testów, otwarcie przyznają, że dla wielu lekarzy była to decyzja niezrozumiała. Nie potrafili i nie próbowali oni przedstawiać jakichkolwiek pozytywów związanych z posiadaniem upośledzonego dziecka, a jedyną propozycją, jaką mieli dla swoich pacjentek, było usunięcie ciąży. Testy stały się środkiem, dzięki któremu ludzie mają mieć zdrowe dzieci, chore zaś powinny być usunięte. Takie myślenie opiera się na założeniu, że poczęte dziecko nie jest bytem absolutnie niepowtarzalnym i można się go pozbyć. Test prenatalny przekształcił się w przeważającej praktyce w test na zabijanie.

Akceptacja założenia, że rodzice mają prawo do dziecka, jakie sobie wymarzą, ma niezwykle ważne konsekwencje społeczne i moralne. Zespół Downa i inne choroby genetyczne są przecież dla rodziców równie uciążliwe, jak na przykład dziedziczna zapadalność na choroby nowotworowe. Jeżeli zgodzimy się, by powodem do odmówienia dziecku prawa do narodzin był zespół Downa, to dlaczego nie można zaakceptować, by powodem selekcji eugenicznej preimplantacyjnej czy postimplantacyjnej było także dziedziczne zagrożenie rakiem? Jest to więc niezwykle niebezpieczny kierunek, w którym zmierza współczesna medycyna. Należy tutaj zapytać, czy rzeczywiście zwolennicy takiego rozumienia praw rodziców są przekonani, że społeczeństwo ma prawo do odbierania innym prawa do życia tylko z powodu stanu ich zdrowia? Czy jesteśmy pewni, że mamy prawo pozbawienia życia tych, którzy nie spełniają pewnych oczekiwanych standardów? Czy rzeczywiście świat będzie lepszy, gdy będą w nim sami pełnosprawni fizycznie i zdrowi psychicznie, z określonym wzrostem i wymarzonym kolorem oczu? Czy ma to być jeden z kierunków współczesnej medycyny?

Badania prenatalne pozostają jednak w pełni moralnie godziwe i pożądane, jeżeli cele pozostają godziwe, czyli test jest wykorzystywany, by na odpowiednio wczesnym etapie rozwoju dziecka rozpocząć jego leczenie. „Diagnostyka prenatalna, jak każda interwencja diagnostyczna, reprezentuje niewątpliwie dobro moralne”, stwierdzają autorzy Karty Pracowników Służby Zdrowia, ale z drugiej strony stają się niegodziwe, jeżeli służą cywilizacji o mentalności aborcyjnej, czyli inaczej to nazywając, cywilizacji śmierci. To rodzi pytanie o to, czy lekarzowi katolikowi wolno kierować kobietę na takie badania albo je samemu wykonywać. Odpowiedź brzmi: nie wolno, a to dlatego, że pozytywny wynik stwierdzający nieprawidłowości genetyczne w stanie zdrowia płodu staje się w aktualnych warunkach, jak wykazuje praktyka, najczęściej wyrokiem śmierci na zdecydowaną większość dzieci. W takiej procedurze nie tylko katolik, ale i każdy, kto uznaje, że życie ludzkie jest wartością bez względu na stan zdrowia, uczestniczyć nie może. Tylko całkowity zakaz aborcji, bez żadnych wyjątków, może zmienić ocenę moralną wykonywanych badań prenatalnych, które będą służyły tylko celom terapeutycznym badanej istoty ludzkiej. Zmiana prawa chroniącego życie nie jest więc kwestią ataku na kobiety czy też próbą fundamentalizacji życia społecznego, ale zasadniczą podstawą moralności, która sprawi, że medycyna, życie społeczne i rodzinne wreszcie powrócą na właściwe sobie miejsce, gdyż obrona życia ludzkiego nie jest wytworem ideologicznym, ale podstawowym obowiązkiem.

Duży niepokój budzi również wpływ tzw. technik reprodukcyjnych i procedury *in vitro* na geny człowieka. Jest to tym bardziej niepokojące, że pierwsze podziały komórkowe, zachodzące w probówce, podczas których przepisywana jest całość informacji genetycznej o nowym człowieku, niosą ze sobą znacznie większe ryzyko zdrowotne niż te późniejsze w narządzie rodnyj matki. Szczególny zdecydowany sprzeciw przedstawicieli świata nauki z wielu krajów wzbudziły

eksperymenty modyfikacji genetycznej przeprowadzone w Chinach na dzieciach w fazie embrionalnej. W tym celu wykorzystano system pozwalający na eksperymentalne naciśnięcie DNA w dowolnym miejscu genomu dla usuwania lub wbudowywania tam fragmentów DNA. W lutym 2016 r. brytyjski urząd ds. płodności i embriologii (HFEA – The Human Fertilisation and Embryology Authority) wyraził zgodę na użycie tej techniki do badań naukowych na ludzkich embrionach, które nie zostały wykorzystane podczas zabiegów *in vitro*. Zaakceptowano niegodziwe uprzedmiotowienie człowieka w najwcześniejszym stadium jego rozwoju przez selekcję embrionów przed implantacją do macicy i wykorzystanie jego materiału do produkcji komórek macierzystych. Otworzyło to również możliwości manipulacji samym DNA, a nawet projektowania człowieka. Niestety, istotny dla ukształtowania tożsamości człowieka i niezwykle złożony system biologiczny, jakim jest genom człowieka, również w Polsce nie podlega ochronie prawnej. Zespół ekspertów ds. bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski w swoim stanowisku z dnia 4 marca 2016 r. zwrócił uwagę na niezwykle ważną kwestię ochrony prawnej ludzkiego genomu i uznaje za palącą potrzebę podjęcia przez parlament prac nad pełną ochroną prawną genomu człowieka w Polsce. Najnowsze, wspaniałe zdobycze współczesnej biotechnologii nie mogą nigdy być wykorzystywane przeciwko człowiekowi, gdyż dobro nigdy nie może być osiągnięte niegodziwymi metodami i że są zasady moralne, których charakteru zobowiązującego nigdy nie wolno zawiesić. Trzeba jednoznacznie powtórzyć: nie wolno czynić zła, aby osiągnąć dobro. Żadne działanie, które prowadzi do zagrożenia życia człowieka, także we wczesnych stadiach rozwoju, nie da się usprawiedliwić nawet najbardziej wzniosłym celem.

W obszarze problemów moralnych związanych ze stosowaniem diagnostyki prenatalnej i zabiegów związanych ze wspomaganą reprodukcją i eksperymentami na embrionach

niezwykle ważna i istotna jest postawa lekarzy. Jan Paweł II w swoich wystąpieniach i publikacjach zachęcał, by w konflikcie między presją społeczną a nakazami prawego sumienia lekarze wybierali zawsze drogę wierności własnemu sumieniu, nie ulegając pokusie rezygnacji z wybranej przez siebie specjalizacji ani też nie idąc na kompromis z własnymi przekonaniem. Przypominał, że istnieje droga sprzeciwu sumienia, która winna być respektowana przez wszystkich, zwłaszcza przez prawodawców i przełożonych.

Podejmowanie wszelkich działań chroniących nowo powstałe życie ludzkie i szeroka wielopłaszczyznowa dyskusja o zagrożeniach i wyzwaniach początku ludzkiego życia jest szczególnie ważna również dlatego, że próbuje się niejednokrotnie narzucić pogląd, iż nie ma żadnych niezmiennych wartości uniwersalnych, a prawo powinno być tylko wyrazem woli większości, otwarte na pluralizm światopoglądowy, kulturalny i polityczny. W imię fałszywie pojmowanej tolerancji oczekuje się, a nawet żąda, zwłaszcza od osób o światopoglądzie chrześcijańskim, aby zrezygnowały z wnoszenia do życia społeczno-politycznego tego, co zgodnie z wyznawanymi wartościami uznają za prawdziwe i słuszne, oskarżając je nawet o brak „humanitaryzmu”, empatii czy przepojone światopoglądowo wsteczniactwo naukowe. Nie przestrzega się podstawowej zasady, że ważny jest udział wszystkich osób dobrej woli w rozwiązywaniu trudnych problemów etycznych, gdyż służy to osiągnięciu większego dobra, zgodnie z jego uniwersalnymi kryteriami.

Reasumując, nie wolno pozostawać obojętnym na losy nienarodzonego dziecka już od pierwszych chwil jego istnienia jako zarodka. Szacunek dla życia ludzkiego okazywany już od poczęcia musi być fundamentalną podstawą naszej cywilizacji, cywilizacji życia. Tak otwarta postawa tworzy i umacnia moralnie zdrowe społeczeństwo, w którym godność życia jest chroniona aż do naturalnej śmierci.

W tym obszarze naszych postaw moralno-etycznych nie ma wyboru, gdyż inna droga prowadzić może tylko do rychłej biologicznej i moralnej zagłady społeczeństw współczesnego świata.

Piśmiennictwo

1. Baby Lynlee 'born twice' after life-saving tumour surgery. 2016. www.bbc.com
2. Bartnik E. Genom człowieka na początku XXI wieku – osiągnięcia i perspektywy. W: Granice ingerencji w naturę. B. Chyrowicz (red.), Towarzystwo Naukowe KUL. Lublin 2001.
3. Buttiglione R. Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – czy lekarz może tworzyć i niszczyć ludzkie embriony?”. Warszawa, 24 marca 2010 r.
4. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Sprawozdania Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej: MZ-24 oraz MZ-29.
5. Garrett Ch., Carlton L. Diagnostyka prenatalna – trudne decyzje. W: Diagnostyka prenatalna. L. Abramsky, J. Chapple (red.). Warszawa 1996.
6. Geraedst J. Case III: Sex Selection and Family Balancing. W: Prenatal Testing. New Development and Ethical Dilemmas. L.H. Galjaard (red.). Noor. Amsterdam 2004.
7. Jan Paweł II. Zasady moralne diagnostyki i terapii prenatalnej. W: W imieniu dziecka poczętego. J.W. Gałkowski, J. Gula (red.). Lublin 1988.
8. Jan Paweł II. *Evangelium vitae*. Dzieła zebrane, t. I. Kraków 2005.
9. Kornas-Biela D. Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu. W: Z zagadnień psychologii prokreacyjnej. E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.). Lublin, RW KUL 1992.
10. Kornas-Biela D. Wokół początku życia ludzkiego. Wybrane wypowiedzi Jana Pawła II nt. badań prenatalnych. Warszawa 2002.

11. Midro A.T. Początek życia – genetyczne i epigenetyczne uwarunkowania ludzkiej prokreacji. W: „Dla Życia” Księga Jubileuszowa z okazji XX-lecia istnienia Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (1994–2014). Częstochowa 2014, s. 163–181.
12. Otowicz R. Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego. Kraków 1998.
13. Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan. Michaelinum 1995.
14. Sadowski M. Godność człowieka i dobro wspólne w papieskim nauczaniu społecznym (1978–2005). Wrocław 2010.
15. Skotko B.G. Prenatally Diagnosed Down Syndrome: Mothers Who Continued Their Pregnancies Evaluate Their Health Care Providers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192 (2005).
16. Stanowisko Zespołu ds. Bioetyki KEP: Genom człowieka – dziedzictwo i zobowiązanie. 4.03.2016. www.nauka.wiara.pl
17. Ślipko T. Bioetyka. Najważniejsze problemy. Kraków 2012.
18. Terlikowski T. Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej. Fronda. Warszawa 2009.
19. Umiastowski J. Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – czy lekarz może tworzyć i niszczyć ludzkie embriony?”. Warszawa, 24 marca 2010 r.
20. Warzeszak S. Etyka. W obronie życia człowieka. Kraków 2011.
21. Wróbel J. Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych. Wydawnictwo SCJ. Kraków 1999.

MARIAN MACHINEK

Czy wartość poczętego życia ludzkiego można mierzyć jego jakością?

Wydawać by się mogło, że w sporze o status ludzkiego embrionu przedyskutowane zostały już wszystkie argumenty. Jednak spór ten jest dynamiczny, a nowe konteksty, w których się on pojawia, sprawiają, że pojawiają się nowe jego odsłony. Pytanie tytułowe, jakie zostało postawione autorowi niniejszego artykułu, zawiera w sobie pojęcia, które w dyskusji bioetycznej mają rangę słów kluczowych. Są to: wartość życia ludzkiego, status poczętego życia ludzkiego, czyli ludzkiego zarodka, oraz kategoria jakości życia. Nie sposób w jednym artykule omówić, chociażby schematycznie, bogatej literatury do każdego z tych zagadnień i nie jest to też celem niniejszego artykułu. Będzie tu raczej chodziło o spenetrowanie tego obszaru dyskusji, w którym te trzy kluczowe pojęcia się spotykają. Szczególnym przedmiotem rozważań będzie zastosowanie kategorii jakości życia w odniesieniu do ludzkiego embrionu.

Wartość życia ludzkiego

Rozpocząć jednak wypada od przynajmniej krótkiej refleksji dotyczącej wartości życia ludzkiego jako takiego.

Określenie „życie ludzkie” należy oczywiście traktować raczej jako określenie symboliczne. Życie w ścisłym znaczeniu tego słowa to albo procesy charakterystyczne dla każdej żyjącej komórki, albo też sama (również ludzka) komórka czy tkanka. Biorąc to pod uwagę, trudno byłoby mówić o wyjątkowej wartości tak rozumianego życia ludzkiego. Nie traktuje się przecież w sposób wyjątkowy ani obcinanych paznokci czy włosów, ani też usuwanych wskutek operacji tkanek czy narządów. „Życie ludzkie” jest tu jednak czymś więcej: jest określeniem żyjącej istoty ludzkiej. I to właśnie ta jednostkowa, wyjątkowa i niepowtarzalna forma życia zasługuje, taka jest teza wyjściowa, na szczególną ochronę.

Chociaż przekonanie o konieczności ochrony człowieka towarzyszy ludzkości w różnej formie od jej zarania, jak to chociażby widać w zawartym w Biblii ostrzeżeniu przed zabójstwem: „Upomnę się też u człowieka o życie człowieka i u każdego – o życie brata” (Rdz 9, 5), to jednak ani w ciągu historii ludzkości, ani też współcześnie nie brakuje przykładów szafowania życiem ludzi. Ani w samej Biblii, ani też w innych kulturach ochrona człowieka nie oznaczała absolutnej nietykalności cielesnej pojedynczych osób¹. Szczególna wrażliwość na prawo każdego człowieka do życia charakteryzuje cywilizowaną ludzkość dopiero stosunkowo od niedawna. Można też zaryzykować stwierdzenie, że szacunek dla wyjątkowej wartości każdej osoby ludzkiej należy do powszechnie przyjętych standardów etycznych.

Co jest podstawą takiego odniesienia do człowieka? Ze względu na swoje wyjątkowe cechy, którymi człowiek przewyższa inne istoty żyjące, jego wartość jest nie tylko wyższa od nich, ale jest wartością innego rodzaju. Wyraził to

¹ Nie tylko w Biblii, ale i w całej tradycji etycznej istnieje szereg przypadków etycznie dopuszczalnego pozbawiania życia ludzi, np. w trakcie wojny, jak też w efekcie kary śmierci. Por. W. Wolbert, *Du sollst nicht töten. Systematische Überlegungen zum Tötungsverbot*, Freiburg – Wien 2000, s. 25–80.

już Immanuel Kant, proponując rozróżnienie między *wartością* zwierząt i *godnością* człowieka². Jak twierdzi Robert Spaemann, „ludzie nie mają wartości, ale godność”³. Jest to cecha niedająca się wyrazić w żadnych mierzalnych wielkościach; jest też niepodzielna: jakaś istota ma ją lub nie. W odróżnieniu od godności, wartość zwierząt może być większa lub mniejsza, jest w każdym razie policzalna. Stąd też życie człowieka nie jest jedynie jednostkowym przypadkiem żywej istoty, ale ma wartość wyjątkową⁴. Odniesienie się do niego z szacunkiem można określić jako jedną z wiodących zasad etycznych w kontekście etyki medycznej. Adaptując formę imperatywu kategorycznego Immanuela Kanta, można by sformułować etyczną następującą zasadę, w takiej czy innej formie obecną w ogromnej większości kodeksów etycznych pracowników służby zdrowia: *Postępuj tak, abyś we wszystkich swoich działaniach i zaniechaniach szanował fundamentalną wartość życia każdej osoby ludzkiej*⁵.

W tak sformułowanej zasadzie etycznej pojawia się pojęcie, które wydaje się oczywiste, jednak w debacie dotyczącej jakości życia wcale takim nie jest: chodzi o pojęcie osoby. Z powyższych rozważań może wynikać, że pojęcia „istota ludzka”, „człowiek” oraz „osoba” są używane zamiennie – i w niniejszym artykule tak rzeczywiście jest. Nie ulega wątpliwości, że dorośli ludzie, jeżeli są zdrowi, wykazują te specyficzne cechy, które sprawiają, że zalicza się ich do kategorii osób. Ludzie są zatem osobami, co uprawnia do stwierdzenia, że natura ludzka jest naturą osobową. Jednak człowiek, jak inne istoty żywe, podlega zmianom: rozwija się w czasie, doskonali się i ostatecznie obumiera. Cechy

² I. Kant, *Die Metaphysik der Sitten*, Stuttgart 1990, s. 354–355.

³ R. Spaemann, *Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns*, Stuttgart 2001, s. 421.

⁴ Tenże, *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ›etwas‹ und ›jemand‹*, Stuttgart 1996, s. 194–197.

⁵ Por. KEL Art 2: „Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego [...]”.

charakterystyczne dla osób, a odróżniające je od nie-osób ujawniają się w czasie, dopiero na pewnym etapie rozwoju, mogą też zaniknąć z racji choroby lub nie ujawnić się w ogóle z racji poważnego upośledzenia. Nie sprawia to, że ludzie, których cechy osobowe jeszcze się nie ujawniły lub też już czy nawet w ogóle nie są i nie będą widoczne, nie są osobami. Są to osoby, których osobowa natura nie potrafi się wyrazić na skutek niedojrzałości bądź też defektów⁶. Nie może to stanowić podstawy do zaliczenia ich do kategorii nie-osób, a co za tym idzie – do traktowania ich z mniejszym szacunkiem niż ten, który przysługuje osobom.

Takie podejście zwykło się określać jako personalistyczne. Osoba ludzka, rozumiana tu jako cielesno-duchowa jedność, nadaje kształt całej hierarchii wartości. Pojęcie osoby wykracza oczywiście poza ramy gatunku ludzkiego, gdyż odnosi się je nie tylko do Boga czy aniołów, ale także do hipotetycznych mieszkańców innych światów, o których istnieniu wprawdzie na razie nic nie wiemy, ale wykluczyć go nie sposób. Prawdziwe jest zatem stwierdzenie, że nie wszystkie osoby są ludźmi, jednak w podejściu personalistycznym nie można stwierdzić, że nie wszyscy ludzie są osobami. I to właśnie diametralnie odróżnia personalizizm od innego podejścia, które bywa również połączone z pewnym określonym rozumieniem kategorii jakości życia.

Kategoria jakości życia

Kategoria jakości życia pojawiła się pierwotnie w obszarze polityki i nauk społecznych jako przeciwwaga dla określania dobrostanu społeczeństw wyłącznie w kategoriach ekonomicznych. Od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku zadomowiła się ona na dobre także w obszarze etyki

⁶ R. Spaemann, *Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns*, s. 424–425.

medycznej⁷. Jakość życia obejmuje aspekty fizyczne, takie jak ogólny zdrowotny dobrostan wyrażający się w szeregu czynników (przede wszystkim wolności od dolegliwości i bólu), które są zasadniczo mierzalne. Chodzi jednak także o aspekty psychiczne, takie jak odczuwanie lęku, samotności itp., jak też aspekty religijne (pytanie o Boga i życie pośmiertne w obliczu choroby i umierania) czy duchowe, związane z pytaniami o sens życia czy cierpienia, a te trudno już ująć w obiektywnie wyrażalną miarę. Stąd czasami określa się kryterium jakości życia w medycynie jako kryterium o „specyficznym podwójnym normatywno-opisowym charakterze”⁸. Wielowymiarowy koncept jakości życia nie jest wprawdzie u swoich podstaw wcale konceptem nowym, gdyż od zawsze w refleksji etycznej uwzględniano ideał dobrego i szczęśliwego życia. We współczesnej argumentacji etycznej jednak kategoria jakości życia zawiera w sobie silny rys indywidualistyczny. Ostatecznie jedynie sam pacjent jest w stanie ocenić, jak się czuje, a więc jaka jest chwilowa jakość jego życia. Uwzględnienie tego aspektu sprawia, że kategoria jakości życia nabiera cech subiektywistycznych i indywidualistycznych, do czego jeszcze poniżej przyjdzie powrócić.

Warto jednak najpierw zaznaczyć, że również zwolennicy przedstawionego powyżej podejścia personalistycznego, dla których życie każdej istoty ludzkiej ma niemierzalną i zasadniczo nienaruszalną wartość, wcale nie negują znaczenia kategorii jakości życia. Pozostaje ona ważnym kryterium postępowania w wielu trudnych sytuacjach. Również tam, gdzie życie człowieka stanowi wiodącą wartość w medycynie, nie musi być ono podtrzymywane i przedłużane za wszelką cenę

⁷ Por. D. Birnbacher, *Quality of Life. Evaluation or Description?*, „Ethical Theory and Moral Practice” 2 (1999), s. 26–27.

⁸ Por. J.S. Ach, M. Quante, »... *having good times* ...«. *Anmerkungen zum Konzept »Lebensqualität« in der biomedizinischen Ethik*, „Zeitschrift für medizinische Ethik“ 40 (1994), s. 307.

i wszelkimi środkami, a więc wtedy, gdy jego jakość ze względu na doznawane cierpienie i uciążliwości dramatycznie spada. Nie oznacza to rezygnacji z traktowania życia w takich sytuacjach jako wartości wiodącej, ale wiąże się raczej z uznaniem jednego z istotnych aspektów życia każdego człowieka, jakim jest jego przemijalność. Perspektywa nieuchronnej śmierci nie pozwala absolutyzować życia biologicznego jako wartości najwyższej. Dlatego, chociaż powinno być ono chronione, gdyż jest wartością fundamentalną, można je poświęcić w imię wartości wyższych. Oddanie życia za kogoś innego nie jest samobójstwem, ale heroizmem. Kiedy życie pojedynczego człowieka dobiega końca, co bardzo często wiąże się z fizycznymi i psychicznymi dolegliwościami, jakość życia odgrywa ważną rolę w decyzjach dotyczących wyboru adekwatnej terapii, przy czym istotną rolę odgrywają tu, obok subiektywnych ocen i interesów pacjenta, również obiektywne czynniki medyczne, a także pozamedyczne (np. koszty). Kiedy szanse na ocalenie życia są znikome, a śmierć zbliża się nieuchronnie, rezygnacja z działań terapeutycznych, które są daremne i mogą być uznane za uporczywe, jest moralnie dopuszczalna. Nie przeczy to charakterystycznemu dla podejścia personalistycznego przekonaniu, że życie pozostaje „rzeczywistością przedostateczną”⁹ i jako takie jest czymś świętym, gdyż ściśle rzecz biorąc, nie dokonuje się w takich przypadkach oceny wartości życia, ale ocenie podlega sensowność podejmowania działań medycznych¹⁰.

Kategoria jakości życia bywa jednak współcześnie stosowana w odmiennym od właśnie omówionego znaczeniu. W swojej subiektywistyczno-indywidualistycznej formie jakość życia jest traktowana już nie jako *jeden* z czynników

⁹ Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, nr 2; *Wybrane dokumenty Kościoła katolickiego*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 42.

¹⁰ Por. E. Schockenhoff, *Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania*, tłum. K. Glombik, Opole 2014, s. 364, przyp. 12.

decydujących o działaniach bądź zaniechaniach medycznych, ale jako faktor ostateczny i *decydujący*. W takim kontekście zachowanie subiektywnej jakości życia będzie wartością wyższą nawet od wartości samego życia jako takiego i to właśnie w niczym nieograniczonym prawie do dysponowania własnym życiem w imię jego jakości, a nie w jego zachowaniu, będzie wyrażała się godność osoby¹¹. W przypadku gdy jakość życia spada poniżej jakiejś minimalnej granicy, może ona nie tylko spaść do zera, ale życie może osiągnąć wartość negatywną i stać się życiem „niewartym życia”¹².

Tak rozumiane pojęcie jakości życia odsłania swoje pełne znaczenie dopiero w szerszym kontekście powiązanej z nim koncepcji antropologicznej. Ta w punkcie wyjścia nie jest wprawdzie odmienna od naszkicowanej powyżej koncepcji personalistycznej, gdyż racją, dla której wartość osób jest nieporównywalna ze statusem innych istot żywych, niebędących osobami, są również tu ich wyjątkowe zdolności. Jednak nie bierze się pod uwagę faktu rozwoju osobowej natury ludzkiej, a wiąże status osobowy z aktualnym posiadaniem cech osobowych. Należą do nich cechy związane z ekspresją rozumności i wolności, a więc przede wszystkim samoświadomość, świadomość istnienia w czasie oraz związana z tym zdolność do formułowania preferencji i oczekiwań dotyczących przyszłości, samokontrola, ale także zdolność do nawiązywania relacji z otoczeniem, czy też świadomość i zdolność odczuwania bólu¹³.

Jeżeli status osobowy uzależniony zostanie od aktualnego posiadania wymienionych cech, to będzie on mógł być

¹¹ Por. W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia: filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009, s. 347–348.

¹² Określenie to ma swoją mroczną historię, związaną z praktyką nazistowską, zgodnie z którą określenie *lebensunwertes Leben* oznaczało psychicznie upośledzonych i nieuleczalnie chorych, którzy byli eliminowani w ramach akcji eutanazyjnej T-4.

¹³ Przegląd kryteriów osobowych czołowych zwolenników deskryptywnej koncepcji osoby znaleźć można w: B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, Kraków 2015, s. 103–109.

przypisany jedynie pewnej liczbie istot ludzkich. Na miano osoby zasługują zatem jedynie ci ludzie, którzy wykazują pewne minimum autonomii. Nie będą nim natomiast obdarzone istoty ludzkie, które takich cech jeszcze nie wykazują (embriony, płody, noworodki), które je trwale i nieodwołalnie utraciły (osoby znajdujące się w stanie wegetatywnym, umierający, jak też osoby, które nigdy cech tych nie uzyskały z uwagi na swoje głębokie upośledzenie). Skoro takie istoty ludzkie nie są osobami, to wartość ich życia nie będzie taka sama, jak wartość życia osób. Nawet jeżeli ich status będzie wyższy od statusu zwierząt, to jednak nie będzie ich cechowała ta niewymierna wartość, która suponowałaby bezwzględną ochronę życia. Pojęcie godności odnosiłoby się więc bądź to wyłącznie do osób ludzkich, bądź też byłoby stopniowane, zależnie od aktualnego stanu rozwoju czy zdrowia. Tak czy inaczej, jedynie życie osób charakteryzuje się pełną jakością, podczas gdy życie grupy istot ludzkich niebędących osobami będzie miało odpowiednio obniżoną wartość.

Tak rozumiana jakość życia jest charakterystyczna dla podejścia utylitarystycznego, gdyż stwierdzenie zróżnicowanej wartości życia wiąże się nieuchronnie z pewną kalkulacją. Generalnie rzecz biorąc, odpowiednia jakość życia będzie się wiązała z maksymalizacją dobrostanu i minimalizacją cierpienia. W kontekście medycznym, w zależności od proponowanego modelu, jakość życia będzie wypadkową bądź to rachunku kosztów i zysków (*Cost-Benefit Analysis* – CBA), kosztów i efektów (*Costs-Effectiveness Analysis* – CEA), bądź też długości życia i jego jakości (*Quality-Adjusted Life Year* – QALY)¹⁴.

W ramach utylitaryzmu preferencyjnego tego typu kalkulacje o charakterze ogólnospołecznym bywają wiązane z interesami jednostek. Już nie tyle pewien rachunek globalnych

¹⁴ Por. E. Sgriecchia, *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*, Philadelphia 2012, s. 53–55.

strat i zysków, cierpienia i szczęścia, ale porównywanie konkurujących preferencji jednostek i ich bezstronne ocenianie mają tu decydujące znaczenie¹⁵. Już nie samo życie jako takie, ale właśnie preferencje jednostek zyskują rangę wartości wiodącej w postępowaniu medycznym. Jakość życia będzie np. oceniana poprzez pryzmat relacji kondycji zdrowotnej pacjenta do możliwości realizacji przez niego istotnych życiowych celów¹⁶. Zasada etyczna odzwierciedlająca takie podejścia mogłaby brzmieć więc następująco: *Postępuj tak, abyś we wszystkich swoich działaniach i zaniechaniach możliwie zawsze szanował preferencje każdej osoby ludzkiej, zdolnej do ich wyrażenia*. Od razu należy podkreślić odmiennosć użytego w tej definicji pojęcia osoby w stosunku do jej personalistycznego rozumienia. Osobą jest tu taka i tylko taka istota ludzka¹⁷, która jest zdolna do sformułowania i wyrażenia interesów i preferencji, czego niezbędnym warunkiem jest pewne minimum samoświadomości i autonomii.

Wartość ludzkiego embrionu w kontekście kategorii jakości życia

Po zarysowaniu głównych linii fundamentalnego sporu, który toczy się we współczesnej bioetyce, pora przystąpić teraz do odniesienia kategorii jakości życia do pytania o wartość życia poczętego. Nie trzeba przypominać, że określenie

¹⁵ Do czołowych przedstawicieli tego modelu utilitaryzmu należy bez wątpienia Peter Singer. Por. P. Singer, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1993, s. 40–45.

¹⁶ Por. J.J. Walter, *Life, Quality of*, w: *Encyclopedia of Bioethics*, red. S.G. Post, t. 3, New York ³2004, s. 1389.

¹⁷ Okazuje się, że deskryptywne pojęcie osoby, którego efektem jest z jednej strony podział ludzi na osoby i nie-osoby, z drugiej strony prowadzi do określania jako „osoby” również niektórych zwierząt, które zdają się być zdolne do wyrażania swoich życiowych preferencji. Por. P. Singer, *Praktische Ethik*, s. 123–125, 219.

„życie poczęte”, jak pojęcie „życie ludzkie”, jest tu również szyfrem na określenie istoty ludzkiej na pierwszym etapie jej egzystencji, a więc ludzkiego embrionu. Od razu należy stwierdzić, że pojęcia „jakość” oraz „jakość życia” mogą zostać odniesione w stosunku do ludzkiego embrionu jedynie w pewnym sensie. Tak charakterystyczny dla kategorii jakości życia aspekt subiektywny nie wchodzi tu w grę, natomiast tym bardziej zostaje wyakcentowany aspekt związany z jakościową oceną zewnętrzną.

Mniejsza jakość życia ze względu na wady rozwojowe

Pierwsze znaczenie pojęcia jakości życia odniesione do ludzkiego embrionu dotyczy jego stanu zdrowia i związanych z nim prognoz dotyczących przyszłości. W ramach podejścia personalistycznego do ludzkich embrionów znajduje swoje zastosowanie zasada fundamentalnej równości wszystkich ludzi, niezależnie od ich społecznego znaczenia, miejsca przebywania¹⁸, aktualnego stanu zdrowia czy też prognoz rozwojowych. Wartością, która będzie wiodąca we wszelkich podejmowanych wobec embrionów działaniach czy zaniechaniach, będzie szacunek dla ich godności, wyrażający się przede wszystkim w uznaniu i poszanowaniu ich prawa do życia. Zaniechanie działań ratujących ich życie nie będzie tu wynikiem kalkulacji, ale raczej akceptacji ograniczeń możliwości jego zachowania.

Odmienne będzie natomiast podejście oparte na wiodącej roli deskryptywnej koncepcji osoby oraz autonomii.

¹⁸ Ta okoliczność będzie istotna w kontekście prób rozróżniania statusu embrionów *in vivo* od tych wytworzonych *in vitro*. Zanim nastąpi udana implantacja w macicy, będącą rezultatem kluczowej decyzji kobiety o jej podjęciu, te ostatnie miałyby być traktowane mniej lub bardziej jako rodzaj ludzkiej tkanki. Por. E. Schockenhoff, *Die Ethik des Heilens und die Menschenwürde. Moralische Argumente für und wider die embryonale Stammzellenforschung*, „Zeitschrift für medizinische Ethik” 47 (2001), s. 243.

Dzięki współczesnym technikom diagnostycznym możliwa jest ocena rozwoju ludzkiego embrionu już od początku jego istnienia (ma to miejsce szczególnie w przypadku, gdy embrion powstanie w efekcie zapłodnienia *in vitro*). Obserwacja przy pomocy mikroskopu oraz analiza genetyczna pozwalają stwierdzić, czy embrion rozwija się normalnie, czy też wykazuje pewne braki czy wady wrodzone. Jego wartość zależy więc od swoistej „kontroli jakości” i dopiero po jej przejściu i stwierdzeniu, że rozwija się normalnie, zostaje ona uznana.

Z oczywistych względów pojęcie jakości nie może tu służyć dla wyrażenia subiektywnej oceny życia, gdyż embrion nie jest zdolny do takiej oceny ani nawet do jakiegokolwiek odczuwania doznań. Pojęcie jakości służy tu zatem zewnętrznej ocenie życia embrionu dokonanej przez obserwatorów zewnętrznych (np. rodziców, lekarzy), ale także subiektywnej ocenie *ich* życia. Chodzi przede wszystkim o dawców gamet, z których embrion w sposób naturalny czy sztuczny został wytworzony. Ich jakość życia może zostać pomniejszona ze względu na stan zdrowia embrionu i związane z nim wyzwania prognozowane i oczekiwane w przyszłości. Mocno akcentowana jest wprawdzie przyszła niska jakość życia samego zdefektowanego embrionu. Jednak równie istotne są ograniczenia i trudności, jakie wiążą się z wychowaniem dziecka upośledzonego oraz towarzyszeniem mu w jego dorosłym, często niesamodzielnym życiu, a także koszty, które z taką opieką są związane. Jeżeli nawet wykryte braki nie miałyby się wiązać z cierpieniem, to jednak przyszła jakość życia może zostać określona jako niska ze względu na przewidywane odrzucenie, mniejsze szanse wykształcenia i zdobycia zawodu oraz niechęć ze strony otoczenia. Embriony o niskiej jakości życia to zatem embriony niechciane, nieakceptowane ze względu na cierpienie i dyskomfort innych osób (rodziców, społeczeństwa), których mogą oni doznać w przyszłości. Rachunek strat i zysków, cierpienia i dobrostanu, właściwy dla logiki utylitarystycznej prowadzi

do decyzji o eliminacji takiego embrionu. Uśmiercenie go jest motywowane właśnie pragnieniem niedopuszczenia do cierpienia i zaoszczędzenia niedogodności i kosztów jego otoczeniu¹⁹.

Nawet jednak w przypadku zdrowego embrionu oraz pomyślniej prognozy odnoszącej się do jego przyszłej jakości życia jego wartość w kontekście utylitaryzmu preferencyjnego nie będzie równa wartości osoby ludzkiej. W tym miejscu warto rozważyć drugie znaczenie omawianego pojęcia.

Mniejsza jakość życia ze względu na niepełne człowieczeństwo

Nie odnosi się ono już jedynie do kondycji zdrowotnej i pomyślnego bądź niepomyślnego rozwoju, ale do samej fazy rozwojowej, w której embrion się znajduje. Tam, gdzie przyjmuje się deskryptywne pojęcie osoby, nawet zdrowy embrion nie wykazuje jeszcze pełnej „jakości”, którą charakteryzuje się osoba ludzka i to właśnie dlatego, że jest embrionem. Jako taki jest bowiem istotą *jakościowo* różną od urodzonego już człowieka. Chociaż zdrowy i normalnie się rozwijający, ale niebędący jeszcze w pełni uformowaną istotą ludzką, embrion nie posiada w ramach tej koncepcji *pełnej* jakości osobowego życia ludzkiego.

Cały szereg wariantów deskryptywnego określenia osoby ma jedną cechę wspólną: status osobowy jest wtórnie dodawany do biologicznego istnienia i mniej czy bardziej wobec niego opóźniony. Paleta poglądów jest tu szeroka. Zgodnie

¹⁹ Por. H. Kuhse, P. Singer, *Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem Schwerstgeschädigter Neugeborener*, Erlangen 1993. Argumenty przytoczone przez obydwójce autorów dotyczą wprawdzie odbierania życia noworodkom, jednak, jak to wynika z innych ich publikacji, będą odnosiły się także do zdefektowanych embrionów.

z najbardziej radykalnymi poglądami status istoty ludzkiej w całym życiu prenatalnym (a więc nie tylko status embriónów, ale także płodów) nie odbiega od statusu każdej innej ludzkiej tkanki, a więc jest zerowy. Według innych embrión ma *statyczną* rangę pośrednią, a jego wartość plasuje go między wartością osób a wartością rzeczy, przy czym rangę tę może mieć bądź to od początku swojego zaistnienia, bądź też dopiero począwszy od jakiegoś stadium. Do bliższego określenia wartości embriónu stosowane są różne kryteria. W grę wchodzi np. kryterium prawdopodobieństwa rozwojowego, rozumiane jako kalkulacja szansy na dalszy rozwój, kryterium sensualistyczne, w którym cezurą byłoby nabycie przez embrión zdolności do odczuwania, a więc także odczuwania bólu, czy też kryterium psychologiczne, a więc osiągnięcie etapu rozwojowego, w którym powstają struktury niezbędne dla aktów kognitywnych. Zgodnie z innymi poglądami, embrión posiada *dynamiczną* rangę pośrednią, a więc jego wartość rośnie ciągle w miarę wzrostu i rozwoju. Taki pogląd określanym bywa jako koncepcja gradualistyczna (łac. *gradus* – skok, stopień). W jej ramach nie odmawia się embriónowi jakiegokolwiek wartości i nie przyrównuje się go do każdej innej ludzkiej tkanki, traktując go, jak to się kolokwialnie określa, jedynie jako „grudkę komórek”. Jego wartość wzrasta natomiast dynamicznie w miarę jego biologicznego rozwoju²⁰.

Pogląd o skokowym bądź też stopniowym uzyskiwaniu przez embrión właściwej dla osób ludzkich jakości istnienia jest podejściem wygodnym, gdyż eliminuje niemalże wszystkie wątpliwości natury etycznej związane z technikami wspomaganey reprodukcji, ale także z kwestią aborcji czy stosowania środków przeciwwzniezdzeniowych. Wartość życia embriónów, a czasem i płodów ludzkich – nawet jeśli

²⁰ Paleta statycznych i dynamicznych modeli wartości embriónu ludzkiego została omówiona szczegółowo w: W. Galewicz, *Status ludzkiego zarodka a etyka badań biomedycznych*, Kraków 2013, s. 190–195.

im się jakąś wartość przyznaje – będzie bowiem zawsze niższa niż wartość życia osób już urodzonych, a racją będzie tu rzekoma *jakościowa* różnica między różnymi formami istnienia istot ludzkich. W ramach utilitaryzmu preferencyjnego wartość życia embrionów będzie musiała ustąpić także interesom już urodzonych osób, gdyż możliwość spełnienia ich osobistych preferencji jest istotna dla ich subiektywnej jakości życia, a tej embriony, jako niezdolne do posiadania i wyrażania interesów, nie wykazują.

Dla wielu wspomnianych wyżej wariantów deskryptywnego określenia osoby ludzkiej charakterystyczne jest rozdzielenie w namyśle normatywnym *istoty* ludzkiej i *osoby* ludzkiej, co ma swoje daleko idące konsekwencje dla statusu embrionu. Dopiero bowiem w trakcie rozwoju embrionalnego (lub też w niektórych modelach – dopiero w jakiś czas po urodzeniu) ma się dokonywać *jakościowy skok*: do jedynie biologicznego życia istoty ludzkiej dochodzi życie osoby. Nie sposób nie dostrzec tu dualizmu, podejścia znanego już od starożytności, a obecnego w nowożytnej refleksji antropologicznej z nową siłą od czasów Kartezjusza.

Z gradualistycznymi koncepcjami statusu ludzkiego embrionu wiążą się dodatkowo dwa inne poważne zastrzeżenia. Po pierwsze, w ramach tych teorii dokonuje się redefinicja pojęcia godności człowieka. Godność ta, określająca wyjątkową wartość osoby, była zawsze traktowana, jak już wyżej wspomniano, jako wrodzona, tzn. jako przysługująca człowiekowi z samej racji jego istnienia. W ramach koncepcji gradualistycznych godność jest jednak wtórnie dodawana, a raczej nadawana, jako rodzaj nobilitacji, wskutek spełnienia pewnych warunków dotyczących właśnie jakości. Mniej lub bardziej człowiek musi tu zostać dopiero „pasowany” na osobę. Skoro godność jest czymś nadawanym człowiekowi z zewnątrz, to teoretycznie może być mu także odebrana, jeżeli na jakimś etapie swojego rozwoju przestanie spełniać podstawowe kryteria.

Drugi zarzut dotyczy pewnej, rzec by można, „empiryzacji” pojęć filozoficznych. Otóż pojęcie wartości życia czy godności jest pojęciem filozoficznym, niewyrażalnym żadnymi kategoriami empirycznymi i (przynajmniej tak było ono do tej pory traktowane) niepodzielny. Tymczasem w ramach koncepcji gradualistycznych wartość czy godność może rosnąć, a więc być wyrażone w kategoriach ilościowych (np. w liczbach czy procentach).

Wartość embrionu nie jest uzależniona od jego jakości

Wspomniane powyżej zastrzeżenia każą spojrzeć raz jeszcze na personalistyczną koncepcję wartości osoby, która autorowi niniejszego artykułu jawi się jako bardziej spójna ze współczesną wiedzą o embrionalnym rozwoju człowieka i lepiej odzwierciedlająca wartość ludzkiego embrionu. W jej ramach nie ma w trakcie rozwoju człowieka podziału na istotę ludzką i wtórną wobec niej osobę ludzką, ale, jak powiada Robert Spaemann, początku i końca istnienia osoby nie można tu oddzielić od początku i końca ludzkiego życia²¹.

Na tę jedność wskazują dane, których dostarcza embriologia. Chociaż z samej analizy danych empirycznych nie wynika jeszcze żadna koncepcja filozoficzna, to jednak nie sposób je pomijać, poszukując adekwatnej odpowiedzi na pytania, kiedy rozpoczyna się osobowe życie człowieka. Począwszy do procesu poczęcia, mamy do czynienia niewątpliwie z relatywnie samodzielnym organizmem, a więc z istotą z gatunku *homo sapiens sapiens* (kryterium przynależności gatunkowej). Relatywna samodzielność jest powiązana ze ścisłą

²¹ R. Spaemann, *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen »etwas« und »jemand«*, s. 264.

zależnością od organizmu matczynego, mimo to embrion rozwija się mocą własnego potencjału rozwojowego i w ramach wyznaczonych przez własne, odmienne od matczynego wyposażenie genetyczne. Nie sposób też w ciągu jego rozwoju wyróżnić doniosłych jakościowych cesur, które uprawniałyby ponad wszelką wątpliwość dokonywanie rozróżnienia między jedynie czysto biologiczną istotą ludzką a pełnowartościową osobą ludzką (kryterium ciągłości rozwojowej). Mimo zdolności do wytworzenia embrionu bliźniaczego i innych specyficznych cech wczesnego embrionu, trudno też wątpić w zachowanie jego tożsamości we wszystkich momentach cyklu rozwojowego (kryterium tożsamości indywidualnej). Wreszcie embrion rozwija się, jeśli tylko rozwój ten nie zostanie zakłócony, w kierunku ujawnienia wszystkich specyficznych dla osób ludzkich cech (kryterium potencjalności)²².

Biorąc pod uwagę te kryteria, nie sposób ustanawiać pośrednich lub procentowo niższych stadiów istnienia embrionu, które byłyby wprawdzie ludzkie, ale jeszcze nie osobowe. Nie ma więc powodów, by odmawiać embrionom pełnego statusu osobowego, jaki charakteryzuje wszystkich ludzi. Nie jest to życie jakościowo inne, niższe, a więc jego wartość nie może być też mniejsza niż ta szczególna wartość życia osób ludzkich, którą określa się jako godność. Cecha ta ma charakter uniwersalny i nie dopuszcza żadnego wykluczenia. Przysługuje ona każdej istocie ludzkiej od początku jej istnienia, niezależnie od tego, czy istota ta jest świadoma swojej godności, czy też nie²³.

²² Powyższe kryteria oraz ich krytyka zostały obszernie omówione w: M. Machinek, *Spór o status ludzkiego embrionu*, Olsztyn 2007, s. 159–221. Zob. także: W. Schweidler, *Der moralische Status des Embryos*, w: N. Arnold, *Biowissenschaften und Lebensschutz. Wissenschaft und Kirche im Dialog*, Freiburg i. Br. 2015, s. 84–94; S. Ernst, *Der Status des Embryos aus theologisch-ethischer Sicht*, w: N. Arnold, *Biowissenschaften und Lebensschutz. Wissenschaft und Kirche im Dialog*, s. 95–112.

²³ Por. F.S. Odunçu, *Moralischer Status von Embryonen*, w: *Bioethik. Eine Einführung*, red. M. Düwell, K. Stiegleder, Frankfurt am Main 2003, s. 218–219.

Na zakończenie tych rozważań warto poczynić jeszcze jedną uwagę. Stanowisko, za którym opowiada się autor niniejszego artykułu, określane czasem jako „doktryna świętości życia”²⁴, jest często postrzegane jako koncepcja ściśle związana z wiarą religijną i stąd nieprzydatna w dyskursie publicznym, który w warunkach społeczeństwa pluralistycznego powinien, jak się argumentuje, bazować na „neutralnej” etyce. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że wiara chrześcijańska, szczególnie katolicka, wzmacnia szacunek dla godności każdego człowieka, dodając do wszystkich innych uzasadnień argument religijny: Bóg jako Stwórca i Odkupiciel jest jedynym Panem życia i każde uzurpowanie sobie prawa do jego odbierania oznaczałoby próbę zawłaszczenia Jego autorytetu²⁵. Jednak szacunek dla życia ludzkiego jest również mocno zakorzeniony w wielu laickich systemach etycznych i stanowi fundament ustroju nowoczesnych demokracji. W tym sensie również dyskurs publiczny nie jest nigdy etycznie „neutralny”. Odebrać życie człowiekowi i ocalić je nigdy nie są traktowane jako dwie równorzędne opcje. Dyskurs publiczny, również na ten temat, może być co najwyżej bezstronny w dopuszczaniu do głosu przedstawicieli różnych opcji etycznych. Jedną z najstarszych zasad etycznych ludzkości, wyrażoną w tzw. Złotej regule²⁶, każe traktować każdego człowieka w taki sposób, w jaki sami chcielibyśmy być traktowani. Zgodnie z tą zasadą należy okazać szacunek właściwy ludziom także tym spośród nas,

²⁴ W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia: filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, s. 348.

²⁵ Por. analizę kategorii jakości życia w medycynie w świetle chrześcijańskiej wizji człowieka w: M. Faggioni, *The Quality of Life and Health in the Light of Christian Anthropology*, w: E. Sgriccia, I. Carasco de Paula, *Quality of Life and the Ethics of Health*, Città del Vaticano 2006, s. 23–33.

²⁶ Jej różne formy znaleźć można w różnych systemach etycznych, począwszy od starożytnej Grecji aż po zbiory zasad etycznych kultur Dalekiego Wschodu. Znajduje się też co najmniej dwukrotnie w Biblii, w tym pojawia się ona w ustach samego Jezusa: „Wszystko, co chcecie, aby wam ludzie czynili, i wy im czyńcie” (Mt 7, 12).

których wyjątkowe i jednorazowe życie dopiero się rozpoczęło. Embrionom ludzkim należy okazać tę fundamentalną solidarność, jaka powinna cechować wszystkie międzyludzkie relacje. Dywagacje dotyczące jakości ich życia, czy to z racji słabej kondycji zdrowotnej, czy też po prostu z racji ich niewielkich rozmiarów i związanych z tym ograniczeń rozwojowych czy małych możliwości ekspresji, wydają się być nie na miejscu.

MAREK CZARKOWSKI

Dylematy bioetyczno-medyczne zapłodnienia *in vitro*

Niepłodność jest patologią ujawniającą się u co najmniej 1 pary rocznie na każde 1000 mieszkańców¹. Dla wielu ludzi niepłodność stanowi istotny problem. W społecznościach, w których posiadanie dzieci jest jednym z najważniejszych celów, niepłodny związek jest oceniany jako mniej wartościowy, a brak dzieci sprzyja jego rozpadowi. W wielu środowiskach zarzut niepłodności jest automatycznie stawiany wobec kobiet, co może sprzyjać ich stygmatyzacji i dyskryminacji². Szybki rozwój nowych technik medycznych silnie ingerujących między innymi w proces powstawania nowego życia pozwolił na opracowanie różnych metod korygowania niepłodności. Ambicje uczonych dążących do przełamania kolejnej granicy możliwości medycyny wyszły naprzeciw oczekiwaniom społecznym.

¹ M.G. Hull, C.M. Glazener, N.J. Kelly, D.I. Conway, P.A. Foster, R.A. Hinton, i wsp., *Population Study of Causes, Treatment, and Outcome of Infertility*, Br Med J (Clin Res Ed), 1985; 291: 1693–1697.

² C. Riessmann, *Stigma Everyday Resistance Practice: Childless Women in South India*, Gend Soc, 2000; 1: 111–135, doi: 10.1177/089124300014001007.

Na czym polega zapłodnienie *in vitro*?

Metody wspomaganego rozrodu to różnorodne metody korekcyjne mające na celu uzyskanie ciąży z pominięciem jednego lub kilku etapów naturalnego rozrodu³.

Jedną z tych metod i zapewne najczęściej obecnie stosowaną jest zapłodnienie *in vitro*⁴. Aby móc doprowadzić do zapłodnienia *in vitro*, konieczne jest posiadanie obu rodzajów gamet. Plemniki można pobrać na przykład drogą masturbacji albo podczas spółkowania z wykorzystaniem prezerwatywy. Pobieranie komórek jajowych jest bardziej skomplikowane i polega na nakłuciu jajników z dojścia przez pochwę pod kontrolą USG⁵. Zwykle przed tym pobraniem kobieta otrzymuje kurację hormonalną, która ma na celu wywołanie u niej mnogich owulacji, aby możliwe było pobranie więcej niż jednej komórki jajowej. Fizjologicznie podczas jednego cyklu zwykle dochodzi do pojedynczej owulacji, natomiast stymulacja hormonalna pozwala na pobranie od kilku do kilkunastu komórek jajowych. Podawanie hormonów nie jest tolerowane przez wszystkie kobiety. Powikłaniem kuracji jest albo konieczność jej przerwania i wówczas nie da się uzyskać wielu komórek jajowych, albo występuje zespół hiperstymulacji jajników⁶. Powikłanie to polega na ich powiększeniu, zwiększeniu przepuszczalności naczyń krwionośnych oraz gromadzeniu się płynu w jamie

³ Etapy naturalnego rozrodu to: złożenie nasienia w pochwie, kapacytacja, transport plemników przez kanał szyjki, jamę macicy, światło jajowodów do jamy otrzewnowej, dojrzewanie komórki jajowej, jajczkowanie, przechodzenie plemników przez osłonkę przejrzystą, zaplemnienie, transfer komórki jajowej lub blastocysty do jajowodu lub jamy macicy.

⁴ R. Paulson, *In vitro Fertilization*, UpToDate, [online], [dostępny: http://www.uptodate.com/contents/in-vitro-fertilization?source=search_result&search=in+vitro&selectedTitle=1-150], [dostęp: 16.03.2016].

⁵ Tamże.

⁶ U. Elchalal, J.G. Schenker, *The Pathophysiology of Ovarian Hyperstimulation Syndrome – Views and Ideas*. Hum Reprod, 1997; 12: 1129–1137.

brzuszej⁷. Zależnie od stopnia nasilenia objawów występuje w postaci łagodnej, umiarkowanej, ciężkiej i krytycznej, przy czym hospitalizacja jest zalecana u kobiet z umiarkowaną lub cięższymi postaciami powikłania. Łagodna postać zespołu hiperstymulacji jajników występuje u około 25 proc. kobiet, a najcięższe u 0,1–0,2 proc.

Po uzyskaniu obu rodzajów gamet łączy się komórki jajowe z plemnikami w warunkach laboratoryjnych⁸. Do zapłodnienia dochodzi albo w sposób naturalny (konwencjonalne zapłodnienie) – wówczas, gdy plemnik jest zdolny do samodzielnego przeniknięcia do komórki jajowej, lub metodą docytoplazmatycznego wstrzyknięcia plemnika po nakłuciu komórki jajowej – wówczas, gdy plemnik nie posiada tej zdolności⁹. Obecnie metoda docytoplazmatycznego mechanicznego wprowadzenia plemnika do komórki jajowej przy pomocy mikropipety jest często stosowaną techniką zapłodnienia *in vitro*. Płytki z gametami umieszcza się następnie w cieplarni, która zapewnia optymalne warunki dla dalszego rozwoju zygoty i zarodka.

Przed wszczepieniem zarodka lub zarodków do jamy macicy można przeprowadzić diagnostykę preimplantacyjną. Badania te umożliwiają: określenie płci zarodka, wykrycie nieprawidłowego zestawu chromosomów (aneuploidii), a także chorób genetycznych jednogenowych, typowanie w zakresie zgodności tkankowej HLA oraz wykrywanie skłonności do występowania dziedzicznych nowotworów (np. w zakresie genów supresorowych BRCA1, BRCA2)¹⁰. Aneuploidia to zaburzenie polegające na braku

⁷ Dz. cyt. w przyp. 4.

⁸ Stąd nazwa: *in vitro*, czyli w szkle lub raczej na szkle laboratoryjnym, np. na szalce Petriego.

⁹ Dz. cyt. w przyp. 4.

¹⁰ E.M. Dahdouh, J. Balayla, F. Audibert; Genetics Committee, R.D. Wilson, F. Audibert, i wsp., *Technical Update: Preimplantation Genetic Diagnosis and Screening*, J Obstet Gynaecol Can. 2015; 37: 451–463.

lub występowaniu nadliczbowych chromosomów. Choroby takie jak zespół Downa, Edwardsa, Turnera czy Klinefeltera to typowe przykłady chorób wywołanych nieprawidłową liczbą chromosomów¹¹. Choroby jednogenowe to choroby związane z mutacjami punktowymi dotyczącymi jednego, określonego genu. Przykładami chorób jednogenowych są płasawica Huntingtona, dystrofia mięśniowa. Niektóre choroby genetyczne sprzężone są z płcią. Tak jest w przypadku hemofilii. Wadliwy gen znajduje się w chromosomie X. I dlatego każdy osobnik męski, którego matka jest nosicielką tej choroby, zachoruje na hemofilię. Wszczepienie do macicy zarodka wyselekcjonowanego na podstawie diagnostyki preimplantacyjnej zwiększa szanse na urodzenie zdrowego dziecka.

Niewykorzystane podczas pierwszego zapłodnienia zarodki są zwykle zamrażane w ciekłym azocie. Ponieważ podczas zamrażania zarodków tworzą się kryształki lodu, które mogą uszkadzać organelle komórkowe i powodować śmierć zarodka, zanurza się je w płynie zawierającym czynnik chemiczny utrudniający ich powstawanie. Proces ten nazywa się zeszkleniem (witryfikacją), a stosowane substancje to np. propanediol, sulfotlenek dimetylowy, glicerol. Mrożenie zarodków połączone z zeszkleniem wydaje się być metodą zwiększającą szansę przeżycia zarodków (przeżywa 75 proc. zarodków) w stosunku do samego zamrażania (przeżywa jedynie 38 proc. zarodków)¹².

¹¹ W przypadku zespołu Downa występuje dodatkowy, trzeci chromosom 23 pary, w zespole Edwardsa występuje dodatkowy, trzeci chromosom 18 pary, w zespole Turnera występuje tylko jeden chromosom płciowy, chromosom X, a w zespole Klinefeltera występują trzy chromosomy płciowe w układzie XXY.

¹² F.F. Abdel Hafez, N. Desai, A.M. Abou-Setta, T. Falcone, J. Goldfarb, *Slow Freezing, Vitrification and Ultra-Rapid Freezing of Human Embryos: A systematic Review and Meta-Analysis*, *Reprod Biomed Online*, 2010; 20: 209–22, doi: 10.1016/j.rbmo.2009.11.013.

Możliwe zastosowania metody *in vitro* i innych metod sztucznego zapłodnienia

Metody sztucznej prokreacji służą nie tylko bezpłodnym parom. Zabiegi takie mogą również stosować osoby niechorujące na bezpłodność.

In vitro wykorzystuje się do uzyskania dziecka o określonych preferencjach genetycznych i wtedy spośród wielu ludzkich zarodków wybiera się taki, który spełnia określone wcześniej kryteria. Kryteria wyboru mogą być uzasadnione medycznie (np. wyselekcjonowanie zarodka ze względu na płeć – w celu zapobieżenia urodzeniu się chłopca, który zachoruje na hemofilię) lub też innymi względami. Znane są przypadki kobiet, które skorzystały z metody *in vitro*, aby urodzić dziecko, które wyselekcjonowano spośród innych zarodków jako to, które najlepiej przysłuży się w celu leczenia innego dziecka tej samej kobiety¹³. W takiej sytuacji chodzi o pobranie w przyszłości od poczętego metodą *in vitro* dziecka jego materiału biologicznego, który otrzyma chorujące drugie dziecko. Bardziej kontrowersyjne są zapłodnienia *in vitro*, których celem jest wyselekcjonowanie do implantacji uszkodzonego zarodka zgodnie z życzeniem par osób głuchoniemych, motywowane chęcią posiadania dziecka chorującego na taką samą chorobę, ponieważ wychowanie go będzie dla tych ludzi łatwiejsze niż dziecka pełnosprawnego¹⁴.

Metoda *in vitro* pozwala także na posiadanie dzieci parom homoseksualnym, pod warunkiem, że brakujące gamety uzyska się od dawcy, a w przypadku par męskich dodatkowo znajdzie kobietę, która zgodzi się na wynajęcie swojej

¹³ G. Pennings, R. Schots, I. Liebaers, *Ethical considerations on Preimplantation Genetic Diagnosis for HLA Typing to Match a Future Child as a Donor of Haematopoietic Stem Cells to a Sibling*, Hum Reprod, 2002; 17; 534–538.

¹⁴ J.A. Robertson, *Ethics and the Future of Preimplantation Genetic Diagnosis*, Reprod Biomed Online, 2005; 10: 97–101.

macicy, niezbędnej do zapewnienia prawidłowego rozwoju człowiekowi we wczesnych, przednoworodkowych stadiach rozwoju¹⁵.

Kobiety po menopauzie także mogą urodzić dziecko metodą sztucznego zapłodnienia. Motywacja kobiet do takiego działania jest zróżnicowana. Niektóre kobiety dopiero w tym okresie życia dostrzegają potrzebę posiadania własnego dziecka¹⁶.

Również heteroseksualne dziewczice mogą skorzystać z tej metody. Do klinik leczenia niepłodności coraz częściej zgłaszają się kobiety, które chciałyby mieć dziecko, ale nie są zainteresowane spółkowaniem, a zatem nie mogą w sposób naturalny doczekać się potomka¹⁷.

Techniki sztucznego zapłodnienia pozwalają także na poczęcie dziecka powstałego z materiału genetycznego osób ciężko chorych lub zmarłych, pod warunkiem, że gamety zostaną pobrane w odpowiednim czasie od momentu zgonu¹⁸. Kobietom chorującym na chorobę nowotworową, u których konieczne leczenie może spowodować uszkodzenie jajników, metody te (pobranie i przechowanie komórek

¹⁵ D.A. Greenfeld, *The Evolving World of ART: Who are the Intended Parents and How are Their Children Doing?*, *Minerva Ginecol.* 2012; 64: 455–60; D.A. Greenfeld, E. Seli, *Gay Men Choosing Parenthood Through Assisted Reproduction: Medical and Psychosocial Considerations*, *Fertil Steril*, 2011; 95: 225–229, doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.05.053.

¹⁶ M.E. Ekberg, *Assisted Reproduction for Postmenopausal Women*, *Hum Fertil (Camb)*, 2014; 17: 223–230; S. Fisseha, N.A. Clark, *Assisted Reproduction for Postmenopausal Women*, *Virtual Mentor*, 2014; 16: 5–9, doi: 10.1001/virtualmentor.2014.16.01.ecas1-1401.

¹⁷ *Dziewice na porodowce*, [online], [dostępny: <http://kobieta.onet.pl/dziecko/ciaza-i-porod/dziewice-zostaja-matkami-dzieki-in-vitro-i-spermie-dawcy/d86ypk>], [dostęp: 16.04.2016].

¹⁸ M. Stoker, A. Landry, *The Ethics of a Postmortem Testicular Harvest*, *J Emerg Med*, 2016; 50: 178–180, doi: 10.1016/j.jemermed.2015.09.020; C. Strong, J.R. Gingrich, W.H. Kutteh, *Ethics of Postmortem Sperm Retrieval: Ethics of Sperm Retrieval after Death or Persistent Vegetative State*, *Hum Reprod*, 2000; 15: 739–745.

jajowych w celu późniejszego ich zapłodnienia) umożliwiają posiadanie dzieci po skutecznym wyleczeniu choroby¹⁹.

Można przypuszczać, że w miarę rozwijania się i doskonalenia technik *in vitro* oraz liberalizowania norm etycznych pojawią się nowe możliwości zastosowań zapłodnienia *in vitro*.

Argumenty etyczne wspierające stosowanie *in vitro*

W dyskusji wskazującej na etyczną dopuszczalność stosowania metod sztucznego zapłodnienia najczęściej przedstawia się cztery argumenty:

- argument z praw reprodukcyjnych;
- argument medyczny;
- argument z praw dziecka;
- argument dobra partnerów.

Argument z praw reprodukcyjnych

Argument z praw reprodukcyjnych wskazuje na prawo każdego człowieka do posiadania potomka. W 1994 r. Organizacja Narodów Zjednoczonych zorganizowała w Kairze Międzynarodową Konferencję na Rzecz Ludności i Rozwoju. W jej trakcie przyjęto Kairski Program Działania²⁰. Opracowano wówczas nową definicję – zdrowie reprodukcyjne. Oznacza ono pełny fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan, a nie tylko brak choroby lub niedomagania we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym, jego funkcjami i procesami. Twórcom tej definicji chodziło o promowanie takich działań, które umożliwią ludziom prowadzenie satysfakcjonującego i bezpiecznego życia

¹⁹ S. Dudani, A. Gupta, *Fertility Preservation in Young Patients' with Cancer*, *J Midlife Health*, 2014; 5: 165–167.

²⁰ United Nations, *Cairo Programme of Action*, [online], [dostępny: http://www.choike.org/documentos/conf/action_progr.pdf], [dostęp: 16.03.2016].

seksualnego w oderwaniu od prokreacji i reprodukcji. Zaakceptowano szereg działań, które miały umożliwić odizolowanie sfery współżycia seksualnego od prokreacji, takich jak edukacja seksualna, metody antykoncepcyjne. Jednocześnie podkreślono prawo każdego człowieka do posiadania potomka i przyznano ludziom prawo do decydowania o tym, kiedy i jak często chcą z tego prawa skorzystać. Realizacja prawa do posiadania dzieci obejmuje prawo do informacji o naturalnych i sztucznych metodach prokreacji, a także prawo do korzystania z tych metod. Kairski Program Działania akceptuje i promuje szereg działań medycznych, w tym także metody sztucznej prokreacji.

Argument medyczny

Argument medyczny opiera się na założeniu, że jeśli ludziom udało się opracować techniki sztucznego zapłodnienia, które pozwalają osobom niepełnym na doczekanie się dziecka, to nie wolno nikogo, bez uzasadnionego powodu, takiego prawa pozbawiać. Po drugie, niepełność jest uznana za chorobę i znajduje się w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 pod numerami N46 i N97 (niepełność męska i kobieca)²¹. Skoro zatem niepełność jest chorobą, którą na dodatek potrafimy leczyć, to nie wolno ludziom zabraniać dostępu do metod sztucznej prokreacji, tym bardziej że prawo każdego człowieka do posiadania dziecka zostało potwierdzone przez Międzynarodową Konferencję na Rzecz Ludności i Rozwoju.

Dyskusja mająca na celu podważenie zasadności stosowania *in vitro*, opierająca się na argumentach, że metoda ta nie leczy, a jedynie koryguje niepełność, nie jest przekonująca. Rzeczywiście, o wyleczeniu z bezpłodności przy pomocy metody sztucznej prokreacji trudno mówić,

²¹ International Classification of Diseases – ICD10, [online], [dostępny: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>], [dostęp: 16.03.2016].

ponieważ technika zabiegu *in vitro* nie polega na poprawieniu zdolności rozrodczych kobiety lub mężczyzny. W procedurze *in vitro* chodzi jedynie o zastąpienie w sposób sztuczny jednego lub kilku naturalnych etapów rozrodu człowieka. Podobnie dzieje się u osoby chorującej na niedobór hormonu – sztuczna substytucja tym hormonem powoduje ustąpienie objawów chorobowych, bynajmniej nie korygując zdolności wydzielniczych uszkodzonego narządu endokrynnego. Równie mało przekonujący jest kontrargument o leczniczym działaniu *in vitro*, wskazujący na fakt, że u niektórych par, które skorzystały z tej metody zapłodnienia, następny potomek urodził się drogą naturalnej prokreacji. Definicja niepłodności powstała w wyniku przyjęcia umownej granicy 12 lub 6 miesięcy współżycia seksualnego bez zabezpieczeń, które nie doprowadziło do zajścia kobiety w ciążę²². Nie wolno jednak kategorycznie twierdzić, że jeśli jakaś para spełnia kryterium niepłodności, to automatycznie nie istnieje żadna możliwość naturalnej prokreacji przez kolejne miesiące lub lata – w rzeczywistości takiej możliwości nie można wykluczyć, choć jest mało prawdopodobna. Nie wiadomo, czy zdolność do naturalnej prokreacji po zapłodnieniu *in vitro* jest wynikiem tego zapłodnienia, czy po prostu zbiegiem okoliczności niemających ze sobą związku przyczynowo-skutkowego. Dopóki zależność ta nie zostanie w sposób empiryczny udowodniona, to przytoczony kontrargument trudno traktować inaczej niż nieprzekonującą spekulację etyczną. Wspomniane powyżej zastrzeżenia nie zmieniają faktu, że zapłodnienie *in vitro* umożliwia wielu kobietom urodzenie zdrowego dziecka, co jest dowodem na skuteczność tej

²² W. Kuohung, M.D. Hornstein, *Overview of Infertility*, UpToDate, [online], [dostępny: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility?source=machineLearning&search=infertility&selectedTitle=1-150§ionRank=1&anchor=H9#H9>], [dostęp: 16.04.2016].

techniki sztucznej prokreacji, a spory dotyczące terminologii (leczenie czy korekcja) to unikające istoty problemu dywagacje.

Argument z praw dziecka

Argument z praw dziecka sprowadza się do twierdzenia, że rodzice decydujący się na prokreację wspomaganą są silnie zmotywowani, co sugeruje, że zapewnią dziecku dobre warunki rozwoju. Motywacja ta musi być na tyle silna, żeby potencjalni rodzice zdecydowali się poddać dość uciążliwym (szczególnie dla kobiety) procedurom medycznym oraz pokryć z własnej kieszeni wysokie koszty zapłodnienia, ponieważ w wielu krajach nie jest ono fundowane (np. w Polsce jest to koszt ponad 10.000 zł za jeden zabieg²³). Można spodziewać się, że dziecko będące owocem tylu poświęceń ze strony rodziców, często pierwszy i jedyny żywo urodzony potomek danej pary, zostanie otoczone bardzo troskliwą i dobrą opieką.

Argument dobra partnerów

Dziecko wzmacnia więzy emocjonalne między jego rodzicami. Pojawienie się nowego członka rodziny stwarza korzystne warunki dla dalszego trwania związku. Rodzice mają nowy cel, skupiają swoją energię na zapewnieniu młodemu człowiekowi jak najlepszych warunków rozwoju oraz jednoczą się w potrzebie realizacji tego zadania. Brak potomstwa sprzyja natomiast wzajemnej niechęci oraz utracie zaufania i szacunku. Może to prowadzić do rozpadu związku.

²³ J. Biszewska, *In vitro. Ile kosztuje szansa na dziecko?*, [online], [dostępny: http://www.eddziecko.pl/przed_ciaza/1,87842,18322525,in-vitro-ile-kosztuje-szansa-na-dziecko.html], [dostęp: 16.04.2016].

Argumenty kwestionujące dopuszczalność stosowania metody *in vitro*

Spośród wielu argumentów przemawiających przeciwko dopuszczalności stosowania metody *in vitro* do najważniejszych należy zaliczyć:

- Zarzut szafowania ludzkim życiem.
- Zarzut akceptacji selekcji ludzkich zarodków.
- Zarzut komodyfikacji zapłodnienia *in vitro*.
- Zarzut anonimizacji materiału biologicznego wykorzystywanego w *in vitro*.

Szafowanie ludzkim życiem

Najpoważniejszym zarzutem etycznym wysuwany wobec zapłodnienia *in vitro* i innych metod sztucznej prokreacji jest zarzut szafowania ludzkim życiem. Niewielki odsetek wszystkich zarodków ludzkich utworzonych w sposób sztuczny ma możliwość osiągnięcia noworodkowego stadium rozwoju²⁴. A przecież każdy nowy osobnik ludzki jest całkowicie niepowtarzalnym przedstawicielem naszego gatunku. Decyduje o tym w pełni oryginalny i charakterystyczny jedynie dla tego osobnika zestaw materiału genetycznego²⁵. Właśnie z tego powodu przekazywanie tkanek, komórek czy narządów pomiędzy ludźmi zawsze (z wyjątkiem bliźniąt monozygotycznych) wywołuje reakcję odrzucania odmiennego osobniczo materiału biologicznego. Nie może być także kwestią sporną fakt, kiedy powstaje nowa, swoista osobniczo i gatunkowo istota ludzka. O tym decydują nauki przyrodnicze, a nie etyka medyczna i warto w tym miejscu przypomnieć, że pod tym względem człowiek nie różni się od

²⁴ *A Long Term Analysis of the HFEA Register Data (1991–2006)*, [online], [dostępny: http://www.hfea.gov.uk/docs/Latest_long_term_data_analysis_report_91-06.pdf.pdf].

²⁵ Por. *Encyclopedia Britannica*, [online], [dostępny: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/658686/zygote>], [dostęp: 16.04.2016].

innych ssaków. Zygota, czyli diploidalna komórka powstała z połączenia dwóch haploidalnych gamet (komórki jajowej oraz plemnika), jest pierwszym stadium rozwojowym każdego nowego ssaka, w tym również człowieka²⁶. Dopuszczalność zabijania ludzi we wczesnych stadiach rozwoju, np. w stadium zarodka, zależy od tego, jakie stanowisko etyczne przyjmuje dany człowiek. Jeśli bowiem uznaje, że wczesnym stadium rozwoju człowieka nie przysługuje taka sama ochrona jak ludziom w późniejszych stadiach rozwoju, to wówczas zarzut szafowania ludzkim życiem przestaje być istotny. Trudno bowiem stawiać ten zarzut wobec istot, którym nie przysługuje prawo do ochrony życia. Takie stanowisko etyczne prezentują wszyscy ci etycy, dla których zarodek ludzki jest jedynie potencjalną osobą ludzką, która status osobowy osiągnie dopiero w jakimś późniejszym stadium rozwoju, określonym na przykład według któregoś z kryteriów neurologicznych²⁷ lub kryterium osiągnięcia zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki, albo kryterium narodzin, lub nawet jeszcze później²⁸. Oponenti mogą natomiast powoływać się na inne stanowiska etyczne. W przypadku gdy uznaje się, że status osoby ludzkiej uzyskuje każdy człowiek już w momencie poczęcia, zabicie zarodka ludzkiego musi być traktowane jako czyn niegodziwy i naganny²⁹. Podobne stanowisko będą także prezentować osoby, które uznają, że zarodki ludzkie mają przed sobą wartościową przyszłość³⁰. Poza przedstawionymi powyżej świeckimi stanowiskami etycznymi, warto przypomnieć,

²⁶ Tamże.

²⁷ K. Szewczyk, *Bioetyka*, T. 1: *Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009, s. 238.

²⁸ M.A. Warren, *On the Moral and Legal Status of Abortion*, *Monist*. 1973; 57: 43–61 – polskie tłumaczenie tej pracy zamieszczone jest w: W. Galewicz, *Początki ludzkiego życia*, Kraków 2010, s. 197–214.

²⁹ K. Szewczyk, dz. cyt., s. 236.

³⁰ D. Marquis, *Why Abortion is Immoral*, *J Philos*, 1989; 86: 183–202 – polskie tłumaczenie tej pracy zamieszczone jest w: W. Galewicz, dz. cyt., s. 215–240.

że niektóre etyki religijne nie akceptują zabijania zarodków ludzkich. Takie stanowisko prezentuje na przykład Kościół katolicki³¹. Przyjęcie któregoś ze stanowisk etycznych wskazujących na niegodziwość zabijania zarodków wyklucza szereg procedur dziś powszechnie stosowanych podczas *in vitro*. Zaliczamy do nich: tworzenie nadliczbowych zarodków, czyli nieprzeznaczonych do bezzwłocznego wszczepienia do ciała kobiety, mrożenie zarodków, selekcję zarodków zakładającą zabicie tych, które okażą się „wadliwe”, i oczywiście każde inne niszczenie zarodków niezależnie od motywacji. Niedopuszczalne jest również eksperymentowanie na zarodkach w sposób zakładający ich trwałe uszkodzenie lub zabicie. W sporze tym nie istnieje jedynie słuszny światopogląd, nie ma jedyne go świeckiego stanowiska etycznego, natomiast zależnie od przyjętego podejścia pojawiają się kardynalne różnice w traktowaniu zarodków i płodów. Dla jednych zarodek i płód ludzki to „produkty poczęcia” lub „grupy komórek”, a dla innych osoby ludzkie posiadające przyrodzoną godność jak my wszyscy³².

Selekcjonowanie zarodków

Wątpliwa etycznie jest także procedura selekcjonowania zarodków. Matka ma prawo ratować zdrowie i życie swojego dziecka. Jeśli ten ratunek byłby możliwy jedynie poprzez urodzenie odpowiednio wyselekcjonowanego drugiego dziecka, które dostarczyłoby choremu materiał biologicznego niezbędnego w procesie leczenia, to zastosowanie

³¹ *Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia Donum vitae*, [online], [dostępny: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbiort_2_19.html]; Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium vitae*, [online], [dostępny: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/evangelium_1.html#m1].

³² *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, red. E. Vayena, P.J. Rowe, P.D. Griffin, Geneva, Switzerland: World Health Organization 2002, s. XIX–XX; *Ustawa o leczeniu niepłodności*, Dziennik Ustaw 2015, poz. 1087; a także dz. cyt. 28, 29, 30.

metody zapłodnienia *in vitro*, jako jedynej stwarzającej realną możliwość pomocy, wydaje się być etycznie zasadne. Problematyczność tego działania ujawnia się dopiero po bardziej szczegółowej analizie opisanego przypadku. Aby móc wyselekcjonować potrzebny zarodek, należy stworzyć większą ich liczbę – im więcej zarodków, tym statystycznie wyższe prawdopodobieństwo wybrania najbardziej odpowiedniego. Skoro zatem tylko jednemu, najbardziej odpowiedniemu zarodkowi umożliwi się osiągnięcie noworodkowego stadium rozwoju, dopuszczalność selekcjonowania zarodków zależy w dużym stopniu od tego, jaka przyszłość czeka pozostałe? Jeśli i one miałyby stworzoną możliwość narodzin, to wówczas dopuszczalność takiego działania powinna być oceniana korzystniej niż wówczas, gdyby świadomie zaplanowano zniszczenie pozostałych zarodków lub ich bezterminowe zamrożenie³³. Niestety, w niektórych procedurach selekcjonowania zarodków niszczenie „wadliwych” jest logiczną konsekwencją okoliczności, które uzasadniają zastosowanie tej metody. Z takimi przypadkami mamy do czynienia wtedy, gdy stosujemy diagnostykę preimplantacyjną. Diagnostyka preimplantacyjna polega na pobraniu od kilkukomórkowego zarodka ludzkiego najczęściej pojedynczej komórki w celu przeprowadzenia badań materiału genetycznego. Etyczny aspekt tej metody sprowadza się do pytania: jaką przyszłość stwarza się zarodkom, które dzięki diagnostyce preimplantacyjnej zostaną uznane za „wadliwe”? Jedynym celem prowadzenia takiej selekcji jest niedopuszczenie do implantacji w ciele kobiety „wadliwego” zarodka i jego zabicie. Nieznane są żadne metody leczenia uszkodzonych zarodków. Dodatkowym ubocznym efektem diagnostyki są pozostawione i niewszczepione zdrowe zarodki, bo przecież aby móc selekcjonować, trzeba posiadać

³³ Ten pogląd będzie słuszny jedynie w przypadku stanowisk etycznych, które nie klasyfikują zarodka ludzkiego jako człowieka o ograniczonym statusie osobowym.

więcej niż jeden. Los tych zarodków może być różny: zniszczenie, zamrożenie, wykorzystanie w badaniach naukowych lub donacja.

Selekcjonowanie zarodków może być traktowane jako nieetyczne nie tylko z uwagi na naganność moralną ich uśmiercania, ale także z innego powodu. Sama możliwość decydowania przez dawców materiału biologicznego o tym, któremu z zarodków zostanie stworzona szansa narodzin, budzi wątpliwości moralne. Brak bowiem powszechnej akceptacji dla prawa upoważniającego dorosłych ludzi (czyli ludzi w późniejszych stadiach rozwoju) do decydowania o losie innych ludzi we wcześniejszych stadiach rozwoju, na przykład ludzkich zarodków, zwłaszcza w kwestiach tak kardynalnych, jak prawo do życia.

Kryteria selekcji stanowią dodatkowy problem etyczny. Jedni sięgają po argumentację emocjonalną, wskazując na ogromne cierpienia, na jakie narażone zostaną dzieci rozwijające się z uszkodzonych zarodków. Czy rzeczywiście zawsze chodzi tu o niemożliwe do zaakceptowania cierpienia ludzi? Dziś zabijane są istoty ludzkie obarczone bynajmniej nieletalnymi, niepowodującymi niewyobrażalnych cierpień i możliwymi do korekcji wadami wrodzonymi typu rozszczep podniebienia³⁴. Ponadto wartościowanie ludzkiego życia zależnie od jego jakości jest szczególnie silnie krytykowane przez środowiska osób niepełnosprawnych. Kryterium zbyt niskiej jakości życia może być odbierane jako forma dyskryminacji ludzi chorych, biednych i słabych³⁵.

Kolejnym zagadnieniem etycznym jest pytanie, czy wszystkie możliwe kryteria selekcji są dopuszczalne.

³⁴ M. Morrison, G. Gillett, *Is a Cleft Lip and Palate a Serious "Handicap"?* *Jepson v Chief Constable of West Mercia – a Legal and Ethical Critique*, *J Law Med*, 2014; 22: 290–301.

³⁵ W warunkach polskich większość osób niepełnosprawnych jeśli spełnia kryterium niepełnosprawności, to jednocześnie często należy do grupy osób o najniższym statusie ekonomicznym oraz społecznym.

Wiadomo przecież, że wraz z rozwojem nauk medycznych możliwości selekcji nie będą ograniczone jedynie do wyboru płci czy eliminacji zarodków posiadających łatwe do zdiagnozowania wady genetyczne. Spory etyczne będą dotyczyły dopuszczalności stosowania przyszłych kryteriów uprawniających do selekcjonowania zarodków. Oczywiście im niższy status moralny przyznamy zarodkowi ludzkiemu, tym łatwiej będzie stosować dowolne kryteria selekcji.

Selekcjonowanie zarodków rodzi jeszcze jedno dodatkowe zagrożenie. Skoro zezwala się na selekcję zarodków, aby chronić przyszłych rodziców przed urodzeniem „wadliwego” dziecka, to czy rodzice powinni ponosić ciężar opieki nad chorym, jeśli do jego urodzenia doszło w wyniku braku należytej staranności pracowników medycznych? I czy rodzicom przysługuje prawo do zrezygnowania z opieki nad takim noworodkiem, a jeśli tak, to kto powinien tę opiekę sprawować? Zapewne część etyków opowie się za zastosowaniem w takiej sytuacji pourodzeniowej aborcji³⁶.

Komodyfikacja ludzi

Trzeci z zarzutów dotyczy komodyfikacji procedury sztucznego zapłodnienia. Komodyfikacja to proces nadawania wartości (ceny) dobrom (istotom), które nie powinny być przedmiotem handlu. Tymczasem ludzkie gamety, kobieca macica, a nawet powstałe w wyniku sztucznej prokrecji dzieci mogą być traktowane jak towar. Kobiety, które godzą się na sprzedaż swoich komórek jajowych, otrzymują od 8.000 do 15.000\$ za jeden cykl stymulacji³⁷. W skrajnych przypadkach kwota ta rośnie nawet do 100.000\$. Handel dotyczy nie tylko gamet, ale również macic. Cena wynajęcia

³⁶ A. Giubilini, F. Minerva, *After-birth Abortion: Why Should the Baby Live?*, J Med Ethics, 2013; 39: 261–263.

³⁷ W. Kramer, J. Schneider, N. Schultz, *US Oocyte Donors: A Retrospective Study of Medical and Psychosocial Issues*, Hum Reprod, 2009; 24: 3144–3149, doi: 10.1093/humrep/dep309.

kobiety, która zgodzi się na umieszczenie w swojej macicy zarodka i przekazanie noworodka po urodzeniu innej osobie lub parze, waha się, zależnie od kraju, od 70.000 do 100.000\$ w USA oraz do 25.000\$ w Indiach³⁸. W USA działają portale internetowe służące pomocą wszystkim kobietom zainteresowanym donacją gamet i surogacją³⁹. Nieuregulowany rynek donacji gamet oraz surogacji stwarza potencjalne zagrożenia w związku z możliwością wykorzystania, pokrzywdzenia lub nadużyć wobec kobiet. Niski status socjalno-ekonomiczny może sprzyjać tym zjawiskom. Skoro towarem stały się już gamety i macica, to czy towarem może stać się również człowiek? Zwłaszcza gdy tym człowiekiem jest istota we wczesnym stadium rozwoju, której nie wszyscy etycy chcą przyznać status osoby ludzkiej, a więc człowieka posiadającego godność, a co za tym idzie także niezbywalne prawa, w tym prawo do życia. Jeśli danej istocie nie przysługuje prawo do życia, to wówczas tym bardziej nie będzie ono musiało być chronione w zakresie zakazu sprzedaży lub na przykład zakazu reklamacji w przypadku, gdy podczas sztucznego zapłodnienia lub diagnostyki preimplantacyjnej dojdzie do pomyłki. Uprzemysłowienie i komercjalizacja ludzkiej reprodukcji sprzyjają nawarstwianiu się problemów etycznych, ponieważ rynek usług *in vitro* jest zainteresowany liberalizacją przepisów. Taka strategia działania służy poszerzaniu kręgu odbiorców i sprzyja obniżaniu kosztów procedur.

Anonimizacja dawców gamet

W wielu krajach obowiązują przepisy zezwalające na anonimizację dawców gamet wykorzystywanych w procedurach

³⁸ J.W. Knoche, *Health Concerns and Ethical Considerations Regarding International Surrogacy*, Int J Gynaecol Obstet, 2014; 126: 183–186, doi: 10.1016/j.ijgo.2014.03.020. Epub 2014 Apr 27.

³⁹ [online], [dostępny: <http://www.surromomsonline.com/>], [dostęp: 18.04.2016].

sztucznego zapłodnienia. Na szczęście w ostatnich latach pojawia się coraz więcej głosów przeciwnych tego rodzaju praktykom⁴⁰. Warto podkreślić, że anonimizacja w procedurach sztucznej prokreacji jest działaniem celowym i świadomym, a nie przypadkiem losowym, zachodzącym wówczas, gdy matka porzuca dziecko w „oknie życia”. Państwa ustanawiają prawa zakazujące informowania dzieci poczętych dzięki sztucznej prokreacji o danych ich biologicznych rodziców w trosce o to, by nie zabrakło materiału biologicznego od dawców, uznając, że prawo do zachowania anonimowości dawców jest najważniejsze. Tymczasem poczęte z materiału biologicznego pochodzącego od anonimowych dawców dzieci mają oczywiste moralne prawo do poznania swoich biologicznych rodziców⁴¹. Każdy człowiek ma bowiem prawo do poznania swojego pochodzenia, tożsamości oraz ukształtowania (także na podstawie tych danych) swojej indywidualnej osobowości.

Medyczne zastrzeżenia dotyczące *in vitro*

Metody sztucznej prokreacji są często przedstawiane jako doskonale poznane, bezpieczne i skuteczne sposoby zwalczania niepłodności. Jakkolwiek historia stosowania *in vitro* ma już prawie 40 lat⁴², to jednak zasoby dobrze udokumentowanej wiedzy medycznej na ten temat nie są bogate. W przypadku metod sztucznej prokreacji powtarza

⁴⁰ L. Frith, *Gamete Donation and Anonymity: The Ethical and Legal Debate*, Hum Reprod, 2001; 16: 818–824.

⁴¹ M. Cowden, 'No Harm, No Foul': *A Child's Right to Know Their Genetic Parents*, Int J Law Policy Family, 2012; 26: 102–126; I. de Melo-Martín, *The Ethics of Anonymous Gamete Donation: Is There a Right to Know One's Genetic Origins?*, Hastings Center Report, 2014; 44: 28–35, doi: 10.1002/hast.285.

⁴² P.C. Steptoe, R.G. Edwards, *Birth after the Reimplantation of a Human Embryo*, Lancet, 1978; 2: 366.

się historia badań klinicznych produktów leczniczych. Firmy farmaceutyczne przez wiele dziesiątków lat prowadziły szkodliwą społecznie politykę ukrywania wyników badań naukowych, które były niekorzystne dla interesów firm⁴³. Ukrywanie wyników badań zawsze powoduje fałszowanie wiedzy medycznej i musi niekorzystnie odbijać się na zdrowiu ludzi. Dzieje się tak dlatego, że firmy farmaceutyczne znajdują się w oczywistym konflikcie interesów – korzystne społecznie jest publikowanie wyników wszystkich badań, ale ujawniając je, firma farmaceutyczna naraża się na straty finansowe. W podobnej sytuacji znajduje się przemysł *in vitro*. Jest to dochodowa dziedzina medycyny. Wielkość światowego rynku przemysłu *in vitro* szacowana była w 2012 r. na 9,3 miliarda \$, z dobrą perspektywą rozwoju do 21,6 miliarda \$ w 2020 r.⁴⁴ Przemysł *in vitro* nie jest zainteresowany prowadzeniem badań naukowych, a przede wszystkim publikowaniem niekorzystnych dla siebie wyników. Współczesna medycyna to medycyna oparta na faktach (Evidence Based Medicine). Nazywamy tak postępowanie kliniczne oparte na najlepszych dostępnych dowodach naukowych dotyczących skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa⁴⁵. Obecnie najbardziej wartościowymi źródłami wiedzy medycznej są przeglądy systematyczne i metaanalizy, czyli badania naukowe polegające na powtórnej, zbiorczej analizie danych pochodzących z wielu wiarygodnych prac naukowych w celu uzyskania sumarycznych wyników oraz wyciągnięcia najbardziej wartościowych naukowo wniosków. Niezależną organizacją, która zajmuje się promowaniem

⁴³ J.E. Bekelman, Li Y, C.P. Gross, *Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research: A Systematic Review*, JAMA, 2003; Vol. 289: 454–465.

⁴⁴ [online], [dostępny: <http://www.slideshare.net/alliedmarketresearch/global-in-vitro-fertilization-ivf-market-size-share-trends-opportunities-global-demand-insights-analysis-research-report-company-profiles-segmentation-and-forecast-2013-2020>], [dostęp: 20.04.2016].

⁴⁵ H.R. Wulff, P.C. Gotzsche, *Racjonalna diagnoza i leczenie*, Łódź 2005, s. 185.

tego typu działań, jest Cochrane Collaboration. Wnioski ostatnich dwóch opracowań powstałych przy wsparciu Cochrane Collaboration, a dotyczących metod sztucznego zapłodnienia, nie są korzystne. Wskaźnik żywych urodzeń w przypadku zabiegów *in vitro* pozostaje nieznanym, publikowane doniesienia mają ograniczoną wartość z powodu małej liczebności prób, a w większości publikacji zdarzenia niepożądane, takie jak mnogie ciążę i zespół hiperstymulacji jajników, nie są raportowane⁴⁶. Ostatni przegląd systematyczny potwierdza, że nie posiadamy wystarczających danych, albo z powodu braku takich badań, albo z powodu nieopublikowania danych dotyczących istotnych zdarzeń⁴⁷. Najważniejsze braki dotyczą liczby żywych urodzeń, skumulowanej liczby żywych urodzeń, ciąż mnogich, zespołu hiperstymulacji jajników oraz przerwania cyklu stymulacji⁴⁸. Trudno dziś zatem w sposób odpowiedzialny stwierdzić, że metody sztucznej prokreacji to na pewno bezpieczne i skuteczne metody zapobiegania niepłodności.

Skuteczność *in vitro*

Rzeczywista skuteczność *in vitro* może być określona przy pomocy dwóch wskaźników: liczby żywych urodzeń oraz skumulowanej liczby żywych urodzeń. Liczba żywych urodzeń to odsetkowa wartość liczby żywo urodzonych dzieci w stosunku do liczby wszystkich implantowanych zarodków. Po jednorazowym implantowaniu zarodka do ciała kobiety prawdopodobieństwo urodzenia żywego dziecka wynosi

⁴⁶ Z. Pandian, S. Bhattacharya, L. Vale, A. Templeton, *In Vitro Fertilisation for Unexplained Subfertility*, Cochrane Database Syst Rev. 2005; 2: art. no.: CD003357.

⁴⁷ C. Farquhar, J.R. Rishworth, J. Brown, W.L.D.M. Nelen, J. Marjoribanks, *Assisted Reproductive Technology: an Overview of Cochrane Reviews*, Cochrane Database Syst Rev, 2013; 8, art. no.: CD010537, doi: 10.1002/14651858.CD010537.pub2.

⁴⁸ Tamże.

jedynie 25 proc.⁴⁹. Dlatego też u pozostałych 75 proc. kobiet zabieg implantacji musi być powtarzany, często wielokrotnie. Do oceny skuteczności kolejnych implantacji konieczne jest zastosowanie innego wskaźnika, a mianowicie skumulowanej liczby żywych urodzeń. Ponieważ nie wszystkie kobiety są skłonne poddawać się wielokrotnie procedurze implantacji zarodków, tylko część z nich uczestniczy w dalszych próbach. Z tego powodu stosuje się dwa różne skumulowane wskaźniki żywych urodzeń – optymistyczny i konserwatywny. Optymistyczny skumulowany wskaźnik żywych urodzeń opiera się na założeniu, że kobiety, które nie zgłosiły się na kolejne implantacje zarodków, mają takie samo prawdopodobieństwo urodzenia żywego dziecka, jak te, które dalej chcą uczestniczyć w próbach. Konserwatywny skumulowany wskaźnik żywych urodzeń opiera się na założeniu, że kobiety, które nie zgłosiły się na kolejne próby, nigdy nie urodzą żywego dziecka. I dlatego poczynając od drugiej implantacji, skumulowany wskaźnik żywych urodzeń waha się pomiędzy wyższą wartością wskaźnika optymistycznego i niższą wskaźnika konserwatywnego. Im więcej prób zapłodnienia *in vitro*, tym większa szansa urodzenia żywego dziecka – po 6 implantacjach zarodków skumulowany wskaźnik żywych urodzeń waha się pomiędzy 51 proc. (konserwatywny) a 72 proc. (optymistyczny)⁵⁰. Wysokość skumulowanego wskaźnika żywych urodzeń jest tym niższa, im starszym kobietom implantuje się zarodki. U kobiet od 40. roku życia wwyż wysokość skumulowanego wskaźnika żywych urodzeń jest wyraźnie niższa – po 6 implantacjach wynosi odpowiednio 42 i 23 proc.⁵¹. Wskaźnik żywych urodzeń po jednej

⁴⁹ A. Beth, M.D. Malizia, R. Michele, Sc.D. Hacker, A.S. Penzias, *Cumulative Live-Birth Rates after In Vitro Fertilization*, N Engl J Med 2009; 360: 236–243, doi: 10.1056/NEJMoa0803072.

⁵⁰ Tamże.

⁵¹ Tamże.

implantacji wynosi w tej grupie wiekowej jedynie 9 proc.⁵². Jakkolwiek cytowane wyniki pochodzą z bardzo dobrego ośrodka, opublikowane zostały w piśmie medycznym o najwyższym wskaźniku cytowań (Impact Factor), to jednak dotyczą grupy jedynie kilku tysięcy kobiet i w żadnym wypadku nie posiadają takiej rangi wiarygodności, jak przeglądy systematyczne czy metaanalizy oparte nie na jednej, ale na wielu podobnych do tej pracach. Niestety takich prac jest niewiele, a tak kardynalne kwestie metodologiczne, jak sposób obliczania skumulowanego wskaźnika żywych urodzeń nie zostały, jak dotąd, wystandaryzowane. Przytoczone wyniki wskazują, że zapłodnienie *in vitro* nie jest metodą gwarantującą każdej parze niepełnych osób urodzenie żywego dziecka.

Częstość występowania wad wrodzonych

Względne ryzyko występowania wad urodzeniowych u dzieci poczętych metodą sztucznego zapłodnienia jest istotnie wyższe w porównaniu do dzieci poczętych w sposób naturalny⁵³. I jest to jedna z tych bardzo nielicznych, ale pewnych naukowo informacji dotyczących sztucznej prokreacji. W przypadku poważnych wad rozwojowych ryzyko to jest jeszcze wyższe ($R=1,42$) i oznacza, że ryzyko wystąpienia takiej wady u dziecka poczętego metodą sztucznego zapłodnienia jest o 42 proc. większe w porównaniu do ryzyka wystąpienia wady urodzeniowej u dziecka poczętego w sposób naturalny. Nie wiemy, co jest przyczyną wyższej częstości występowania wad urodzeniowych u dzieci poczę-

⁵² Tamże.

⁵³ M. Hansen, J.J. Kurinczuk, E. Milne, N. de Klerk, C. Bower, *Assisted Reproductive Technology and Birth Defects: A Systematic Review and Meta-analysis*, Hum Reprod Update, 2013; 19: 330–353, doi: 10.1093/humupd/dmt006.

tych metodą sztucznego zapłodnienia. Wśród możliwych przyczyn należy wymienić leki, które stosuje się w leczeniu niepłodności oraz w procedurach sztucznego zapłodnienia, substancje znajdujące się w płynach, w których przechowuje się i zamraża materiał biologiczny, manipulacje wykonywane na tym materiale, środowisko hormonalne, w jakim zarodek rozwija się po implantacji w ciele kobiety, wyjściowo gorszy jakościowo materiał biologiczny (w porównaniu z poczęciami naturalnymi), a także różne inne, jeszcze niezidentyfikowane zagrożenia. Aby odkryć rzeczywiste przyczyny wyższej częstości występowania wad rozwojowych, konieczne jest dalsze gromadzenie danych na temat metod sztucznej prokreacji, ponieważ takie analizy wymagają bardziej rozbudowanych zestawień, w których oceniana populacja dzieci będzie dzielona na różne mniejsze grupy, zależnie od ich szczegółowej charakterystyki, uwzględniającej m.in. wymienione powyżej kryteria.

Mnogie ciąży

Kobiety, które poddano zapłodnieniu *in vitro*, mają 20-krotnie wyższe prawdopodobieństwo urodzenia bliźniąt oraz 400-krotnie wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia liczniejszej niż bliźniacza ciąży mnogiej⁵⁴. Wynika to z praktyki polegającej na wszczepianiu do ciała kobiety wielu zarodków. Działanie takie ma na celu zwiększenie prawdopodobieństwa urodzenia żywego dziecka po jednorazowej implantacji zarodków. Według danych amerykańskich, ponad 55 proc. dzieci urodzonych w wyniku sztucznego zapłodnienia pochodzi z ciąży mnogich, w tym aż 7 proc. stanowią

⁵⁴ P.M. Martin, H.G. Welch, *Probabilities for Singleton and Multiple Pregnancies after In Vitro Fertilization*. *Fertil Steril*, 1998; 70: 478–481.

ciąże trojacze lub liczniejsze⁵⁵. Istotnymi, ubocznymi skutkami takiej metody jest zwiększona umieralność i chorobowość okołoporodowa (w tym także częstość występowania niepełnosprawności), co powoduje znaczący wzrost kosztów macierzyństwa oraz opieki nad noworodkiem⁵⁶. Warto także przypomnieć, że mnogie ciąży są ciążami wysokiego ryzyka. Towarzyszą im częściej powikłania, takie jak: poronienia i porody przedwczesne, niedokrwistość, nadciśnienie ciężarnych i rzucawka, wielowodzie, a ponadto ciężarne częściej rodzą przy pomocy cięcia cesarskiego i są dłużej hospitalizowane⁵⁷. Wysoka częstość jatrogennych ciąż mnogich towarzysząca sztucznym zapłodnieniom spowodowała opracowanie rekomendacji, w których zalecono, by nie wszczepiać jednorazowo kobietom więcej niż dwóch zarodków⁵⁸. Zalecenie to nie likwiduje problemu ciąży bliźniaczej jako sytuacji klinicznej istotnie zwiększającej ryzyko występowania różnorodnych powikłań. Przepisy i praktyka stosowana przez zakłady *in vitro* różni się w tym zakresie w różnych krajach, a jak już wcześniej wspomniano, brak wiarygodnych danych uniemożliwia rzetelne przedstawienie aktualnego stanu problemu jatrogennych ciąż mnogich w populacji dzieci poczętych metodą sztucznego zapłodnienia.

⁵⁵ K. Faber, *IVF in the US: Multiple Gestation, Economic Competition, and the Necessity of Excess*. Hum Reprod, 1997; 12: 1614–1616.

⁵⁶ B. Lieberman, *An Embryo Too Many?* Human Reproduction, 1998;13: 2664–2666; N.J. Sebire, *Swedish in Vitro Fertilisation Study*, Lancet, 2000, 355: 845; U.B. Wennerholm, C. Bergh, L. Hamberger, K. Lundin, L. Nilsson i wsp., *Incidence of Congenital Malformations in Children Born After ICSI*, Hum Reprod, 2000; 15: 944–948; T.L. Callahan, J.E. Hall, S.L. Ettner, C.L. Christiansen, M.F. Greene, W.F. Crowley, *The Economic Impact of Multiple Gestation Pregnancies and the Contribution of Assisted Reproduction Techniques to Their Incidence*, N Engl J Med, 1994, 331: 244–249.

⁵⁷ O. Ozturk, O. Templeton, *Multiple Pregnancy in Assisted Reproduction Techniques*, w: *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, red. E. Vayena, P.J. Rowe, P.D. Griffin, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002: 220–234.

⁵⁸ *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, red. E. Vayena, P.J. Rowe, P.D. Griffin, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002: 390–391. Patrz także: G.S. Nakhuda, M.V. Sauer, *Addressing the Growing Problem of Multiple Gestations Created by Assisted Reproductive Therapies*, Semin Perinatol. 2005; 29: 355–362.

***In vitro* a racjonowanie świadczeń medycznych**

Dopuszczalność stosowania nowych technik w medycynie określają kryteria medyczne (oceniające przede wszystkim bezpieczeństwo i skuteczność) oraz etyczne. Możliwość zastosowania nowej techniki uzależniona jest także od trzeciego kryterium – ekonomicznego. W przypadku wysokich kosztów procedury i braku jej finansowania ze środków publicznych tylko zamożna część społeczeństwa może z niej skorzystać. W Polsce obowiązuje prawo, które zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁵⁹. Terminu „równy” nie należy mylić z terminem „pełny”, co oznacza, że każdy ubezpieczony zdrowotnie obywatel ma zapewniony dostęp do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej. Opieki zdrowotnej w pełnym zakresie nie gwarantują (z przyczyn ekonomicznych) swoim obywatelom nawet najbogatsze kraje. Dlatego realizacja prawa do równego dostępu polega, między innymi, na ograniczaniu rodzajów świadczeń, które są finansowane z budżetu państwa. W ocenie, czy dana procedura powinna być finansowana, podstawowe znaczenie odgrywiają kryteria medyczne. Nie wolno finansować ze środków publicznych świadczeń, co do których nie mamy wystarczająco wiarygodnych danych potwierdzających skuteczność i bezpieczeństwo ich stosowania. Drugim kryterium segregacji dopuszczalności finansowania świadczeń zdrowotnych jest kryterium etyczne. Niektóre możliwe z medycznego punktu widzenia procedury są zakazane wyłącznie z powodów etycznych⁶⁰. Racjonowanie świadczeń medycznych wiąże się z koniecznością rezygnacji z jednych procedur, aby móc zapewnić dostęp do innych. I dlatego konieczne jest ustalenie hierarchii świadczeń,

⁵⁹ *Konstytucja RP*, art. 88, ust. 2, Dziennik Ustaw 1997, nr 78, poz. 483.

⁶⁰ Na przykład czynna eutanazja, aborcja ze wskazań społecznych, ograniczenia dotyczące zasad pobierania narządów do przeszczepu.

tak aby promować przede wszystkim te, wobec których nie są wysuwane ani zastrzeżenia medyczne, ani zastrzeżenia etyczne. Procedura zapłodnienia *in vitro* jest tematem gorących dyskusji dotyczących dopuszczalności finansowania tych zabiegów z budżetu państwa. Przedstawione powyżej informacje potwierdzają, że dla wielu kobiet i mężczyzn żyjących w Polsce metody sztucznej prokreacji mogą nie być ani wystarczająco bezpieczne, ani dopuszczalne etycznie. Powstaje zatem pytanie, czy istnieje dla tych ludzi jakaś alternatywa?

Naprotechnologia

Poza metodami wspomaganego rozrodu stosowane są także naturalne metody prokreacyjne (tzw. naprotechnologia)⁶¹. Podobnie jak metody sztucznego zapłodnienia, które nie gwarantują sukcesu wszystkim niepłodnym parom, także naprotechnologia nie jest możliwa do zastosowania u wszystkich osób niepłodnych. Jakkolwiek w stosunku do naprotechnologii nie wysuwa się żadnych istotnych zastrzeżeń natury etycznej, to jednak nadal nie posiadamy dostatecznie wiarygodnych danych dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa stosowania tej metody. Wstępne doniesienia wskazują, że ponad 50 proc. par stosujących naprotechnologię przez 24 miesiące doczeka się urodzin żywego dziecka⁶². Więcej na temat skuteczności i bezpieczeństwa tej metody dowiemy się po zakończeniu w 2026 r.

⁶¹ B.E. Jemelka, D.W. Parker, R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and Conscientious OB/GYN Medicine*, Virtual Mentor. 2013; 15: 213–219, doi: 10.1001/virtualmentor.2013.15.3.stas1-1303; E. Tham, K. Schliep, J. Stanford, *Natural Procreative Technology for Infertility and Recurrent Miscarriage: Outcomes in a Canadian Family Practice*, Can Fam Physician. 2012; 58: e267–274.

⁶² J.B. Stanford, T.A. Parnell, P.C. Boyle, *Outcomes from Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice*, J Am Board Fam Med. 2008; 21: 375–384, doi: 10.3122/jabfm.2008.05.070239. Erratum in: J Am Board Fam Med. 2008; 21: 583.

wieloośrodkowego, międzynarodowego badania, w którym planuje się udział 15.000 osób⁶³.

Podsumowanie

Przedstawione dane wskazują, że metody sztucznego zapłodnienia są stosunkowo nową i wciąż niewystarczająco poznaną oraz mogącą budzić poważne zastrzeżenia etyczne dziedziną wiedzy medycznej. Jednocześnie istnieje silna presja społeczna na rozwijanie metod leczenia ludzkiej niepłodności. Wiele wpływowych środowisk domaga się maksymalnej liberalizacji zasad stosowania metod sztucznego zapłodnienia i ignoruje większość zgłaszanych zastrzeżeń etycznych. Okazuje się, że przepisy prawa dla wielu osób nie są dziś wystarczającą barierą określającą dopuszczalność stosowania procedur medycznych. Na wszystkich członkach społeczności ciąży zatem obowiązek odpowiedniej edukacji na temat pluralizmu światopoglądowego, tak aby ci, których to może dotyczyć, zostali uświadomieni, że nie wszystko, na co zezwalają przepisy, jest zgodne z ich systemem norm i zakazów etycznych. Lekarze powinni zaś być przygotowani na spotkanie z pacjentami o zróżnicowanych światopoglądach. Specjalizacja medyczna taka jak ginekologia i położnictwo jest typowym przykładem specjalności zawodowej, w której znajomość światopoglądu pacjentek ma kluczowe znaczenie dla nawiązania prawidłowych relacji lekarz-pacjent.

⁶³ *International NaProTechnology Evaluation and Surveillance of Treatment for Infertility and Miscarriage (iNEST)*, [online], [dostępny: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01363596?term=international+naprotechnology&rank=1>], [dostęp: 23.06.2016].

MACIEJ BARCZENTEWICZ

Dlaczego naprotechnologia?

Częstość występowania niepłodności

Niepłodność przedstawiana jest w wielu opracowaniach, na wykładach, w podręcznikach oraz w mediach jako choroba cywilizacyjna, dotycząca 15–20 proc. małżeństw. Stwierdza się narastanie tego problemu, a obserwowaną sytuację obarcza się odpowiedzialnością za katastrofę demograficzną obserwowaną w krajach cywilizacji zachodniej, w tym w Polsce. W związku z Narodowym Programem Prokreacyjnym, planowanym jako alternatywa dla niewątpliwie niebezpiecznych, a coraz szerzej stosowanych i promowanych technik wspomaganego rozrodu (ART), w enuncjacjach Ministerstwa Zdrowia wielokrotnie mówi się o 1,5 lub 2 mln osób dotkniętych tym problemem w Polsce. Niestety, należy stwierdzić, że „są to dane szacunkowe, pochodzące z opracowań Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjnego Człowieka i Embriologii (ESHRE). W wielu krajach (także w Polsce) nie ma na ten temat badań epidemiologicznych, dlatego dokładnie nie wiadomo, ile osób ma kłopoty z rozrodem, ile poszukuje pomocy lekarskiej, ile rezygnuje z posiadania dziecka, ile

stara się o adopcję, a ile faktycznie przysposabia dziecko”¹. W mojej opinii jednym z podstawowych elementów Narodowego Programu Prokreacji powinno być opisanie *status quo* i przeprowadzenie badań populacyjnych oceniających prawdziwą skalę problemu, co pozwoliłoby na planowanie skutecznego działania naprawczego. Nie istnieją rzetelne polskie badania oceniające skalę tego problemu. Dokonując przeglądu literatury, natrafiłem jedynie na badanie ankietowe CBOS z 2010 r., w którym wykazano, iż w grupie kobiet w wieku od 18 do 39 lat tylko 11 proc. jest bezdzietnych. Nie znaczy to oczywiście, że są one niepłodne, gdyż wciąż jeszcze mogą urodzić dzieci. W związku z brakiem badań polskich należy sięgnąć do danych zagranicznych. Wiarygodne i podawane jako referencyjne dane brytyjskie, pochodzące z National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), mówią o częstotliwości występowania niepłodności rzędu 7–8 proc., natomiast dane amerykańskie z National Center for Health Statistics podają, że w USA 6 proc. kobiet w wieku 15–44 lat jest niepłodnych². Jeszcze bardziej interesujące są dane Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 r., według których niepłodność dotyka 8 proc. par. Najnowsze badanie, przeprowadzone w 2012 r. w 190 krajach świata, wykazuje, że na świecie w 2010 r. niepłodność pierwotna – rozumiana jako niemożność urodzenia dziecka po 5 latach, występowała w grupie kobiet w wieku od 20 do 44 lat u 1,9 proc., natomiast niepłodność wtórna (co najmniej 1 ciąża w wywiadzie) u 10,5 proc. Według autorów dane te są stabilne na przestrzeni ostatnich 20 lat (od 1990 r.)³.

¹ C. Łepecka-Klusek, A.B. Pilewska-Kozak, G. Jakiel, *Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO*, Med Og Nauk Zdr. 2012; 18 (2): 163–166.

² National Center for Health Statistics, [online], [dostępny: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/infertility.htm>], [dostęp: 25.03.2016].

³ PLOS Medicine: National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys Publication date: Dec.

Różnica między danymi WHO a danymi najczęściej przedstawianymi w prezentacjach i w mediach wynika z ideologicznego, propagandowego i komercyjnego podejścia do leczenia niepłodności. „Leczenie” metodami ART wpisuje się w paradygmat „Nowego Wspaniałego Świata”, opisanego przez kardynała Josepha Ratzingera w wykładzie *Człowiek – reprodukcja czy stworzenie*, wygłoszonym z okazji promocji na doktora honoris causa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego 23 października 1988 r. W wykładzie możemy przeczytać: „Aldous Huxley w 1932 r. napisał swą negatywną utopię *Nowy wspaniały świat (Brave New World)*. W jego całkowicie i w pełni naukowym świecie staje się oczywiste, że ludzie mogą być hodowani już tylko w laboratorium. Człowiek wyemancypował się ostatecznie ze swej natury; nie chce być więcej istotą naturalną. Każdy będzie – według potrzeby – tworzony w laboratorium w zależności od funkcji, jaką będzie spełniał. Seksualność już od dawna nie ma nic wspólnego z przekazywaniem życia; samo przypomnienie, iż niegdyś tak było, jest niemal obrazą dla zaplanowanego człowieka. Zamiast tego seksualność staje się środkiem oszołomienia, dzięki któremu życie jest znośniejsze, staje się *sui generis* pozytywistyczną barierą, która chroni świadomość człowieka, oszczędzając mu niepokojących pytań dotyczących istoty bytu. Stąd seksualność nie powinna mieć również nic wspólnego z więziami osobowymi, z wiernością i miłością – to wprowadziłoby człowieka z powrotem w dawne kręgi jego osobowej egzystencji. W tym świecie nie ma też już bólu, żadnych trosk, jest tylko racjonalność i oszołomienie: wszystko dla wszystkich jest z góry zaplanowane”⁴.

2012 PLOS Med 9(12): e1001356, [online], [dostępny: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001356>], [dostęp: 25.03.2016].

⁴ [online], [dostępny: https://www.kul.pl/files/254/p_Ratzinger.doc], [dostęp: 31.03.201].

In vitro to również „podwójnie płodny biznes”. Magazyn „Forbes” już w czerwcu 2012 r. pisał: „Rynkiem, którego wartość mierzona przychodami szacowana jest na 150–200 mln zł, zaczynają interesować się inwestorzy finansowi, bo leczenie niepłodności okazało się wielce płodnym biznesem: rentowność, czyli stosunek zysków do przychodów, sięga tu nawet 30 procent. (...) Rentowność tego biznesu należy do najwyższych dla całego rynku medycznego”.

Techniki wspomaganego rozrodu czy naprawcza medycyna rozrodczości?

Obecnie w Polsce, tak jak na całym świecie, parom zmagającym się z problemem poczęcia ponad 12 miesięcy, po krótkiej, zwykle 3-miesięcznej diagnostyce i terapii, najczęściej proponuje się techniki wspomaganego rozrodu. Ciekawym i wartym zauważenia jest fakt, iż w programie opracowanym przez ministra Bartosza Arłukowicza zawłaszczono inną aksjologię, tytułując ją Technikami Wspomaganej Prokreacji, co jest w mojej opinii nieuprawnione i nieuczciwe.

Techniki Wspomagane Rozrodu proponują między innymi:

- A. Inseminację domaciczną – Intrauterine Insemination (IUI)
- B. Zapłodnienie pozaustrojowe – *in vitro* lub Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI)
- C. Wspomaganie osób trzecich – Third Party Assisted ART:
 1. Dawstwo gamet – Sperm Donation/Egg Donation
 2. Macierzyństwo zastępcze – Surrogates and Gestational Carriers.

Aktualnie obowiązujący „mainstreamowy” paradygmat w leczeniu niepłodności zakłada kategorię „marnowanie czasu reprodukcyjnego”, co oznacza, że jeżeli kobieta ma 35 lat, to diagnostyka i leczenie nie mają znaczenia i należy jak najszybciej dostarczyć parze dziecko poprzez techniki wspomaganego rozrodu: inseminację, także nasieniem dawcy, oraz zapłodnienie pozaustrojowe. To samo ma dotyczyć najpoważniejszych przyczyn niepłodności, takich jak niewydolność jajników, niedrożność jajowodów, endometrioza czy czynnik męski. W samym założeniu jest zasadniczy błąd semantyczny: leczenie to poprawa stanu zdrowia chorego. Ani inseminacja, ani zabiegi *in vitro* nie poprawiają stanu zdrowia małżonków, a dodatkowo w przypadku inseminacji nasieniem dawcy lub zapłodnienia z wykorzystaniem gamet dawców (plemników lub komórek jajowych) nieobecny jest również element rodzicielstwa genetycznego. Dochodzi do „adopcji” obcych gamet i kobieta rodzi genetycznie dziecko obcego mężczyzny lub obcej kobiety. Nie zmienia to sytuacji pary – po przeprowadzeniu ART para nadal pozostaje niepłodna. Jest to „zarządzenie bezdzietności”, a nie „leczenie niepłodności”. Nie chcę przytaczać już innych argumentów, dlatego nie wybrałem nigdy Techniki Wspomaganego Rozrodu. Przytoczę jedynie bardzo wiarygodne statystyki, pochodzące z Wielkiej Brytanii, gdzie wszystkie procedury ART są dokładnie rejestrowane i analizowane. Od 1990 r. zaczęła obowiązywać ustawa o zapłodnieniu pozaustrojowym ludzi i embriologii – HFEA (Human Fertilization and Embryology Authority). Od 1990 do 2006 r. dzięki zapłodnieniom pozaustrojowym poczęto 3 806 699 dzieci na zarodkowym etapie istnienia. W przytoczonych latach urodziło się tylko 122 043 noworodków po zapłodnieniu *in vitro*. Oznacza to, że realna skuteczność procedur

zapłodnienia *in vitro*/ICSI wynosi 3.21 proc.⁵. Potwierdza się to w częściowych danych z programu ministra Arłukowicza, które publikowano w 2014 r. Wydaje się pilną potrzebą opublikowanie pełnych danych z realizacji tego programu, co umożliwi realną jego ocenę. Powinno to również stanowić jeden z punktów Narodowego Programu Prokreacji.

Drugim bardzo istotnym argumentem przeciwko ART/IVF/ICSI jest dla mnie argument genetyczny. Został on jasno wyartykułowany w Stanowisku Zespołu ds. Bioetyki Konferencji Episkopatu Polski z dnia 8 marca 2016 r. pt.: *Genom człowieka – dziedzictwo i zobowiązanie*. Przytaczana praca podaje: „Szczególny niepokój budzi wpływ ART/IVF na geny człowieka, na genom i na regulujący jego działanie epigenom. Negatywny wpływ ART/IVF na zdrowie dziecka może wynikać ze szkodliwości samej procedury lub z otwarcia drogi dziedziczenia zmian uwarunkowanych genetycznie, a związanych lub nie z przyczynami zaburzeń płodności rodziców⁶. Szkodliwość procedury zapłodnienia pozaustrojowego wynika z wyjęcia ludzkich gamet i rozwijającego się zarodka z naturalnego oraz optymalnego środowiska, jakim jest organizm matki, do sztucznych i w istocie bardzo prymitywnych warunków laboratoryjnych, w których zostaje

⁵ Human Fertilization and Embryology Authority, [online], [dostępny: http://www.hfea.gov.uk/docs/Latest_long_term_data_analysis_report_91-06.pdf.pdf], [dostęp: 25.03.2016].

⁶ A.T. Midro, *Początek życia – genetyczne i epigenetyczne uwarunkowania ludzkiej prokreacji*, w: „Dla Życia” *Księga Jubileuszowa z okazji XX-lecia istnienia Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (1994–2014)*, Częstochowa 2014, s. 163–181; A. Kochański, T.A. Merritt, J. Gadzinowski, A. Jopek, *The Impact of Assisted Reproductive Technologies on the Genome and Epigenome of the Newborn*, „Journal Neonatal Perinatal Medicine” 2013, z. 6 (2), s. 101–108; S. Cebrat, M. Cebrat, *Człowiek przejrzysty, czyli jego problem z własną genetyką*, Wydawnictwo Kubajak 2012; J. Gadzinowski, T.A. Merritt, A. Jopek, A. Kochański, A. Lavery, T. Merritt, *In Vitro Babies – Medical and Legal Aspects a European and North American Perspective*, „BioTechnologia” 2012, z. 93 (1), s. 9–26.

zaburzony jego prawidłowy rozwój⁷. Wiele mechanizmów powstawania lub dziedziczenia zaburzeń genetycznych wywołanych ART/IVF nie jest poznanych, toteż ochrona przed ich skutkami nie jest jeszcze możliwa. (...) Jedną z konsekwencji powstawania zaburzeń w genomie człowieka i jego epigenetycznym oprogramowaniu jest możliwość przekazywania ich kolejnym pokoleniom”⁸.

Jak pokazuje doświadczenie w pracy z pacjentami leczonymi z powodu niepłodności, istnieje duża grupa małżeństw, które nie akceptują metod wspomaganego sztucznie rozrodu. W populacji polskiej może to być nawet powyżej 30 proc. małżeństw zgłaszających się z powodu niepłodności. Najczęściej jest to spowodowane wyznaniem określonego systemu wartości – pełną akceptacją nauczania Kościoła katolickiego w zakresie moralności i ochrony życia ludzkiego, rzadziej – brakiem akceptacji dla techniczno-laboratoryjnych (nieekologicznych) metod uzyskania poczęcia.

W odróżnieniu od ART – Naprawcza Medycyna Rozrodczości (Restorative Reproductive Medicine – RRM) to medycyna regeneracyjna, naprawcza w zakresie płodności i przekazywania życia. Skupia się ona na badaniach podstawowych, diagnostyce i leczeniu nieprawidłowości, przywracając i optymalizując normalne funkcje rozrodcze. Stosując podejście naprawcze, można leczyć wiele problemów dotyczących zdrowia.

Tak zwana „nowoczesna” medycyna reprodukcyjna ukierunkowana jest najpierw na regulację urodzeń (Birth Control) poprzez różne metody antykoncepcji (za pomocą syntetycznych preparatów hormonalnych, środków

⁷ S. Feuer, P. Rinaudo, *Preimplantation Stress and Development*, „Birth Defects Res C Embryo Today” 2012, z. Dec, 96 (4), s. 299–314.

⁸ A.P. van Montfoort, L.L. Hanssen, P. de Sutter, S. Viville, J.P. Geraedts, P. de Boer, *Assisted Reproduction Treatment and Epigenetic Inheritance*, „Human Reproduction Update” 2012, z. Mar-Apr 18 (2), s. 171–197.

chemicznych, barierowych, wkładek wewnątrzmacicznych – IUD) i terminacji ciąży (niszczenia poczętego życia ludzkiego poprzez przeciwnidacyjny⁹ mechanizm działania preparatów hormonalnych, IUD oraz różne metody aborcji). Wiele z tych działań dramatycznie zaburza fizjologiczne funkcjonowanie organizmu. W konsekwencji opisane podejście powoduje znaczne opóźnienie starań pary małżeńskiej (coraz wyższy wiek rodzących w społeczeństwach „zachodnich”), a następnie zastępowanie naturalnych procesów przekazywania życia, naturalnej prokreacji metodami hodowlano-reprodukcyjnymi stosowanymi przez zootechnikę, czyli inseminację oraz techniki *in vitro*.

RRM opiera się na metodach rozpoznawania płodności – Fertility Awareness Based Methods (FAB Methods). Metody te pozwalają na wykorzystanie wiedzy biologicznej i obserwacji markerów płodności do podejmowania świadomych decyzji, czy w danym momencie unikać, czy szukać szansy na poczęcie poprzez podjęcie współżycia płciowego. Wiele badań wykazało skuteczność metod rozpoznawania płodności w unikaniu poczęcia, równą metodom nienaturalnym. Przykładem może być badanie przeprowadzone przez Hilgersa i Stanforda dotyczące modelu Creighton, w którym wykazano 99,5 proc. skuteczności w unikaniu poczęcia¹⁰. RRM może korzystać z różnych metod rozpoznawania płodności. Zależy to od dostępności szkolenia i indywidualnego wyboru pary małżeńskiej. Poniżej przedstawiam listę najpopularniejszych metod rozpoznawania płodności:

⁹ D.Ł. Jarczewska, M. Barczentewicz, *Czy doustne środki antykoncepcyjne działają po zapłodnieniu?*, w: *Szkodliwość doustnej antykoncepcji hormonalnej*, praca zbiorowa pod red. D.Ł. Jarczewskiej, Warszawa 2015.

¹⁰ T. Hilgers, J. Stanford, *Creighton Model NaProEducation Technology for Avoiding Pregnancy: Use Effectiveness The Journal of Reproductive Medicine*, 1998, [online], [dostępny: http://www.reproductivemedicine.com/toc/auto_abstract.php?id=9549], [dostęp: 26.03.2016].

1. Metody Objawowo-Termiczne:
Metoda objawowa-termiczna podwójnego sprawdzenia
Metoda objawowo-termiczna polska
Metoda objawowa-termiczna wg Kippleyów
Metoda objawowa-termiczna wg Roetzera;
2. Metoda Owulacji Billingsów;
3. Creighton Model Fertility Care System;
4. Marquette Method i inne metody oparte na urządzeniach wspomagających, monitorach płodności.

Wszystkie z tych metod mogą być używane w celach diagnostyki i leczenia. Aktualnie najlepiej wykorzystywaną z nich ze względu na standaryzację, dostępną literaturę i szkolenia jest Creighton Model Fertility Care System, stosowany przez NaProTechnologie (NPT). Jest to metoda diagnostyczno-terapeutyczna, zaproponowana przez Thomasa Hilgersa ze współpracownikami¹¹.

Restorative Reproductive Medicine w zakresie diagnostyki i terapii zajmuje się między innymi:

1. Niepłodnością kobiecą
2. Poronieniami nawykowymi
3. Depresją poporodową
4. Porodami przedwczesnymi
5. Zespołem napięcia przedmiesiączkowego
6. Zespołem policystycznych jajników (PCOS)
7. Torbielami jajnikowymi
8. Endometriozą
9. Chirurgią rekonstrukcyjną jajowodów
10. Chorobą zrostową

¹¹ T.W. Hilgers, *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*, Omaha, Nebraska USA, Pope Paul VI Institute Press 2004; T.W. Hilgers, K.D. Daly, Sk. Hilgers, A.M. Prebil, *Book I Basic Teaching Skills*, Omaha, Nebraska USA, Pope Paul VI Institute Press 2002; T.W. Hilgers, K.D. Daly, Sk. Hilgers, A.M. Prebil, *Book II Advanced Teaching Skills*, Omaha, Nebraska USA, Pope Paul VI Institute Press 2003.

11. Objawami menopauzalnymi, przedwczesnym wygasaniem czynności jajników

12. Niepłodnością męską (leczenie zachowawcze i chirurgiczne).

Przykładem różnicy pomiędzy postępowaniem klasycznym a postępowaniem proponowanym przez RRM jest leczenie endometriozy¹². Niezależnie od tego czy dotyczy to leczenia objawów bólowych, czy towarzyszącej endometriozie niepłodności, większość ginekologów proponuje jako leczenie supresję hormonalną: preparatami antykoncepcyjnym, gestagenami, analogami GnRH lub danazolem. RRM proponuje radykalne leczenie chirurgiczne. Badania wykazały, że radykalne usunięcie zmian prowadzi do eradykacji choroby, poprawy jakości życia i zachowania płodności¹³. Leczeniem uzupełniającym może być podawanie antyoksydantów¹⁴, modyfikacja reakcji immunologicznej przez podawanie nisko dawkowanego naltrexonu (LDN)¹⁵ i dieta eliminacyjna, zgodnie z wynikami testów na obecność specyficznych IgG 1-4 przeciwko antygenom pokarmowym¹⁶.

¹² International Institute for Restorative Reproductive Medicine / Endometriosis, [online], [dostępny: <http://restorative-reproductive-medicine.com/resources-for-patients/reproductive-health-issues/endometriosis/#sthash.li3KWkoK.dpbs>], [dostęp: 26.03.2016].

¹³ P. Yeung, Jr., K. Sinervo, W. Winer, R.B. Albee, Jr., *Complete Laparoscopic Excision of Endometriosis in Teenagers: Is Postoperative Hormonal Suppression Necessary?*, Fertility and Sterility 2011.

¹⁴ Antioxidant Supplementation Reduces Endometriosis Related Pelvic Pain in Humans, Nalini S et al. Transl Res. 2013 March; 161 (3): 189–195, [online], [dostępny: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3484190/>], [dostęp: 26.03.2016].

¹⁵ N. Brown, N., J. Panksepp, *Low-Dose Naltrexone for Disease Prevention and Quality of Life*, Medical hypotheses 2009, 72 (3), 333–337.

¹⁶ P. Boyle, J. Stanford, *Natural Procreative Technology-A Multifactorial Approach to the Chronic Problem of Infertility*, SVEIKATOS MOKSLAI 2011, 21 (3), 37–42, [online], [dostępny: http://gmtmanila.com/wp-content/uploads/2015/11/NPT_multifactorial-approach-to-the-chronic-problem-of-infertility-2011.pdf], [dostęp: 1.04.2016].

Niepłodność jak wieloczynnikowy problem choroby przewlekłej

Wiele wyjaśnia koncepcja pokazania problemów z płodnością jako choroby przewlekłej¹⁷. Jest oczywiste, że możemy dokonać podziału na choroby o przebiegu ostrym i przewlekłym. Choroby ostre charakteryzują się nagłym początkiem, krótkim czasem trwania, mają pojedynczą lub nieliczne przyczyny, mogą ustąpić samoistnie, mogą być wyleczone pojedynczą interwencją chirurgiczną lub zachowawczo jednym lekiem. Przykładami chorób ostrych mogą być: grypa, zapalenie wyrostka robaczkowego czy złamanie kości. Choroby przewlekłe charakteryzują się powolnym początkiem, długim czasem trwania, wieloczynnikową etiologią, rzadko ustępują samoistnie, wymagają leczenia wieloma lekami, czasem również interwencji chirurgicznej. Choroby przewlekłe to m.in. astma oskrzelowa, cukrzyca, choroba zwyrodnieniowa stawów. Niepłodność (obniżona płodność) niewątpliwie możemy zaliczyć do chorób przewlekłych. Charakteryzuje ją:

- „podstępny” i nieznany początek choroby,
- przebieg wieloletni,
- potencjalne nawroty,
- jest to często objaw, a nie rozpoznanie,
- zwykle wiele czynników powodujących,
- rzadko leczona jedną procedurą,
- rzadko ustępuje samoistnie,
- leczona na wiele sposobów.

ART podchodzą do problemu niepłodności jak do choroby o przebiegu ostrym, jako pojedynczego problemu klinicznego, wymagającego technicznego „obejścia” poprzez

¹⁷ P. Boyle, J. Stanford, tamże, [online], [dostępny: http://gmtmanila.com/wp-content/uploads/2015/11/NPT_multifunctional-approach-to-the-chronic-problem-of-infertility-2011.pdf], [dostęp: 1.04.2016].

skuteczną interwencję. RRM traktuje problem obniżonej płodności jako objaw wskazujący na obecność chorób wymagających postawienia rozpoznania i właściwego leczenia dla przywrócenia zdrowia organizmu. Potraktowanie niepłodności jako wieloczynnikowego problemu choroby przewlekłej pozwala nam szukać przyczyn m.in. w obniżonym i zaburzonym poziomie hormonów, infekcjach, zaburzeniach immunologicznych, nieprawidłowościach anatomicznych, zmniejszonej ilości śluzu szyjkowego, czynnika męskim, hyperprolaktynemii czynnościowej, wyczerpaniu nadnerczy i obniżonym poziomie endorfin, czynnikach żywieniowych i dietetycznych. Nakazuje także poszukiwanie innych czynników, dotąd jeszcze nieodkrytych.

Naprotechnologia

Jednym z głównych nurtów RRM jest naprotechnologia, tak opisana przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG): „Celem metody jest identyfikacja przyczyny niepłodności oraz jej leczenie z uwzględnieniem »naturalnej gospodarki hormonalnej kobiety«, przy użyciu powszechnie stosowanych metod diagnostycznych. W terapii nie dopuszcza się stosowania inseminacji i zapłodnienia pozaustrojowego, dlatego metoda nie pozwala pomóc m.in. kobietom z niewydolnością jajników, zaawansowaną endometriozą, niedrożnością lub ograniczeniem drożności jajowodów oraz przy męskim czynniku niepłodności. Proponowany w ramach naprotechnologii algorytm postępowania nie znajduje potwierdzenia w kontrolowanych badaniach klinicznych. Z tych powodów naprotechnologia nie może być postępowaniem rekomendowanym w leczeniu niepłodności”¹⁸. W niniejszej prezentacji chcę pokazać podstawowe

¹⁸ W. Kuczyński, R. Kurzawa, P. Oszukowski, L. Pawelczyk, R. Poręba, S. Radowicki,

zasady postępowania w diagnostyce i leczeniu na przykładzie konkretnych przypadków klinicznych. W mojej opinii zaprzeczają one przytoczonej opinii PTG.

NaProTechnology jest to metoda diagnostyczno-terapeutyczna zaproponowana przez Pope Paul VI Institute for the Study of Human Reproduction z Omaha w Nebrasce (USA) pod kierownictwem prof. Thomasa Hilgersa¹⁹. Wykorzystuje ona jako podstawę do diagnostyki i monitorowania efektów leczenia obserwacje objawów płodności opierające się na Creighton Model FertilityCare System. W leczeniu wykorzystuje się metody leczenia zachowawczego i chirurgicznego ze szczególnym uwzględnieniem technik zmniejszających możliwość powstawania zrostów pooperacyjnych. W prezentacji przedstawiamy polskie doświadczenia w zastosowaniu NPT. W 2008 r. w Lublinie rozpoczęto pierwsze szkolenia lekarzy. W kilku szpitalach wykonuje się zabiegi operacyjne zgodnie z protokołami *near contact laparoscopy*²⁰ i profilaktyki przeciwzrostowej, zaproponowanej przez Hilgersa²¹. Zakład Radiologii Zabiegowej we współpracy z Kliniką Położnictwa i Perinatologii oraz II Kliniką Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wykonują zabiegi selektywnego cewnikowania niedrożnych jajowodów drogą przezpochwową.

Coraz częściej słyszy się, że personalizacja jest przyszłością medycyny. Indywidualizowanie postępowania lekarskiego, opierające się na cechach biologicznych pacjentów otwiera możliwości skuteczniejszego postępowania,

M. Szamatowicz, S. Wołczyński, *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności*, Ginekol Pol. 2012, 2, 83, 149–154.

¹⁹ T.W. Hilgers, *The New Women's Health Science of NaProTECHNOLOGY*, Archives of Perinatal Medicine 2011, 17 (4), 191–198.

²⁰ N.F.I. Petersen, J. Rhoe, *Endometriosis. Obtaining Relief Via 'Near-Contact' Laparoscopy*, AORN J. 1988 Oct, 48 (4), 700–7, 710–2.

²¹ T.W. Hilgers, *Near Adhesion-Free Reconstructive Pelvic Surgery: Three Distinct Phases of Progress Over 23 Years*, JOURNAL OF GYNECOLOGIC SURGERY 2010, Volume 26, Number 1.

zmniejszenia objawów ubocznych i niepożądanych. NPT umożliwia to dzięki aktywnemu włączeniu pacjentów w diagnostykę i leczenie poprzez prowadzenie nadzorowanych i standaryzowanych obserwacji cyklu miesięcznego. Dzięki tej współpracy możliwe jest dostosowanie czasu wykonywania hormonalnych badań laboratoryjnych i podawania leków (zwłaszcza w fazie lutealnej) do cykli nieregularnych i zapobieganie „niepłodności jatrogennej”, spowodowanej np. standardowym podawaniem progestagenów pomiędzy 16 a 25 dniem cyklu. NPT nie traktuje niepłodności jako jednego rozpoznania, lecz poszukuje diagnozy, dociera do przyczyn leżących u podstaw tego problemu. Niepłodność jest najczęściej konsekwencją licznych chorób przewlekłych, które rozpoznane i właściwie leczone pozwalają na przywrócenie prawidłowego funkcjonowania układu rozrodczego. W celu uzyskania lepszej skuteczności lekarze powinni rozszerzać swoje postępowanie diagnostyczne w postępowaniu z parami niepłodnymi i stosować strategię leczenia wieloczynnikowego. Spośród rozpoznań stawianych przez NPT w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności należy przytoczyć:

1. Przyczyny hormonalne: niski progesteron, niski estradiol, słaby rozwój pęcherzyka, niewydolność ciała żółtego, zespół policystycznych jajników, obniżona rezerwa jajnikowa, zaburzenia funkcji tarczycy, zaburzenia wydzielania prolaktyny.
2. Przyczyny chirurgiczne: endometrioza, zrosty wewnętrzzotrzewnowe, niedrożność jajowodów, wodniaki jajowodów, mięśniaki, polipy, nieprawidłowości anatomiczne (np. przegroda macicy).
3. Zaburzenia owulacji wykrywane w ultrasonografii: niedojrzały pęcherzyk, częściowe pęknięcie pęcherzyka, luteinizacja niepękniętego pęcherzyka, opóźnione pęknięcie pęcherzyka, brak wzgórka jajonośnego.

4. Inne przyczyny: nieprawidłowy śluz szyjkowy, przewlekłe zapalenie endometrium, niedobór endorfin, nietolerancje pokarmowe IgG, niedobory żywienia, zaburzenia immunologiczne.

Schemat postępowania proponowany przez Instytut Pawła VI w leczeniu niepłodności to następujące po sobie:

1. Prowadzenie obserwacji cyklu według Creighton Model FertilityCare System™.
2. Etap diagnostyki.
3. Etap leczenia przyczynowego.

Badania Instytutu Pawła VI opublikowane w podręczniku prof. Hilgersa pokazują skuteczność opisanego postępowania w zależności od stwierdzonej przyczyny niepłodności. W przypadku niepłodności spowodowanej brakiem owulacji, zespołem policystycznych jajników, endometriozą czy niedrożnością jajowodów uzyskano poczęcie odpowiednio u 81,8 proc., 62,5 proc., 56,7 proc. i 38,4 proc. pacjentów²². Badanie Stanforda i Boyle'a pokazuje skuteczność zaprezentowanego leczenia rzędu 52 proc.²³. Z kolei Tham i Stanford w badaniu na niewielkiej grupie par małżeńskich wykazali skuteczność sięgającą 73 proc.²⁴. Moje pierwsze badanie retrospektywne jest aktualnie w opracowaniu statystycznym zespołu prof. Stanforda w Uniwersytecie Stanowym Utah. Wstępne wyniki pokazują, iż pomiędzy 40 a 50 proc. par uzyskało poczęcie, zależnie od przyczyn, długości trwania niepłodności i wieku małżonków.

²² T.W. Hilgers, *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*, Omaha, Nebraska USA: Pope Paul VI Institute Press 2004.

²³ J.B. Stanford, T.A. Parnell, P.C. Boyle, *Outcomes from Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice*, J Am Board Fam Med 2008, 21, 375–84

²⁴ E. Tham, K. Schliep, J. Stanford, *Natural Procreative Technology for Infertility and Recurrent Miscarriage: Outcomes in a Canadian Family Practice*, Can Fam Physician 2012, May; 58 (5), e267–e274.

Prezentacja przypadków

Para nr 1

Rozpoznanie wstępne: czynnik męski – azoospermia po chemioterapii w 2007 r. z powodu ziarnicy złośliwej, czynnik żeński – endometrioza IV stopnia stwierdzona w laparoskopii.

Kobieta 30 lat, mężczyzna 32 lata. Starania o poczęcie od 6 lat.

Leczenie oparte na algorytmie NPT rozpoczęte w październiku 2009 r. Po konsultacji urologicznej u męża stwierdzono hypogonadyzm i obecność niewielkich żyłaków powrózka nasiennego. Zaproponowano leczenie zachowawcze – tamoxifen i undecylan testosteronu²⁵, cynk, selen, l-karnitynę, kwas alfa liponowy²⁶, n-acetylocysteinę²⁷. Po 4 miesiącach leczenia uzyskano następujące wyniki badania nasienia: 21 mln plemników w ml, 26 proc. ruchliwość, 18 proc. prawidłowej morfologii. Nauka obserwacji wg modelu Creighton rozpoczęta od czerwca 2010 r. Badanie ginekologiczne wykazało ektopię gruczołową na tarczy części pochwowej szyjki macicy. Wykonane badania laboratoryjne wykazały: hyperprolaktynemię czynnościową, obniżony poziom progesteronu w fazie lutealnej, nietolerancję pokarmową wg testów IgG²⁸. W karcie obserwacji cyklu widoczny nieprawidłowy obraz krwawień oraz brak śluzu szyjkowego. W kwietniu 2011 r. wykonano laparoskopię wg algorytmu

²⁵ *Effectiveness of Combined Tamoxifen Citrate and Testosterone Undecanoate Treatment in Men with Idiopathic Oligozoospermia*, D.A. Adamopoulos, et al., *Fertility and Sterility*, Volume 80, Issue 4, 914–920.

²⁶ D.F. Yao, J.N. Mills, *Male Infertility: Lifestyle Factors and Holistic, Complementary, and Alternative Therapies*, *Asian J Androl* 2016, 18, 410–8.

²⁷ *Effects of N-acetylcysteine on Semen Parameters and Oxidative/Antioxidant Status*, H.I. Ciftci, A. Verit, M. Savas, E. Yeni, O. Erel, *Urology* 2009, Jul, 74 (1), 73–6.

²⁸ M. Vazquez-Roque, A.S. Oxentenko, *Nonceliac Gluten Sensitivity*, *Mayo Clin Proc.* 2015, Sep., 90 (9), 1272–7.

*near contact*²⁹, podczas której usunięto torbiel endometrialną i stwierdzono masywne zrosty w miednicy mniejszej. W leczeniu ambulatoryjnym, ze względu na nieprawidłowe krwawienia, wykonano elektrokoagulację i leczenie miejscowe ektopii gruczołowej. Postępowanie farmakologiczne obejmowało: indukcję owulacji cytrynianem klomifenu oraz letrozolem, leczenie bromokryptyną, progesteronem, mukolitykami, iniekcje HCG w celu poprawy czynności ciała żółtego. Zastosowano także dietę eliminacyjną oraz psychoterapię. W grudniu 2011 r. doszło do naturalnego poczęcia. 12 sierpnia 2012 r. pacjentka urodziła drogą cięcia cesarskiego dziewczynkę o masie ciała 3600 g.

Para nr 2

Rozpoznania wstępne: czynnik męski – nieprawidłowe parametry nasienia; stan po 5 inseminacjach nasieniem dawcy i nieskutecznym zapłodnieniu pozaustrojowym z transferem 3 zarodków w 2009 r. U kobiety nie stwierdzono nieprawidłowości obniżających płodność.

Kobieta 36 lat, mężczyzna 33 lata. Starania o poczęcie od 2 lat.

Badanie nasienia z 2009 r. wykazało: 2 mln plemników, 8 proc. ruchliwości, 1 proc. prawidłowej morfologii, 3,9 mln leukocytów w ml nasienia. U mężczyzny nie wykonywano wcześniej (pomimo intensywnego postępowania!) posiewu nasienia.

Na początku leczenia opierającego się na NPT wykonany posiew nasienia wykazał obecność licznych kolonii *Staphylococcus* koagulazo-ujemnych. Zgodnie z wynikiem antybiogramu zastosowano terapię antybiotykową doksylicyną i ciprofloksacyną przez 20 dni. W pierwszym badaniu nasienia stwierdzono 6 mln plemników w ml, 8 proc. ruchliwość, 1 proc. prawidłowej morfologii oraz podwyższoną

²⁹ N.F.I. Petersen, J. Rhoe, dz. cyt.

lepkość nasienia. W dalszym leczeniu zastosowano: tamoxifen, undecylan testosteronu, pycnogenol, l-karnitynę, koenzym Q 10, n-acetylocysteinę. Kontrolne badanie nasienia wykazało: 14 mln plemników w ml, 19 proc. plemników o prawidłowej ruchliwości, 17 proc. prawidłowej morfologii, brak wzrostu bakterii w posiewie. U żony na podstawie obserwacji wg modelu Creighton i badań laboratoryjnych rozpoznano hyperprolaktynemię czynnościową i suboptymalny poziom progesteronu w fazie lutealnej. Zastosowano leczenie bromokryptyną i suplementację progesteronu. W drugim obserwowanym cyklu doszło do poczęcia naturalnego. 8 czerwca 2011 r. pacjentka urodziła przez cięcie cesarskie córkę o masie ciała 3600 g. Po zakończeniu laktacji, bez leczenia, doszło do naturalnego poczęcia i urodzenia drugiego dziecka.

Para nr 3

Rozpoznania wstępne: niepłodność małżeńska wtórna, czynnik żeński – obustronna niedrożność jajowodów na podstawie fertiloskopii i histeroskopii i potwierdzona w laparoskopii, stan po ciąży pozamacicznej (2009 r.), zespół policystycznych jajników, endometrioza stwierdzona w laparoskopii (2010 r.).

Kobieta 34 lata. Starania o poczęcie od 5 lat.

Badanie nasienia męża, wykonane trzykrotnie w latach 2008–2010, w granicach norm WHO. Karta modelu Creighton prowadzona przez pacjentkę od blisko 3 lat wykazywała liczne patologie: nieprawidłowy obraz krwawień miesięcznych z przedłużającymi się płamieniami po miesiączce (tail-end black or brown bleeding-TEBB³⁰), krwawienia międzymiesiączkowe, okresowo obniżone parametry śluzu

³⁰ T.W. Hilgers, *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*, Omaha, Nebraska USA: Pope Paul VI Institute Press 2004.

szyjkowego (indeks Mucus Cycle Score³¹) i nieprawidłowe wartości badań hormonalnych w środku fazy lutealnej. Diagnostykę rozszerzono o testy na nietolerancje pokarmowe IgG. Zalecono dietę eliminacyjną: bezglutenową, bezmleczną, bez jaj. W leczeniu farmakologicznym w celu usunięcia nieprawidłowości cyklu i przygotowania do udrożnienia jajowodów poprzez selektywną histerosalpingografię zalecono: letrozol, niskodawkowany naltrexone, witaminę D₃, progesteron. Zalecono również antybiotykoterapię – metronidazol i klarytromycynę przez 20 dni. Dla poprawienia parametrów śluzu zastosowano n-acetylocysteinę i L-argininę. Po uzyskaniu prawidłowych cykli miesięcznych po 8 miesiącach od rozpoczęcia leczenia uzyskano poczęcie naturalne. 8 października 2012 r. pacjentka urodziła siłami natury syna o masie ciała 3900 g.

Para nr 4

Rozpoznanie wstępne: czynnik żeński – endometrioza IV stopnia stwierdzona laparoskopowo w 2011 r. (masywne zrosty, nacieki endometrialne na jelicie grubym, endometrioza układu moczowego, zwężenie moczowodu lewego, wodonercze lewostronne, niedrożność jajowodu lewego).

Kobieta 37 lat, mężczyzna 40 lat. Staranie o poczęcie od 6 miesięcy.

Od maja 2012 r. rozpoczęto obserwacje wg modelu Creighton. Rozpoznanie w toku leczenia w naszej przychodni: poziom CA 125 – 178 mIU/ml, wodniak jajowodu, czynnościowa hyperprolaktynemia, ograniczony indeks śluzu, niski progesteron w fazie lutealnej, liczne nietolerancje pokarmowe wg testu IgG, niski poziom witaminy D₃. Zaproponowano leczenie farmakologiczne: bromokryptyna, progesteron, witamina D₃, LDN, letrozol, n-acetylocysteina oraz dietę eliminacyjną.

³¹ Tamże.

Badanie nasienia z września 2012 r.: 32 mln plemników w ml, 34 proc. ruchliwości, 21 proc. prawidłowej morfologii, zwiększona lepkość nasienia. Zastosowano podaż suplementów diety oraz acetylocysteiny, uzyskując poprawę parametrów. W badaniu z listopada 2012 r. stwierdzono: 53 mln plemników w ml, 44 proc. ruchliwości, 29 proc. o prawidłowej morfologii, prawidłową lepkość.

Pacjentka konsultowana przez prof. Hilgersa i zakwalifikowana do leczenia chirurgicznego w USA. Po 12 miesiącach obserwacji CrMS, diety i leczenia zachowawczego doszło do naturalnego poczęcia bez leczenia chirurgicznego. 6 lutego 2014 r. drogą cięcia cesarskiego pacjentka urodziła córkę o masie ciała 3680 g.

JANUSZ GADZINOWSKI

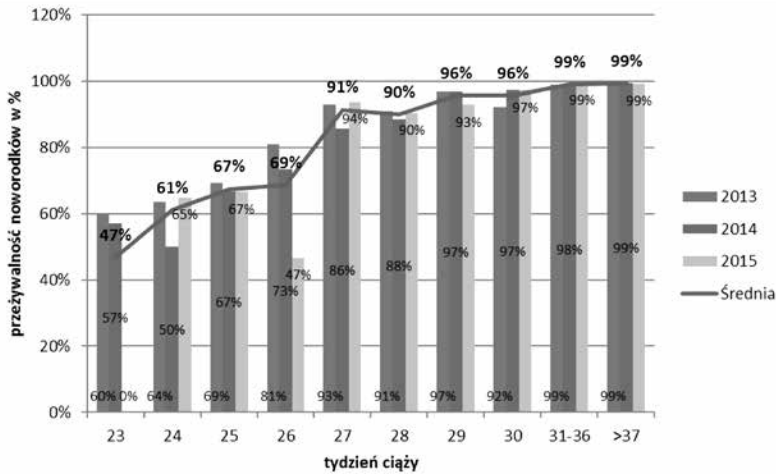
Problemy etyczne związane z opieką nad noworodkiem urodzonym na granicy zdolności do życia

Termin granica zdolności do życia dotyczy noworodków urodzonych w wieku nieprzekraczającym 26 tygodni i 6 dni ciąży [14]. Aktualnie możliwe jest przeżycie wcześniaków z 22. tygodnia ciąży, a w pojedynczych ośrodkach nawet z 21. tygodnia ciąży. Oczywiście szanse przeżycia są ściśle związane z wiekiem ciążowym, a każdy kolejny tydzień je poprawia (Ryc. 1).

Istotnym problemem związanym z wiekiem ciążowym wcześniaków jest ich dalszy rozwój psychoruchowy. Pomimo coraz lepszych prognoz nadal u tych dzieci, występują często w przyszłości odchylenia od normy, co wywołuje wątpliwości co do sensu ratowania ich życia.

Wątpliwości te spowodowane są dylematem dotyczącym wyboru jednej z dwóch skrajnych postaw, jakimi są ochrona „świętości życia” i „jakości życia”.

Według Nuffield Council on Bioethics, przyjęcie pojęcia „świętości życia” oznacza, że odbieranie go jest w każdej sytuacji naganne i niedopuszczalne jest zaniechanie wysiłku ochrony życia dziecka ([14]. „Jakość życia” człowieka odnosi



Ryc. 1. Przeżywalność noworodków w zależności od tygodnia ciąży w Klinice Neonatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w latach 2013–2015.

się zwykle do emocjonalnego, społecznego i fizycznego dobrobytu, zdolności umysłowych oraz wykonywania powierzonych zadań związanych z życiem w społeczności [14].

W zależności od światopoglądu lekarze różnią się w interpretacji tych problemów. W praktyce oznaczać to może, że utrzymując się w granicach obowiązujących norm etycznych, mają oni różne podejście do leczenia noworodków. Jeśli przyjmiemy, że światopogląd to ustalony zbiór sądów, przekonań i opinii o otaczającym świecie, czerpany z różnych obszarów kultury, między innymi religii, nauki, sztuki i filozofii, to u większości ludzi zależy on w dużym stopniu od wyznawanej religii bądź ateizmu.

Religie o największej liczbie wyznawców chronią życie, różnią się jednak znacznie w swoich definicjach początku życia – co wyznacza moment, od którego go chronią. Ma to szczególne znaczenie w interpretacji problemów etycznych dotyczących przerwania ciąży z powodu wad wrodzonych, redukcji płodów po zapłodnieniu *in vitro* oraz problemów

związanych z życiem noworodków urodzonych „na granicy zdolności do życia”.

Kościół katolicki i Kościół ortodoksyjny są przeciwne aborcji, ponieważ uznają, że nowe życie powstaje w momencie zapłodnienia. Aborcja, czyli zamierzone przerwanie ciąży przed uzyskaniem zdolności do życia, lub zamierzona zagłada zdolnego do życia płodu nie jest dopuszczalna, z pojedynczymi wyjątkami, np. ciąży pozamacicznej [17]. Według etyka katolickiego J. Paris'a, wszystkie zdolne do życia wcześniaki muszą być leczone, nawet jeśli prawdopodobne jest wystąpienie poważnego kalectwa fizycznego i psychicznego [10]. Wielu protestantów ewangelickich zgadza się z tym [19] stanowiskiem, jednak metodyści i luteranie są za wolnością wyboru.

Żydzi ortodoksyjni są przeciwni aborcji, z kilkoma wyjątkami związanymi ze zdrowiem kobiety ciężarnej, ale żydzi reformowani i konserwatywni skłaniają się do dopuszczenia większej tolerancji dla aborcji [3]. W judaizmie uznaje się życie człowieka od momentu jego narodzin, czyli opuszczenia łona matki. Według C. Frakela, interpretacja Tory doprowadziła rabinów do wniosku, że życie ludzkie nie zaczyna się w płodowej fazie rozwoju [3]. Talmud zakłada, że pełne prawo do życia pojawia się w momencie narodzin. Pisma rabiniczne przesunęły uzyskanie człowieczeństwa na trzynasty dzień życia noworodka urodzonego w terminie. Ta zasada opiera się na ocenie zdolności do życia dziecka w taki sposób, że uzyskanie pełni człowieczeństwa następuje później w przypadku wcześniaków, ponieważ zdolność do życia wcześniaków po 13 dniach jest nadal wątpliwa [3].

Mimo że wśród islamskich uczonych panują różne opinie na temat, kiedy zaczyna się życie i kiedy dopuszczalna jest aborcja, większość zgadza się, że przerwanie ciąży po czwartym miesiącu – czasie, w którym według islamu płód otrzymuje duszę – jest niedopuszczalne. Przy tym wielu islamskich myślicieli twierdzi, że w przypadkach poniżej

czwartego miesiąca ciąży aborcja powinna być dopuszczalna tylko w sytuacjach, w których zagrożone jest życie matki lub ciąża jest wynikiem gwałtu [19].

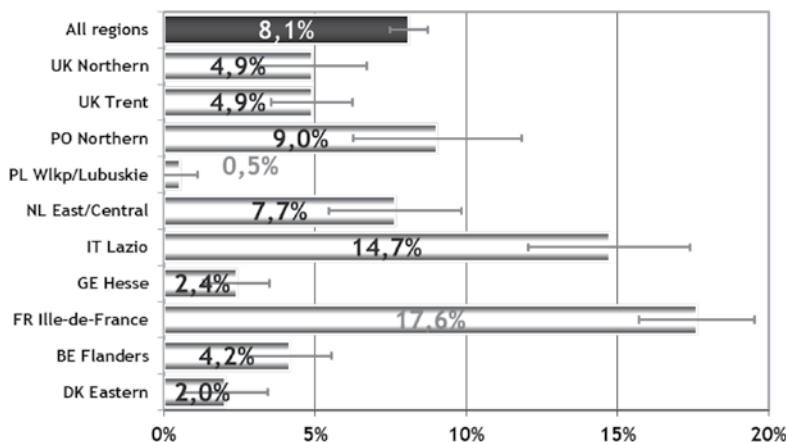
Tradycyjne źródła buddyjskie utrzymują, że życie rozpoczyna się od momentu poczęcia i że aborcja, która wiąże się z rozmyślnym zniweczeniem życia, powinna być odrzucona. Współcześni nauczyciele buddyjscy wywodzący się z wielu tradycji uznają zagrożenie życia i zdrowia matki za usprawiedliwienie aborcji. Zagrożenie to komplikuje buddyjskie przekonanie, że życie to kontinuum bez dostrzegalnego punktu początkowego [19].

Klasyczne teksty hindu są zdecydowanie przeciwne aborcji, skłaniają się jednak do jej zaakceptowania w przypadku zagrożenia życia matki lub gdy u płodu występują anomalie rozwojowe zagrażające życiu. Jednak niektórzy hinduiści wierzą, że człowieczeństwo ma początek w 3 miesiącu życia płodowego i rozwija się do 5 miesiąca, przez co zakładają ewentualną dopuszczalność aborcji do 5 miesiąca ciąży, uważając każdą aborcję po 5 miesiącu za zagładę obecnego wcielenia duszy [19].

W krajach Unii Europejskiej zjawisko aborcji udokumentował program MOSAIC [9]. Oceniono w nim zjawiska występujące w wybranych regionach 11 krajów Europy, w tym w Polsce w Wielkopolsce i na ziemi lubuskiej. Dane z późniejszego programu EPICE są jeszcze niedostępne.

Terminacje ciąż z powodu wad wrodzonych oceniono w populacji ciąż 22.–31. tygodnia ciąży w 2003 r. Taka terminacja ciąży (Ryc. 2) wykonywana była w rejonie Île-de-France w 17,6 proc. w porównaniu z 0,5 proc. w Wielkopolsce i Lubuskiem. Różnica ta powoduje, że w regionach o dużym odsetku aborcji populacje rodzących się dzieci w sztuczny sposób mają zaniżoną częstość występowania wad i mniejszą umieralność noworodków wcześniaków (Ryc. 3).

Podobne zjawisko opisano w Kanadzie, gdzie zwiększenie dostępności do diagnostycznych badań prenatalnych

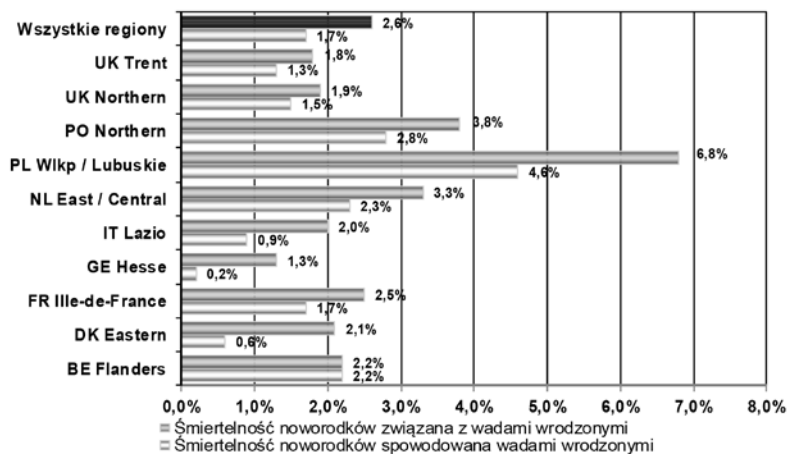


Ryc. 2. Terminacja ciąży ze względu na wady wrodzone jako % kohorty MOSAIC (22.–31. t.c.).

i selektywne przerywanie ciąży z powodów matczynych doprowadziło w latach 1996–1997 do zmniejszenia częstości występowania wad wrodzonych u noworodków i zmniejszenia liczby zgonów z tego powodu. Kanadyjski wskaźnik umieralności niemowląt zmniejszył się w krótkim czasie, co związane było ze zmniejszeniem odsetka noworodków z wadami wrodzonymi. Poprzedzone to było gwałtownym wzrostem przerwania ciąży i wzrostem zgonów płodów z wadami wrodzonymi oraz selektywnym przerywaniem ciąży z powodu chorób matek w 20.–21. tygodniu ciąży [6]. Oznacza to przesunięcia terminu zgonu płodu (dziecka w łonie matki) na okres wcześniejszy (przedurodzeniowy) i śmierć z woli człowieka, a nie w sposób naturalny.

Powyższe fakty oznaczają że międzynarodowe porównania statystyczne umieralności noworodków i niemowląt powinny być interpretowane z punktu widzenia krajów z liberalną bądź restrykcyjną polityką dotyczącą terminacji ciąży.

Niezależnie od wpływu terminacji ciąży na umieralność, wyniki MOSAIC wykazały różnice między sytuacją w krajach o skrajnym podejściu, gdzie podejmuje się



Ryc. 3. Wpływ terminacji ciąży ze względu na wady wrodzone na śmiertelność wcześniaków w kohorcie MOSAIC (22.–31. t.c.).

leczenie dzieci niezależnie od wieku ciążowego, i takich jak Holandia, gdzie nie jest oferowana intensywna opieka nad noworodkami urodzonymi przed 25. tygodniem ciąży i dopuszczalna jest eutanazja. Wcześniej w Holandii nie podejmowano leczenia wcześniaków urodzonych poniżej 26. tygodnia ciąży. W 2006 r., w odpowiedzi na wzrost przeżyć na świecie takich noworodków, zmodyfikowano to leczenie do 25. tygodnia ciąży [21].

Nadal jednak stosowana jest tam eutanazja noworodków, zgodnie z protokołem z Groningen, po spełnieniu następujących warunków [18]:

- Diagnoza i prognoza muszą być pewne.
- Występuje cierpienie beznadziejne i nie do zniesienia.
- Diagnoza, prognoza i cierpienie nie do zniesienia muszą być potwierdzone przez przynajmniej jednego niezależnego lekarza.
- Jest zgoda obojga rodziców.
- Procedura musi być przeprowadzona w zgodzie z przyjętymi zasadami.

Cierpienie nie do zniesienia to na przykład przypadki niemowląt, które przetrwały intensywną terapię, ale prognoza ich jakości życia wykazała, że będzie ona bardzo niska i nie ma szansy na jej poprawę.

Problem przeżyć bardzo niedojrzałych wcześniaków wiąże się z pytaniami dotyczącymi przyszłego rozwoju psychoruchowego. W latach 80. XX w. wzrastała liczba przeżyć, ale nie towarzyszyła temu poprawa prognoz na przyszłość. Jeszcze w 2005 r. Higgins i wsp. piszą, porównując dwa okresy (1993–1996 i 1996–1999): „wyższy wskaźnik cięć cesarskich, antybiotyki prenatalne, steroidy prenatalne i surfaktant nie dają rezultatu w postaci poprawy wyników w dzieciństwie. Brak poprawy i pogłębiające się opóźnienia umysłowe są niepokojące” [4].

Przełomową publikacją było ukazanie się wyników oceny rozwoju w 3 okresach: 1982–1988, 1990–1999 i 2000–2002. Wilson Costello i wsp. wykazali spadek upośledzeń neurorozwojowych w kolejnych wyżej wymienionych okresach. Jak komentują autorzy: „postępy w opiece perinatalnej przed 2000 r. dały rezultat w postaci zwiększonej liczby przeżyć, jednak albo ze wzrostem, albo z brakiem spadku upośledzeń neurorozwojowych, ale zmniejszenie umieralności i upośledzeń opisywane przez nas od 2000 r. to krok we właściwym kierunku” [20].

Wyniki te utwierdziły neonatologów w ich wysiłkach zmierzających do wzrostu liczby przeżyć, przy równoległej dbałości o „dobrostan” wcześniaka, zwiększającej jego szanse na przyszłość.

Problematyką tymi zajmują się nie tylko lekarze, ale także etycy świeccy, którzy dzielą działania medyczne na obligatoryjne, opcjonalne, badawcze i nieracjonalne [15, 16].

W kilku krajach opracowano szczegółowe zalecenia uwzględniające postępowanie medyczne zależnie od wieku ciążowego noworodka [1, 2, 13].

Bardzo dokładne wytyczne odnośnie do stosowania intensywnej terapii u wcześniaków podał Nuffield Council on Bioethics [14].

Na temat leczenia noworodków urodzonych na „granicy zdolności do życia” opublikowały swoje opinie także inne instytucje. Sugerują one podejmowanie decyzji na podstawie wieku ciążowego i konsultacji z rodzicami. Przekazują przesłanie, że większe szanse na przeżycie mają noworodki urodzone >25. tygodnia ciąży i >700 g (75 proc.), oraz że ważne jest zaangażowanie rodziców w proces decyzyjny, tzn. że rodzice powinni być poinformowani o sytuacji i szansach dziecka, a decyzja dotycząca leczenia podejmowana wspólnie przez lekarzy i rodziców [1, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14].

Uczestnicy warsztatów na temat noworodków urodzonych na „granicy możliwości przeżycia” podsumowują, że z powodu wielu „niewiadomych” niewłaściwe jest rutynowe oferowanie opieki paliatywnej. Decyzje o jej włączeniu muszą być podejmowane indywidualnie na bazie danego przypadku, co jest prawdziwą sztuką w medycynie [4].

Jak pisze J. Paris, jedynie w tych rzadkich przypadkach, gdy poddanie dziecka resuscytacji nie jest w zgodzie z jego dobrem, np. u dziecka urodzonego z bezmózgowiem, zespołem Pottera czy dysplazją tanatoforyczną, bądź noworodka urodzonego <22. tygodnia ciąży, lekarz powinien odmówić rodzicom proszącym o podjęcie resuscytacji. W innych okolicznościach w razie wątpliwości obowiązuje zasada „najpierw ratuj, później szacuj”, i to powinno stanowić normę [10].

Te problemy etyczne podsumował następująco etyk katolicki N. Brzózy [2]: „Mimo regulacji prawnych, zaleceń towarzystw religijnych i świeckich interpretacji etycznych, przy podejmowaniu decyzji w pojedynczych przypadkach medycznych neonatolodzy nie mogą uniknąć moralnego ryzyka, które jest nieodłączną częścią ich specjalizacji”.

Piśmiennictwo

1. Batton DC, Committee on Fetus and Newborn. Clinical report--Antenatal counseling regarding resuscitation at an extremely low gestational age. *Pediatrics*, 2009 Jul; 124 (1): 422–7. doi: 10.1542/peds.2009–1060.
2. Brzózy Nikodem, informacja nieopublikowana.
3. Frankel Cantor, informacja nieopublikowana.
4. Higgins RD, Delivoria-Papadopoulos M, Raju TN. Executive summary of the workshop on the border of viability. *Pediatrics* 2005 May; 115 (5): 1392–6.
5. John D, Lantos, William Meadow. Variation in the Treatment of Infants Born at the Borderline of Viability. *Pediatrics*, June 2009 Volume 123 / Issue 6.
6. Liu S, Joseph KS, Kramer MS, Allen AC, Sauve R, Rusen ID, Wen SW, Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant in Canada. *JAMA* 2002 mar 27, 287 (12), 1561–7.
7. Lui K, Bajuk B, Foster K, Gaston A, Kent A, Sinn J, Spence K, Fischer W, and Henderson-Smart D. Perinatal care at the borderlines of viability: a consensus statement based on a NSW and ACT consensus workshop. *Med J Aust* 2006; 185 (9): 495–500.
8. MacDonald H, American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Perinatal care at the threshold of viability. *Pediatrics* 2002 Nov; 110 (5): 1024–7.
9. Papiernik E, Zeitlin J, Delmas D, Draper ES, Gadzinowski J, Kunzel W, Cuttini M, Di Lallo D, Weber T, Kollee L, Beart G, MOSAIC Research Group. Termination of pregnancy among very preterm births and its impact on very preterm mortality: results from ten European population-based cohorts in the MOSAIC study. *BJOG* 2008 Feb; 115 (3): 361–8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01611.x.
10. Paris JJ. What Standards Apply to Resuscitation at the Borderline of Gestational Age?. *Journal of Perinatology* (2005) 25, 683–684. doi:10.1038/sj.jp.721140.
11. Rutkowska M. Noworodek urodzony na granicy możliwości przeżycia. Część pierwsza: dylematy etyczne, rekomendacje światowe. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 3/2011.

12. Rutkowska M, Zespół ds. Etycznych w Perinatologii. Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, tom 5, zeszyt 1, 5–13, 2011.
13. Simard M, Gagne AM, Lambert RD, Tremblay Y. A transdisciplinary approach to the decision-making process in extreme prematurity. 2014 Jul 14; 7: 450. doi: 10.1186/1756-0500-7-450.
14. Teasdale D. Ethical decisions in fetal medicine and neonatal intensive care. *Pediatr. Nurs.* 2007 Feb; 19 (1): 34–6.
15. Tyson JE, Stoll BJ. Evidence-based ethics and the care and outcome of extremely premature infants. *Clin Perinatol.* 2003 Jun; 30 (2): 363–87.
16. Tyson JE, Younes N, Verter J, Wright LL. Viability, morbidity, and resource use among newborns of 501- to 800-g birth weight. National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. *JAMA* 1996 Nov 27; 276 (20): 1645–51.
17. United States Conference of Catholic Bishops, <http://www.usccb.org/issues-and-action/>
18. Eduard Verhagen MD, J.D., and Pieter J.J. Sauer, M.D., Ph.D. „The Groningen Protocol Euthanasia in Severely Ill Newborns. *N Engl J Med* 2005; 352: 959–962 March 10, 2005DOI: 10.1056/NEJMp058026.
19. 19. Wikipedia. Religie wobec aborcji. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Aborcja>
20. Wilson-Costello D, Friedman H, Mnich N, Siner B, Taylor G, Schluchter M, Hack M. Improved neurodevelopmental outcomes for extremely low birth weight infants in 2000–2002. *Pediatrics* 2007 Jan; 119 (1): 37–45.
21. Zegers MJ, Hukkelhoven CWPM, Uiterwaal CSPM, Kollee LAA, Groenendaal F. Changing Dutch approach and trends in short-term outcome of periviable preterms. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* doi:10.1136/archdischild-2015-308803.

ANNA LATOS-BIELEŃSKA

Etyczno-moralne problemy badań prenatalnych z perspektywy lekarza genetyka

Wstęp

Kiedy w 1956 r. profesor Jérôme Lejeune, wybitny francuski genetyk, odkrył, że przyczyną zespołu Downa jest obecność dodatkowego chromosomu 21 (trisomia 21), był przekonany, że jest to pierwszy krok na drodze do opracowania terapii zespołu Downa [21]. Stało się jednak inaczej – odkrycie profesora Lejeune zostało wykorzystane do diagnostyki prenatalnej zespołu Downa (i – w miarę postępu wiedzy – innych zespołów genetycznych) i w wielu krajach badania prenatalne (najczęściej amniopunkcja) wykonywane były masowo w jednym celu – aby upewnić się, że płód nie ma zespołu Downa, a w przypadku wykrycia u płodu trisomii 21, przerwania ciąży. Ze względu na znany związek między zaawansowanym wiekiem kobiety a ryzykiem urodzenia dziecka z zespołem Downa, diagnostykę prenatalną przeprowadzano początkowo u kobiet ciężarnych powyżej 37. roku życia. Jednak ponieważ większość dzieci

z zespołem Downa lub inną trisomią rodzą kobiety młode, poszukiwano markerów płodowych trisomii pozwalających wskazać ciążę, w których istnieją przesłanki niezależne od wieku kobiety, że płód ma aberrację chromosomową. Prężnie rozwijała się ultrasonografia i dostrzeżono nieprawidłowości u płodu w ocenie USG, tzw. markery sonograficzne zespołu Downa (także Edwardsa, Patau, Turnera i in.), opracowano również testy biochemiczne oparte na badaniu markerów zespołu Downa w krwi kobiety w ciąży [5, 22, 34]. Były to testy przesiewowe, a badaniem rozstrzygającym było badanie inwazyjne, zwykle amniopunkcja. W dalszym ciągu celem badania było wykluczenie zespołu Downa i innych poważnych aberracji chromosomowych u płodu (i, tym samym, uspokojenie rodziców) lub przerwanie ciąży, jeśli wynik diagnostyki prenatalnej był niepomyślny, a rodzice nie chcieli urodzenia chorego dziecka.

To podejście do diagnostyki prenatalnej ugruntowało na lata pogląd, że badania prenatalne mają na celu aborcję dzieci z zespołem Downa i innymi chorobami genetycznymi i pogląd ten nadal się utrzymuje. Tymczasem w diagnostyce prenatalnej – jej możliwościach, celach i samym podejściu do niej, nastąpiły ogromne zmiany. Przede wszystkim rozwój metod diagnostyki prenatalnej, zwłaszcza ultrasonografii, pozwolił na niewyobrażalny wcześniej wgląd w życie wewnątrzmaciczne – i to od pierwszych tygodni ciąży. Obecnie można wykrywać poważne wady rozwojowe i zaburzenia w ogólnym rozwoju dziecka na długo przed terminem porodu. Powstało pojęcie „płód jako pacjent” [29]. Skoro dziecko jest chore, należy prowadzić diagnostykę niezależnie od tego, czy już się ono urodziło, czy nie i takie postępowanie jest w pełni zgodne z etyką lekarską, a wynik diagnostyki prenatalnej jest niezwykle ważny dla lekarza prowadzącego ciążę, dla rodziców i samego nienarodzonego dziecka.

Warto się przyjrzeć, czym jest dzisiaj diagnostyka prenatalna, na czym polega, jakie są jej metody i jakie cele jej przyświecają.

Uwagi ogólne dotyczące badań genetycznych w kontekście diagnostyki prenatalnej

Rozwój genetyki zmienia medycynę i coraz częściej badania genetyczne stają się nieodzownym elementem zarówno właściwej opieki medycznej, jak również profilaktyki.

Podstawowa zasada etyki lekarskiej – działanie dla dobra pacjenta, obowiązuje także w badaniach genetycznych. Badania genetyczne powinny być wykonywane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z należytą starannością, przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i w warunkach gwarantujących wysoką jakość. Należy też zwrócić uwagę, że pacjentom poddającym się badaniom genetycznym trzeba zapewnić profesjonalne poradnictwo genetyczne, obejmujące omówienie celu badań genetycznych oraz przedstawienie wyników z ich interpretacją [30].

Zawsze konieczne jest przestrzeganie zasady dobrowolności i poufności testów genetycznych. Badanie genetyczne może być przeprowadzone tylko za świadomą zgodą pacjenta wyrażoną na piśmie. Szczególny nadzór należy sprawować nad testami genetycznymi wykonywanymi u osób, które mają ograniczone możliwości wyrażania zgody – u dzieci i osób z niepełnosprawnością intelektualną. Konwencja Rady Europy o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, Europejska Konwencja Bioetyczna), zawarta 4 kwietnia 1997 r. w hiszpańskim mieście Oviedo, obowiązująca od 1 grudnia 1999 r., tak ujmuje te zagadnienia: „Artykuł 6 (Ochrona osób niezdolnych

do wyrażenia zgody). 1. Z zastrzeżeniem artykułów 17 i 20, interwencja medyczna może być dokonana wobec osoby, która nie ma zdolności do wyrażenia zgody tylko wtedy, gdy jest to dla niej bezpośrednio korzystne” [37].

W kontekście diagnostyki prenatalnej nasuwa się istotne pytanie: czy dziecko w okresie prenatalnym należy do tej grupy pacjentów? Odpowiedź jest oczywista – zdecydowanie tak. Jednak w praktyce w świadomości nie tylko lekarza, ale także rodziców nie ma potrzeby stosowania szczególnego nadzoru nad genetycznymi badaniami prenatalnymi tylko dlatego, że badany jest płód, który nie ma możliwości odmowy poddania się badaniom genetycznym.

Wspomniana Konwencja zabrania także dyskryminacji osób ze względu na ich dziedzictwo genetyczne: „Rozdział IV. Ludzki genom. Artykuł 11 (Zakaz dyskryminacji): Każda forma dyskryminacji skierowana przeciwko danej osobie ze względu na dziedzictwo genetyczne jest zakazana” [37].

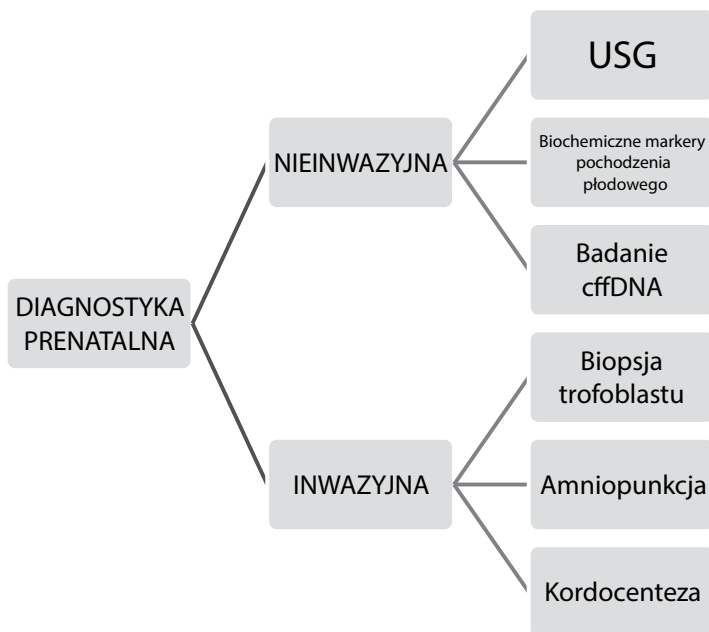
W tym miejscu nasuwa się pytanie, czy nie jest tak, że artykuł o zakazie dyskryminacji dotyczy również dzieci z prenatalnie wykrytym zespołem Downa lub inną chorobą genetyczną? I musimy nieuchronnie dojść do wniosku, że mamy do czynienia z uderzającą niekonsekwencją – w wielu krajach, które przyjęły przecież Europejską Konwencję Bioetyczną, po prenatalnym rozpoznaniu zespołu Downa możliwa jest aborcja, zatem dokonuje się akt skrajnej dyskryminacji, z odebraniem dziecku z nieprawidłowym genotypem prawa do życia. Z drugiej strony, w tych samych krajach jeśli dziecko z zespołem Downa lub inną chorobą genetyczną się urodzi, to otacza się je naprawdę dobrą opieką medyczną, a także walczy z wykluczeniem społecznym takich dzieci i ich rodziców.

Osiągnięcia genetyki mają dwie twarze – w większości przypadków są niekwestionowanym dobrodziejstwem zarówno dla jednostki, jak i ludzkości, jednak zdarzają się też sytuacje, kiedy mogą być one zagrożeniem. Te dwoiste

skutki najlepiej widać w diagnostyce prenatalnej chorób genetycznych, a dyskusja nad etycznymi, prawnymi i społecznymi aspektami badań prenatalnych jest stale aktualna [12].

Metody diagnostyki prenatalnej – badania nieinwazyjne i inwazyjne

Diagnostyka prenatalna to wszystkie badania, które można wykonać przed urodzeniem dziecka. Metody diagnostyki prenatalnej dzielimy na nieinwazyjne i inwazyjne (Ryc. 1). O ile w badaniach nieinwazyjnych nie ma niebezpieczeństwa dla płodu związanego ze sposobem pobrania materiału



Rycina 1. Diagnostyka prenatalna – metody nieinwazyjne i inwazyjne.

biologicznego, to w badaniach inwazyjnych występuje ryzyko, że wskutek pobierania materiału biologicznego może dojść do niezamierzonej utraty dziecka.

Nieinwazyjne metody diagnostyki prenatalnej

Nieinwazyjne metody diagnostyki prenatalnej to ultrasonografia, badania biochemicznych markerów płodowych we krwi matki oraz najnowsza metoda – badanie płodowego DNA w krążeniu matczynym.

Ultrasonograficzna ocena płodu jest najczęściej stosowanym badaniem prenatalnym. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało rekomendacje, w których zalecone jest wykonanie czterech badań USG w niepowikłanej ciąży: przed 10. tygodniem ciąży, w 11.–14., 18.–22. oraz 28.–32. tygodniu ciąży [39]. Celem badania USG w 11.–14. tygodniu ciąży jest wstępna ocena anatomii płodu oraz sonograficznych markerów aberracji chromosomowych. Oceniane są FHR (czynność serca płodu), NT (przezierność karku płodu), NB (kość nosowa u płodu) i in. [19, 23, 25, 30, 39]. Zwraca się m.in. uwagę na obecność dużych markerów ultrasonograficznych aberracji chromosomowych: przepukliny przedniej ściany brzucha, wspólnego kanału przedstonkowo-komorowego (AVSD), pęcherza moczowego olbrzymiego, przepukliny przeponowej, holoprosencefalii [18, 39].

USG w 18.–22. i w 28.–32. tygodniu ciąży ma na celu szczegółową ocenę narządów płodu pod kątem występowania wad rozwojowych. Możliwości rozpoznania wad zależą od jakości ultrasonografu oraz doświadczenia lekarza wykonującego badanie. USG jest badaniem bezpiecznym dla płodu i w razie potrzeby może być wielokrotnie wykonywane [25, 30, 39].

Badania przesiewowe z surowicy krwi matki polegają na oznaczeniu markerów biologicznych pochodzenia płodowego, przenikających do krążenia matki. W teście PAPP-A,

wykonywanym w 10.–14. tygodniu ciąży, są to białko ciążowe A (PAPP-A) i wolna podjednostka beta gonadotropiny kosmówkowej (wolne beta-hCG). Jednocześnie dokonywany jest ultrasonograficzny pomiar przezierności karkowej (NT). W przypadku, kiedy u płodu występuje zespół Downa, poziom PAPP-A jest obniżony, a wolne beta-hCG i przezierność karkowa są podwyższone. W przypadku zespołu Edwardsa lub Patau stężenia PAPP-A i beta-hCG są obniżone, a przezierność karkowa zwiększona. Na podstawie wyników tych badań i uwzględniając wiek kobiety, oblicza się ryzyko wystąpienia zespołów Downa, Edwardsa i Patau w danej ciąży. W przypadku podwyższonego ryzyka proponuje się amniopunkcję i określenie kariotypu płodu [5, 19, 22, 30, 34].

Najnowszą metodą diagnostyki prenatalnej nieinwazyjnej jest badanie pozakomórkowego DNA pochodzenia płodowego obecnego w krążeniu krwi u matki (cffDNA). Wolny pozakomórkowy DNA to DNA, który został uwolniony z obumarłych komórek. Wolny DNA krąży w krwiobiegu do kilku godzin, zanim dojdzie do jego degradacji. U kobiety ciężarnej pula wolnego DNA w krwiobiegu składa się z wolnego DNA ciężarnej i wolnego DNA płodu. Frakcja płodowa stanowi zazwyczaj około 10 proc., z czego większość stanowi DNA pochodzący z komórek trofoblastu. Badania stosowane dla oceny ilościowej i jakościowej wolnego płodowego DNA w krwiobiegu ciężarnej określane są skrótem NIPT (z ang. *non-invasive prenatal testing*). Na rynku istnieje kilka testów opartych na badaniu cffDNA, różniących się metodyką badania. Najlepsze z nich mają skuteczność w wykrywaniu zespołu Downa u płodu ponad 99 proc. [20]. Oprócz najczęstszych trisomii test cffDNA służy do wykrywania niektórych innych chorób genetycznych u płodu. Wskazania do diagnostyki prenatalnej opartej na badaniu cffDNA zostały ostatnio określone przez grupę ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

i Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka [35]. Badanie można wykonać od 10. tygodnia ciąży, a nawet wcześniej, jednak rekomenduje się je dopiero po 10. tygodniu ciąży, tj. od wieku ciąży, kiedy minęło największe zagrożenie poronieniem samoistnym.

Inwazyjne metody diagnostyki prenatalnej

Inwazyjne techniki diagnostyki prenatalnej są badaniami, które ingerują we wnętrze jednostki płodowo-łożyskowej i wiążą się z ryzykiem utraty ciąży. Wykonywane są zawsze pod nadzorem ultrasonograficznym i są do nich szczególne wskazania. Metody inwazyjne diagnostyki prenatalnej to biopsja trofoblastu, amniopunkcja i kordocenteza.

Biopsja kosmówki (trofoblastu) jest przeprowadzana pomiędzy 11. a 15. tygodniem ciąży. Polega ona na pobraniu kosmków bardzo aktywnej mitotycznie kosmówki kosmatej poprzez nakłucie przez powłoki brzuszne kobiety w ciąży. Ryzyko utraty ciąży wskutek tego zabiegu wynosi ok. 1 proc. [1, 30, 38].

Amniopunkcja (amniocenteza) polega na nakłuciu przez powłoki brzuszne kobiety ciężarnej pęcherza owodniowego pod kontrolą USG i pobraniu płynu owodniowego. Z komórek płynu owodniowego – amniocytów – zakłada się hodowlę, która służy do oceny kariotypu płodu. Amniopunkcję wykonuje się pomiędzy 15. a 18. tygodniem ciąży. Ryzyko utraty ciąży wynosi 0,5–1 proc. [1, 26, 30, 38]. Amniopunkcja stanowi obecnie najczęściej stosowaną technikę pobierania materiału płodowego w inwazyjnej diagnostyce prenatalnej.

Kordocenteza polega na nakłuciu sznura pępowinowego w pobliżu jego przyczepu łożyskowego i pobraniu ok. 0,5–1,0 ml krwi pępowinowej. Zabieg jest wykonywany pod kontrolą USG. Kordocentezę przeprowadza się od 17. tygodnia ciąży do momentu porodu. Ryzyko utraty ciąży wynosi ok. 2 proc. [16, 27, 30].

Po pobraniu materiału biologicznego którąkolwiek z wyżej wymienionych metod wykonuje się badania genetyczne płodu. Można wykonać badanie kariotypu płodu metodą cytogenetyki klasycznej, szybki test w kierunku najczęstszych trisomii, badanie kariotypu z zastosowaniem mikromacierzy (aCGH) lub badania molekularne w kierunku określonych chorób jednogenowych. W zależności od rodzaju badania genetycznego, oczekiwanie na wynik trwa od 3 dni do 3 tygodni (niekiedy dłużej). Szczególnie rekomendowane jest badanie metodą mikromacierzy, które pozwala na wykrycie nie tylko klasycznych aberracji chromosomowych, ale również mikrodelekcji i mikroduplikacji genomowych i które w wielu krajach z powodzeniem zastąpiło już badanie kariotypu metodą cytogenetyki klasycznej [11, 13, 17, 36].

Cele diagnostyki prenatalnej

Omawiając cele diagnostyki prenatalnej, należy spojrzeć na nie z punktu widzenia nie tylko lekarza prowadzącego ciążę, rodziców oczekujących dziecka, ale i samego dziecka, które jest badane. Nasuwa się pytanie, czy zawsze interes rodziców i dziecka jest zbieżny. Poniższe przedstawienie celów diagnostyki prenatalnej wynika zarówno z piśmiennictwa, jak również z rozmów autorki z rodzinami ryzyka genetycznego korzystającymi z diagnostyki prenatalnej.

Uspokojenie rodziców, że w aktualnie istniejącej ciąży u dziecka nie występuje wada rozwojowa/choroba genetyczna

W praktyce to jest najczęściej wymieniany cel diagnostyki prenatalnej. Prawie każda para oczekująca dziecka doświadcza niepokoju, czy dziecko jest na pewno zdrowe. Psychika kobiety w ciąży jest zmieniona i nierzadko lęk, czy

dziecko nie urodzi się chore, jest irracjonalny i rujnuje cały, piękny przecież, czas ciąży. Z pomocą przychodzą badania nieinwazyjne, zwłaszcza USG i badanie płodowego DNA w krążeniu matki (cffDNA). W przypadku metod inwazyjnych należy wnikliwie rozważyć wskazania w indywidualnym przypadku, ponieważ pobranie materiału biologicznego do badań genetycznych (kosmówka, płyn owodniowy, krew płodu) jest związane z ryzykiem powikłań, a nawet utraty ciąży. Decydując się na badanie prenatalne, para oczekująca dziecka liczy na prawidłowy wynik, co pozwoli na spokojne oczekiwanie na narodziny. Nawet pary dużego ryzyka genetycznego w rzeczywistości liczą na pomyślny wynik diagnostyki prenatalnej i chociaż były poinformowane o wysokim ryzyku genetycznym, są zaskoczone, kiedy okazuje się, że dziecko jest jednak chore.

Wykrycie u płodu wad rozwojowych i chorób genetycznie uwarunkowanych, w przypadku których interwencja lekarska jeszcze w okresie życia wewnątrzmacicznego stwarza możliwość uratowania dziecka lub zmniejsza ryzyko powikłań okresu okołoporodowego

Jest szereg sytuacji, kiedy dziecko jest chore już w okresie życia wewnątrzmacicznego i zaburzenia narastają w takim stopniu, że przed terminem porodu dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia narządów, a nawet do wewnątrzmacicznej śmierci dziecka. Prenatalne wykrycie tych zaburzeń i podjęcie działań terapeutycznych jeszcze w czasie trwania ciąży jest niekiedy jedyną szansą uratowania życia i zdrowia dziecka. Przykładowo po stwierdzeniu zaburzeń rytmu serca płodu stosuje się leczenie drogą podawania leków nasercowych matce, lek przenika do płodu i normalizuje pracę serca dziecka [9]. Niektóre ciężkie wady rozwojowe wymagają interwencji jeszcze w czasie ciąży. Taką wadą rozwojową jest rozległa przepuklina przeponowa. Z powodu dużego ubytku w przeponie narządy jamy brzusznej są wciągane do klatki

piersiowej, co uniemożliwia rozwój płuc i po urodzeniu dziecko umiera. Po prenatalnym rozpoznaniu przepukliny przeponowej interwencja polega na wprowadzeniu balonika zamykającego światło tchawicy płodu, co wyrównuje ciśnienie w obrębie klatki piersiowej i zapobiega przemieszczaniu się narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej, a bezpośrednio przed porodem lub w trakcie porodu przeszkodę się usuwa i po urodzeniu dziecko jest operowane [3, 25]. Innym przykładem koniecznej i skutecznej interwencji wewnątrzmacicznej jest postępowanie po rozpoznaniu prenatalnym uropatii zaporowej. W uropatii zaporowej występuje niedrożność dolnych dróg moczowych, mocz wytwarzany przez nerki płodu gromadzi się w pęcherzu moczowym i nie może być wydalony, ogromny pęcherz moczowy wypełnia brzusek dziecka, dochodzi do wzrostu ciśnienia w układzie moczowym i uszkodzenia nerek. Terapia wewnątrzmaciczna polega na wprowadzeniu szantu do pęcherza moczowego płodu umożliwiającego odpływ moczu do worka owodniowego lub jest to cystoskopowy zabieg laserowy usuwający przeszkodę [3, 25]. Również niektóre wady serca, jak krytyczna stenoza aortalna lub płucna, są operowane wewnątrzmacicznie, co ratuje życie dziecka [3, 25]. Podobnych zabiegów wewnątrzmacicznych jest więcej i są one wykonywane również w Polsce.

Dla lekarza prowadzącego ciążę diagnostyka prenatalna jest wielką pomocą, ponieważ pozwala na ocenę stanu płodu w celu wyboru optymalnego momentu i sposobu rozwiązania ciąży. Jeśli u dziecka stwierdza się wady rozwojowe, ważne jest ustalenie ich przyczyny, ponieważ na tej podstawie można określić rokowanie co do dalszego przebiegu ciąży, zagrożenie obumarciem ciąży, rozwój dziecka po urodzeniu.

Istnieje realna perspektywa, że w przyszłości wczesna nieinwazyjna diagnostyka prenatalna zespołu Downa oparta na badaniu cfDNA we krwi matki będzie miała na celu wczesne prenatalne wykrycie trisomii 21 i skuteczne leczenie

prenatalne. Fundacja im. prof. Jérôm'a Lejeune prowadzi i wspiera systematyczne badania nad terapią zespołu Downa. W badaniach na modelu mysim zespołu Downa wykazano, że podawanie ciężarnym myszom jednego z leków przeciwdepresyjnych powoduje, że myszki z zespołem Downa rozwijają się prawidłowo i efekt ten utrzymuje się przez całe życie [14, 28].

Wykrycie u płodu wad wrodzonych, w których istnieje możliwość (niekiedy tylko szansa) uratowania dziecka pod warunkiem interwencji lekarskiej bezpośrednio po urodzeniu

Jeśli wykrycie wady rozwojowej wymagającej natychmiastowego zoperowania dziecka następuje dopiero po urodzeniu, konieczne jest przeprowadzenie niezbędnych badań diagnostycznych, znalezienie ośrodka, w którym zabieg operacyjny może zostać przeprowadzony oraz transport dziecka do tego ośrodka. To wszystko zabiera czas i nierzadko się zdarza, że nie zdążono udzielić dziecku skutecznej pomocy. Szansą na uratowanie takiego dziecka może być prenatalne rozpoznanie wady. Wówczas wiele badań diagnostycznych można wykonać jeszcze przed urodzeniem, ustalić zakres zabiegu operacyjnego i przetransportować dziecko do ośrodka jeszcze w łonie matki, co jest dla niego najbezpieczniejsze. Do wad, w których interwencja chirurgiczna zaraz po urodzeniu jest konieczna, należą niektóre wrodzone wady serca, niedrożność przewodu pokarmowego, przetoka tchawiczoprzetykowa, duża przepuklina przeponowa i in. [2, 3, 7, 25, 31].

Wykrycie wad letalnych, prowadzących do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu lub zgonu dziecka wkrótce po urodzeniu

Niekiedy diagnostyka prenatalna ujawnia szczególnie ciężkie wady rozwojowe i/lub zaburzenia genetyczne, które

nie tylko nie pozwalają na przeżycie dziecka poza organizmem matki, ale są także związane z dużym prawdopodobieństwem wewnątrzmacicznej śmierci dziecka. Przykładem mogą być wady cewy nerwowej – bezmózgowie, rozległy rozszczep kręgosłupa, rozległa przepuklina mózgowa; agenezja nerek, cykloopia i niektóre inne wady rozwojowe; zespoły wad spowodowane letalnym defektem genetycznym, np. triploidia, zespół Meckela, letalne dysplazje kostne, wiele innych letalnych zespołów genetycznych [6, 33].

Po rozpoznaniu letalnej wady u płodu rodzice, wobec nieuchronności śmierci dziecka jeszcze wewnątrzmacicznie lub zaraz po urodzeniu, mogą podjąć decyzję o wcześniejszym wywołaniu porodu. Dziecku nie można pomóc, w tej sytuacji priorytetem jest ochrona matki – późne obumarcie ciąży stanowi zagrożenie dla jej życia. W tej sytuacji można się doszukać analogii do zaprzestania uporczywej terapii u chorego w stanie terminalnym, nierokującym poprawy.

Część rodziców po rozpoznaniu wady letalnej lub obarczonej dużym ryzykiem wczesnej, nawet wewnątrzmacicznej, śmierci dziecka podejmuje decyzję o kontynuacji ciąży. Zawsze należy indywidualnie podchodzić do danej sytuacji, poświęcając rodzicom wiele czasu i uwagi, omawiając możliwości opieki paliatywnej, przedstawiając wszystkie fakty medyczne dotyczące danej wady/choroby genetycznej i pamiętając o tym, że w medycynie zdarzają się wyjątki od książkowego przebiegu choroby [8, 10]. Z tego powodu niektórzy autorzy uważają, że powinno się unikać określenia, że wada jest „letalna” [33].

Warto przytoczyć w tym miejscu wyniki badań ankietowych, którymi objęci zostali rodzice dzieci z trisomią 13 i 18 [15]. Trisomie 13 (T13, zespół Patau) i 18 (T18, zespół Edwardsa) są aberracjami chromosomowymi, w których w bardzo wysokim odsetku dochodzi do zgonu dziecka w okresie prenatalnym, noworodkowym oraz wczesnym niemowlęcym i które są związane z głęboką

niepełnosprawnością. Choć sporadycznie zdarzają się dłuższe przeżycia, zespoły te są w medycznym piśmiennictwie określane jako „letalne” lub „nie do pogodzenia z życiem”. Po prenatalnym rozpoznaniu T13 lub T18 uprzedza się rodziców, że w przypadku kontynuacji ciąży istnieje duże ryzyko poronienia/porodu martwego. American Academy of Pediatrics rekomenduje niepodejmowanie resuscytacji noworodków z „letalnymi” aberracjami chromosomowymi [za 15]. Rekomendacje American Heart Association z 2010 r. dla T13 i T18 mówią podobnie – z powodu „nieakceptowalnie wysokiej śmiertelności” [za 15].

Wykazano, że nawet w przypadku zespołów związanych z wysoką letalnością, jakimi są T13 i T18, kontynuacja ciąży i pozostawienie ciąży naturalnemu przebiegowi ma pozytywne skutki. We wspomnianych badaniach autorzy opracowali odpowiedzi na ankietę 332 rodziców dzieci z trisomią 13 lub 18. Rodzice ci, pomimo że wywierano na nich nacisk na przerwanie ciąży (61 proc.) i powiedziano im, że ich dziecko prawdopodobnie urodzi się martwe (94 proc.), zdecydowali się na kontynuację ciąży. Jako powód kontynuacji ciąży podali względy moralne (68 proc.), kierowanie się dobrem dziecka (64 proc.), przekonania religijne (48 proc.), kierowanie się własnym dobrem (28 proc.) oraz względy praktyczne (6 proc.). W chwili ustalenia rozpoznania 80 proc. rodziców miało nadzieję, że dziecko urodzi się żywe, a 25 proc. rodziców oczekiwało, że u dziecka zostaną zastosowane wszystkie możliwe procedury medyczne, jak u dzieci bez choroby genetycznej. Spośród 97 dzieci z pełną T13 lub T18 wykrytą prenatalnie, 47 proc. żyło na tyle długo, by zostać wypisane do domu, 28 proc. żyło więcej niż 3 miesiące, a 19 proc. żyło więcej niż 1 rok. Badania rodziców, którzy żyli ze swoimi dziećmi z T13 lub T18, pokazują, że większość z nich uważa, że dzięki temu ich rodzina stała się silniejsza i ubogacona. Rodzice uważali tak nawet mimo śmierci dziecka i niezależnie od tego, jak długo

dziecko żyło. Rodzice wskazywali na to, że bardzo wiele zależy od postawy lekarza położnika, genetyka i neonatologa, a także pielęgniarek i położnych. Jako „wyjątkowych” lekarzy i innych pracowników służby zdrowia rodzice określali tych, którzy podawali informacje wyważone i spersonalizowane, respektowali wybór rodziców i udzielili wsparcia. W Tabeli 1 umieszczono zalecenia dla lekarzy dotyczące postępowania po rozpoznaniu prenatalnym T13 lub T18, ale odnoszące się także do innych zespołów/wad związanych z wysoką śmiertelnością [15]:

Zalecenia dla lekarzy dotyczące postępowania po rozpoznaniu prenatalnym trisomii 13 lub trisomii 18, ale odnoszące się także do innych zespołów/wad związanych z wysoką śmiertelnością [15]:	
1	W chwili rozpoznania przedstaw dokładne dane dotyczące przeżywalności. Unikaj określeń takich jak „letalna”, „nie do pogodzenia z życiem” i „stan wegetatywny”. Unikaj określeń wartościujących w stosunku do niepełnosprawności.
2	Rodziców należy poinformować, że większość rodziców, którzy decydują się na kontynuację ciąży, donosi o swoich pozytywnych i ubogających doświadczeniach, niezależnie od tego jak długo dziecko żyło.
3	Rodzice, którzy decydują się na kontynuację ciąży, potrzebują wsparcia, a nie osądzania czy nacisków, żeby zmienili wybór. Rodzice akceptują to, że dziecko prawdopodobnie wcześniej umrze i cenią czas, jaki z nim spędzą, zarówno przed urodzeniem, jak i po przyjściu na świat.
4	Pamiętaj, że dla rodziców ich dziecko jest osobą, a nie rozpoznaniem. W miarę możliwości mów o nienarodzonym dziecku, używając jego imienia. Rodzice oczekują, że podasz informacje medyczne odnoszące się do ich dziecka, a nie do rozpoznania. Bardzo ważne jest to, żeby przekazać rodzicom informacje nie tylko o tym, które narządy są nieprawidłowe, ale także które są prawidłowe. Zaoferuj nadzieję, jeśli ma to uzasadnienie: nadzieję, że dziecko będzie dalej rosło, że urodzi się żywe i że rodzice będą mogli przez jakiś czas się nim cieszyć.
5	Zaoferuj dalszą opiekę prenatalną, jak w każdej innej ciąży. Badania USG są bardzo szczególnym i pamiętnym przeżyciem i biorąc pod uwagę wysokie ryzyko poronienia, mogą być jedyną możliwością, żeby rodzice zobaczyli ich dziecko żywe. Poświęcenie kilku minut w czasie USG, by podkreślić normalne cechy dziecka, może być darem dla rodziców, za który będą wdzięczni całe życie.

6	Uzgodnij z rodzicami plan działania najlepszy dla dziecka i jego rodziny. Rodzice powinni zrozumieć, że dzieci z T13 lub T18 są niepowtarzalne i dla jednych intensywna interwencja medyczna po urodzeniu może być korzystna, a dla innych nie. Zapewnij, że zostaną zabezpieczone pamiątki po dziecku, takie jak odbicia stópek czy fotografie. Jeśli to wskazane, przedstaw rodzicom procedury medyczne u dziecka po urodzeniu, objaśnij też, dlaczego niektóre procedury nie będą stosowane. Restrykcje co do procedur powinny być przedyskutowane przez wielodyscyplinarny zespół z uwzględnieniem aspektów etycznych.
7	Większość rodziców, którzy wybrali kontynuację ciąży, zrobiła tak, ponieważ było to zgodne z ich osobistymi przekonaniami. Będą doceniali empatię i życzliwe podejście na ich wyjątkowo trudnej drodze, a szczególnie uznanie i szacunek dla ich miłości do dziecka.

Wykrycie zespołów genetycznych i wad rozwojowych, które nie są letalne, ale są związane z dużą niepełnosprawnością intelektualną i/lub fizyczną, a zwłaszcza z niemożnością samodzielnego funkcjonowania społecznego

Dla części par oczekujących dziecka jest to bardzo ważny cel badań prenatalnych. Część par decyduje się na badanie, żeby mieć pewność, że dziecko nie ma zespołu Downa (ani trisomii 13, 18, a także innych określonych chorób genetycznych); w przypadku stwierdzenia choroby u dziecka planują przerwanie ciąży. Z rozmowy z parami, które biorą pod uwagę przerwanie ciąży, wynika, że przyczyny takiej postawy są różne. Część par jest nastawiona na przyjęcie tylko zdrowego dziecka, chore dziecko, a zwłaszcza dziecko z niepełnosprawnością, jest dla nich obciążeniem, skomplikowaniem planów życiowych, ograniczeniem aspiracji, kontaktów towarzyskich, obniżeniem statusu materialnego i społecznego. Takie pary rzeczywiście zwykle decydują się na przerwanie ciąży, kiedy wynik diagnostyki prenatalnej jest niepomysłny. Niekiedy jednak następuje zmiana decyzji i, pomimo wcześniejszych deklaracji, ciąża jest kontynuowana i dziecko z chorobą genetyczną zostaje przyjęte.

Część par, które decydują się na przerwanie ciąży po niepomyślnym wyniku diagnostyki prenatalnej, nie czuje się na siłach, aby przyjąć dziecko chore, ponieważ ma bardzo niski status materialny i nie widzi możliwości utrzymania się, boi się odrzucenia, izolacji społecznej, tego, że zostanie z chorym dzieckiem zupełnie sama i sobie nie poradzi; niektórzy decydują się na aborcję pod presją rodziny lub boją się o losy dziecka po ich śmierci, boją się, że życie dziecka będzie pełne cierpienia fizycznego i psychicznego i uważają, że dla dziecka będzie lepiej, żeby się nie urodziło. Takie pary, po udzieleniu im wsparcia psychologicznego i materialnego, mogą zmienić decyzję i kontynuować ciążę.

Z danych Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR) oraz EUROCAT wynika, że aktualnie średnio w Europie aborcji ulega 50 proc. dzieci z zespołem Downa, a w Polsce około 30 proc. [4, 24].

Duże znaczenie ma ustawodawstwo w zakresie ochrony płodu i dopuszczalności aborcji. Dopuszczalność terminacji ciąży w krajach europejskich po rozpoznaniu u płodu wady rozwojowej/choroby genetycznej przedstawia się następująco:

- Polska: dopuszczalna w przypadku stwierdzenia ciężkiego, nieodwracalnego uszkodzenia płodu, ale przed osiągnięciem przez płód możliwości przeżycia poza organizmem matki [32].
- Irlandia i Malta: niedopuszczalna.
- Francja, Wielka Brytania, Austria, Belgia, Chorwacja, Niemcy, Szwajcaria: dopuszczalna niezależnie od wieku ciąży.
- Dania, Finlandia, Włochy, Hiszpania, Szwecja, Holandia, Norwegia, Portugalia: dopuszczalna (z pewnymi niewielkimi ograniczeniami – niezależnie od wieku ciąży tylko dla wad bardzo ciężkich lub letalnych, w innych przypadkach dopuszczalna do 24. tygodnia ciąży).

Kiedy para decyduje się na diagnostykę prenatalną, jest to często odbierane jako jednoznaczne z decyzją o aborcji, gdyby wynik diagnostyki prenatalnej był niepomyślny. W rzeczywistości wiele par wcale nie zamierza przerwać ciąży, a jednak wczesne wykrycie zespołów genetycznych i wad rozwojowych, które nie są letalne, ale są związane z niepełnosprawnością intelektualną i/lub fizyczną, ma dla nich duże znaczenie. Jest dla nich bardzo ważne, żeby o chorobie dziecka dowiedzieć się w okresie prenatalnym, a nie dopiero po urodzeniu. Wiadomość, że dziecko jest chore, jest zawsze szokiem, rodzice wiedzą, że z każdą ciążą jest związane jakieś ryzyko, że dziecko może urodzić się z wadą rozwojową czy chorobą genetyczną, ale myślą, że ich to nie spotka. Kiedy wiadomość, że dziecko jest chore, że będzie niepełnosprawne, przychodzi zaraz po urodzeniu, jest to szczególnie trudny moment. Rozpoznanie prenatalne wady wrodzonej/choroby genetycznej u dziecka powoduje, że rodzice mają czas, żeby się przygotować na przyjęcie dziecka specjalnej troski, wiedzą, jaka opieka medyczna powinna być zapewniona po porodzie, a kiedy dziecko się rodzi, są gotowi na jego przyjęcie takim, jakie jest. Wokół rodziców, którzy są zdecydowani przyjąć dziecko z zespołem Downa czy inną chorobą genetyczną, tworzy się zazwyczaj grupa wsparcia, na którą rodzice dziecka mogą liczyć. Wartość prenatalnego rozpoznania choroby u dziecka i możliwość przygotowania się na przyjęcie dziecka specjalnej troski jest podkreślana przez rodziców podczas rozmów w poradni genetycznej. Prenatalne rozpoznanie choroby genetycznej ma też znaczenie dla dziecka, ponieważ w przypadku zespołów genetycznych o niecharakterystycznym fenotypie rozpoznanie postnatalne bywa opóźnione, co skutkuje brakiem wczesnej rehabilitacji, a jeśli zespół genetyczny jest rozpoznany prenatalnie, można bardzo wczesnie wprowadzić fachową stymulację rozwoju dziecka i w ten sposób zwiększyć jego szanse życiowe w przyszłości.

Podsumowanie

Współczesna genetyka stwarza nowe, nieznane wcześniej możliwości diagnostyki chorób genetycznych – metody te znajdują zastosowanie także w diagnostyce prenatalnej. Testy prenatalne, które są bezpieczne dla płodu (nieinwazyjne), mogą służyć rozwianiu zrozumiąlego niepokoju rodziców. W przypadku, gdy płód jest chory, badania prenatalne są ważną częścią opieki medycznej, a ich wyniki pozwalają na podjęcie właściwych decyzji dotyczących prowadzenia ciąży i porodu, a także przeprowadzenia zabiegów wewnątrzmacicznych ratujących życie dziecka czy zmniejszających stopień niepełnosprawności. Badania prenatalne są również ważne dla podjęcia właściwych działań terapeutycznych po urodzeniu dziecka.

Dla lekarza genetyka, który ma światopogląd katolicki, diagnostyka prenatalna może być w niektórych okolicznościach dużym dylematem. O ile badania prenatalne służące rozwianiu niepokoju rodziców czy zmierzające do ustalenia przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości u płodu nie są w żaden sposób kontrowersyjne, to fakt, że w części przypadków rodzice podejmują decyzję o aborcji, stanowi dla lekarza duży problem, nawet jeśli nie uczestniczy on w zespole wyrażającym zgodę na zabieg aborcji i nawet nie wie, jaka była decyzja pary. Nie jest jednak właściwe, żeby z tego powodu lekarz genetyk dystansował się od diagnostyki prenatalnej, ponieważ pary, które po stwierdzeniu choroby u płodu decydują się na kontynuację ciąży, potrzebują wsparcia z jego strony oraz, jak przedstawiono w artykule, diagnostyka prenatalna służy również ratowaniu życia i zdrowia dziecka. Afirmacja życia, także życia dzieci z chorobami genetycznymi, wsparcie ze strony lekarzy i pozostałych pracowników służby zdrowia dla par po prenatalnym rozpoznaniu choroby u dziecka, budowanie w społeczeństwie atmosfery akceptacji dla osób niepełnosprawnych i realna pomoc materialna

i instytucjonalna ze strony państwa, a także rozwój hospicjów perinatalnych to, obok zmian w prawie, ważne działania, aby ograniczyć aborcje po nieprawidłowym wyniku diagnostyki prenatalnej.

Piśmiennictwo

1. Alfirevic Z, Sundberg K, Brigham S. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. Alfirevic Z, ed. 2003. *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD003252
2. Anagnostou K, Messenger L, Yates R, Keisall W. Outcome of infants with prenatally diagnosed congenital heart disease delivered outside specialist paediatric cardiac centers. *Arch.Dis.Child. Fetal Neonatal Ed.* 2013, 98 (3), 218–221.
3. Ball RH, Deprest J. Terapia prenatalna płodu z wadą naprawialną. W *Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii Callena*. Callen PW (red.). Elsevier Urban & Partner, 2010. T. 2, 345–365.
4. Boyle B, Morris JK, McConkey R, Garne E, Loane M, Addor MC, Gatt M, Haeusler M, Latos-Bielenska A, Lelong N, McDonnell R, Mullaney C, O'Mahony M. Prevalence and risk of Down syndrome in monozygotic and dizygotic multiple pregnancies in Europe: implications for prenatal screening. *BJOG* 2014, 121 (7), 809–819.
5. Brambati B, Tului L, Bonacchi I, Shrimanker K, Suzuki Y, Grudzinskas JG. Serum PAPP-A and free beta-hCG are first-trimester screening markers for Down syndrome. *Prenat Diagn.* 1994, 14 (11), 1043–7.
6. Callen PW. (Red.). *Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii Callena*. Elsevier Urban & Partner, 2010.
7. Changlani TD, Jose A, Sudhakar A, Rojal R, Kunijkutty R, Vaidyanathan B. Outcomes of infants with prenatally diagnosed congenital heart disease delivered in a tertiary-care pediatric cardiac facility. *Indian Pediatr* 2015, 52 (10), 852–6.

8. Dangel J: Zasady podejmowania decyzji na podstawie diagnozy prenatalnej ze szczególnym uwzględnieniem postępowania okołoporodowego w przypadkach prenatalnego rozpoznania nieuleczalnej choroby płodu. *Standardy Medyczne/Pediatrics* 2011, 8, 1, 60–69.
9. Dangel J, Hamela-Olkowska A, Kufel K, Kornacka MK, Bieganska K, Rękawek J, Szymaniak E. Wpływ diagnostyki prenatalnej na postępowanie terapeutyczne u płodów i noworodków z zaburzeniami rytmu serca zagrażającymi życiu. *Postępy Neonatologii*, 2004, 2.
10. Dangel T. Wady letalne u noworodków – opieka paliatywna jako alternatywa wobec aborcji i uporczywej terapii. *Standardy Medyczne* 2007, 9, 31, 108–110.
11. Evangelidou P, Alexandrou A, Moutafi M, Marios Ioannides, Antoniou P, Koumbaris G, Kallikas I, Velissariou V, Sismani C, and Patsalis PC. Implementation of High Resolution Whole Genome Array CGH in the Prenatal Clinical Setting: Advantages, Challenges, and Review of the Literature. *BioMed Research International* 2013, vol. 2013, Article ID 346762.
12. Frączek P, Jabłońska M, Pawlikowski J. Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19 (2), 103–109.
13. Grande M, Jansen FA, Blumenfeld YJ, et al. Genomic microarray in fetuses with increased nuchal translucency and normal karyotype: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015, 46, 650–658.
14. Guidi S., Stagni F., Bianchi P., Ciani E., Ragazzi E., Trazzi S., et al. Early pharmacotherapy with fluoxetine rescues dendritic pathology in the Ts65Dn mouse model of Down syndrome. *Brain Pathol.* 2013. 23, 129–143.
15. Guon J, Wilfond BS, Farlow B, Brazg T, Janvier A. Our children are not a diagnosis: the experience of parents who continue their pregnancy after a prenatal diagnosis of trisomy 13 or 18. *Am J Med Genet A.* 2014. 164A (2), 308–18.
16. Henderson JL, Weiner CP. Cordocentesis. 2009. *The Global Library of Women's Medicine.*

17. Jansen FAR, Blumenfeld YJ, Fisher A, Cobben JM, Odibo AO, Borrell A, Haak MC. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2015, 45, 27–35.
18. Kagan KO, Staboulidou I, Syngelaki A, Cruz J, Nicolaides KH. The 11-13-week scan: diagnosis and outcome of holoprosencephaly, exomphalos and megacystis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010, 36, 10–4.
19. Kagan KO, Wright D, Valencia C, Maiz N and Nicolaides KH. Screening for trisomies 21, 18 and 13 by maternal age, fetal nuchal translucency, fetal heart rate, free b-hCG and pregnancy-associated plasma protein-A. *Human Reproduction.* 2008, 23 (9), 1968–1975.
20. Koumbaris G, Kypri E, Tsangaras K, Achilleos A, Mina P, Neofytou M, Velissariou V, Christopoulou G, Kallikas I, González-Liñán A, Benusiene E, Latos-Bielenska A, Pietryga M, Santana A, Nagy N, Széll M, Laudanski P, Papageorgiou EA, Ioannides M, Patsalis PC. Cell-Free DNA Analysis of Targeted Genomic Regions in Maternal Plasma for Non-Invasive Prenatal Testing of Trisomy 21, Trisomy 18, Trisomy 13, and Fetal Sex. *Clin Chem.* 2016. 62 (6), 848–55.
21. Lejeune J, Gauthier M, Turpin R. Les chromosomes humains en culture de tissus. *CR Hebd Seances Acad Sci.* 1959. 248, 602–603.
22. Nicolaides K.H. Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. *Prenat Diagn.* 2011, 31 (1), 7–15.
23. Pietryga M., Brązert J. [Red.]. *Podstawy praktycznej ultrasonografii w ginekologii i położnictwie.* Wyd. Exemplum, Poznań, 2009, 716–718.
24. Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR), dane niepublikowane
25. Respondek-Liberska M. *Diagnostyka prenatalna USG/ECHO. Wady wymagające interwencji chirurgicznej.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2016.
26. Seeds JW. Diagnostic mid trimester amniocentesis: how safe? *Am J Obstet Gynecol.* 2004, 191 (2), 607–15.
27. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Berry SM, Stone J, Norton ME, Johnson D, Berghella V. Fetal blood sampling. *Am J Obstet Gynecol* 2013, 209 (3), 170–80.

28. Stagni F, Giacomini A, Guidi S, Ciani E and Bartesaghi R. Timing of therapies for Down syndrome: the sooner, the better. *Front. Behav. Neurosci.* 2015, 9, 265.
29. Syweński E, Suchanska D, Dobrowolska D, Góralewicz-Lenartowicz R, Baran L, Berghausen-Mazur M. Płód jako pacjent – rys historyczny. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2008, 1 (4), 314–318.
30. Tobias E.S., Connor M., Ferguson-Smith M. *Genetyka Medyczna. Red. nauk. wydania polskiego: Anna Latos-Bieleńska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL* 2013.
31. Tonni G, Grisolla G., Granese A., Giacobbe A., Napolitano M., Passos JP, Araujo Junior E. Prenatal diagnosis of gastric and small bowel atresia: w case series and review of the literature. *J. Matern Fetal Neonatal Med.* 2015, 23, 1–9.
32. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78; z 1995 r., Nr 66, poz. 334, z 1996 r., Nr 139, poz. 646, z 1997 r. Nr 141, poz. 943, Nr 157, poz. 1040 i z 1999 r. Nr 5, poz. 32).
33. Wilkinson D, Thiele P, Watkins A, De Crespigny L. Fatally flawed? A review and ethical analysis of lethal congenital malformations. *BJOG.* 2012, 119, 1302–1308.
34. Wright D, Syngelaki A, Bradbury I, Akolekar R, Nicolaides KH. First-trimester screening for trisomies 21, 18 and 13 by ultrasound and biochemical testing. *Fetal Diagn Ther.* 2014, 35 (2), 118–26.
35. Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka. Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka w zakresie przesiewowego badania genetycznego wykonanego na wolnym płodowym DNA. *Ginekol Pol.* 2015, 86, 966–969.

Internet

36. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Genetics/The-Use-of-Chromosomal-Microarray-Analysis-in-Prenatal-Diagnosis>
37. http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf

38. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gt8amniocentesis0111.pdf>
39. http://www.usgptg.pl/media/dopobrania/rekomendacje2015/Rekomendacje_ciaza_prawidlowa.pdf

BOGUMIŁ ŁOZIŃSKI

Bioetyka początków ludzkiego życia w polskiej debacie publicznej

Wstęp

Debata o początkach ludzkiego życia odbywała się z dużym natężeniem w pierwszej połowie lat 90. XX w., gdy powstała ustawa o ochronie płodu ludzkiego oraz gdy lewica ją znowelizowała w 1996 r., wprowadzając aborcję z przyczyn społecznych, a Trybunał Konstytucyjny tę nowelizację uchylił jako niezgodną z ustawą zasadniczą. W ostatnich latach debata na ten temat wróciła w 2007 r. w związku z zapowiedzią przez rząd Donalda Tuska finansowania metody *in vitro* z budżetu państwa i próbami prawnego uregulowania tej kwestii. Drugim przyczynkiem do dyskusji na temat początków ludzkiego życia były projekty zakazujące aborcji, które pojawiły się w sejmie w latach 2010–2015 oraz nieudana próba wzmocnienia konstytucyjnej ochrony życia w 2007 r., ale w tym referacie nie będę się do nich szerzej odnosił, skupię się na debacie o *in vitro*.

Zagadnienie bioetyki początków ludzkiego życia można rozważać na wielu płaszczyznach, m.in. biologicznej, etycznej, medycznej czy prawnej. Ten referat będzie skupiał się

na debacie publicznej dotyczącej metody *in vitro*, a w niej na wybranych aspektach politycznych, społecznych, medialnych i religijnych. Ponieważ elementy te są ze sobą ściśle powiązane, będę je rozpatrywał jako całość, skupiając się na przebiegu debaty, a także jej kulisach, często nieznanych szerzej opinii publicznej.

Deklaracja minister zdrowia

Problem zapłodnienia *in vitro* pojawił się w przestrzeni publicznej w dość przypadkowych okolicznościach. Pierwszy rząd Donalda Tuska powstał jesienią 2007 r. (16 listopada), ministrem zdrowia była w nim Ewa Kopacz. Pytana przez znaną z lewicowych poglądów redaktor z „Dziennika” – czy rząd Platformy Obywatelskiej ma zamiar finansować metodę *in vitro* z budżetu państwa, odpowiedziała, że oczywiście tak. Jej wypowiedź opublikowała ta gazeta 26 listopada 2007 r. Minister zdrowia nie konsultowała tej deklaracji z premierem i zapewne nie spodziewała się, że rozpocznie ona wielką debatę publiczną, która trwa do dziś. Premier Tusk nie odżegnał się od słów minister Kopacz i podtrzymał jej obietnice.

Jako jeden z pierwszych zareagował Kościół katolicki, którego przedstawiciele z jednej strony wskazywali, że metoda ta powinna być zakazana, z drugiej, że jeśli już ma być finansowana, to powinna powstać ustawa, która określałaby ramy prawne dla sztucznego zapłodnienia. „Zapłodnienie metodą *in vitro*, jest nie do przyjęcia i sprzeczne z nauką Kościoła” – zareagował dwa dni po oświadczeniu minister Kopacz metropolita warszawski abp Kazimierz Nycz (serwis KAI z 28 listopada).

Pojawiły się liczne wypowiedzi przedstawicieli Kościoła, które można sprowadzić do przypominania kościelnego nauczania, że metoda ta jest nie do zaakceptowania, bo

oznacza niszczenie wielu ludzkich zarodków, a także jest niemoralna, ponieważ do zapłodnienia dochodzi poza aktem seksualnym, w sztuczny sposób. Podawany był też argument finansowy – dlaczego wydawać państwowe środki na tak kontrowersyjny cel, skoro w tym samym czasie brakuje pieniędzy na ratowanie ludzkiego życia, np. leczenie osób chorych na raka.

Bioetyk ks. prof. Marian Machinek w wypowiedzi dla KAI z 6 grudnia 2007 r. tłumaczył: „Etyczne zastrzeżenia wobec technik pozaustrojowego zapłodnienia koncentrują się na dwóch aspektach. Pierwszym z nich jest naruszenie godności aktu małżeńskiego, który jest jedynym godnym »miejscem« powstania nowego życia. Zapłodnienie *in vitro* zastępuje akt małżeński, który prowadzi do przekazania życia. Dziecko – nawet jeżeli jest upragnione – nie będzie już bezpośrednim owocem wzajemnego oddania, ale staje się produktem laboratoryjnym. Prokreacja pojęta jako współdziałanie ze Stwórcą w intymnej przestrzeni małżeńskiej miłości przeradza się w reprodukcję – działanie techniczne, poddane prawidłom efektywności. Towarzyszące zapłodnieniu *in vitro* procedury selekcyjne (np. diagnostyka preimplantacyjna) mają na celu wyłonienie embrionów zdrowych bądź dobranych według określonych cech, a odrzucenie zdefektowanych, co – jako swoista „kontrola jakości” – jeszcze bardziej uwydatnia techniczny charakter tego zabiegu. Elementem godzącym w godność aktu małżeńskiego jest także pozyskiwanie męskiego nasienia na drodze masturbacji”.

Jako drugi powód wskazał zagrożenie dla życia embrionów przez selekcję, a nawet aborcję selektywną: „Embrion ludzki nie może być uważany za »grudkę komórek«, ale jest istotą ludzką, w pierwszej fazie swojego rozwoju rozwijającą się mocą własnej dynamiki. W rozwoju embrionalnym człowieka nie sposób ustalić jakościowej granicy, która oddzielałaby jakąś formę życia jedynie biologicznego od życia w pełni osobowego pojedynczego człowieka. Dlatego

należy uznać embrion od pierwszych chwil jego rozwoju za osobę ludzką, wprawdzie całkowicie zależną od warunków zewnętrznych, ale niepozbawioną przez to praw, jakie przysługują każdemu innemu człowiekowi”.

Z kolei ze strony zwolenników *in vitro* pojawiły się głosy poparcia. Tu argumentacja skupiała się na nieszczęściu osób niemogących mieć potomstwa (czynnik emocjonalny), powoływaniu się na prawo do posiadania dzieci i szczęścia oraz prawo do decydowania o swojej płodności.

Oto kilka wypowiedzi z „Dziennika” z 27 listopada 2007 r.

– „W niektórych sytuacjach *in vitro* jest rekomendowane jako metoda ostatniej szansy dla par dotkniętych niepłodnością. Osoby, które przez lata nie mogą się doczekać potomstwa, są psychicznie zszargane” – tłumaczył prof. Marian Szamatowicz z Akademii Medycznej w Białymstoku.

– „Wiele bezpłodnych par niesamowicie pragnie dziecka. Czeka na nie w sposób szczególny. Kochają potem swoje dzieci w cudowny, wręcz zwierzęcy sposób. Dajmy im szansę na tę miłość” – przekonywała minister Ewa Kopacz.

– „Niepłodność to wielka tragedia dla wielu par. By doczekać się upragnionego dziecka, często wydają całe oszczędności, a nawet się zapożyczają” – podkreślała Agnieszka Damska ze Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”.

W kontrze do wypowiedzi Kościoła pojawiają się głosy laickich etyków, kwestionujących człowieczeństwo ludzkich embrionów. Za reprezentatywny dla takiego stanowisko można uznać tekst prof. Jacka Hołówki, opublikowany w „Dzienniku” z 27 grudnia 2007 r.: „(...) katolickie rozumienie człowieka trzeba uznać za konstrukcję sztuczną i sprzeczną ze zdrowym rozsądkiem. Ta koncepcja zakłada, że przez konwencjonalne ustalenie można zdecydować, od której chwili ludzkie gamety stają się człowiekiem. Tymczasem statusu człowieka nie nabywamy w jakimś konkretnym

momencie, człowiekiem stajemy się stopniowo. Dwie komórki po połączeniu nie są jeszcze nawet organizmem, bo nie mają żadnych organów. Dopiero po jakimś czasie, gdy zarodek przemienia się w płód, pojawiają się wyspecjalizowane tkanki i wykształca się system nerwowy zdolny do rejestrowania bodźców dochodzących z różnych części organizmu. Płód przypomina wtedy organizm zwierzęcy i ma jakieś zaczątkowe właściwości psychiczne i sensoryczne, charakterystyczne najpierw dla niższych, a później dla wyższych zwierząt. Wtedy z pewnością zasługuje na jakąś formę opieki, bo nie wolno narażać go na zbędne i nieuzasadnione cierpienie. Ale jest tak dlatego, że odczuwa, a nie dlatego, że jest człowiekiem. Póki nie odczuwa bodźców, nie jest zdolny do odczuwania cierpienia, więc nie mamy żadnego obowiązku chronienia go przed nim. Różnorodnych cech emocjonalnych i społecznych dziecko nabiera dopiero po urodzeniu, gdy zaczyna rozumieć samo siebie, tworzyć plany i oczekiwania. Kiedy staje się człowiekiem? Cały czas po trochu. Kiedy nie wolno go krzywdzić? Gdy czuje, co mu się robi. Kiedy trzeba zacząć do niego mówić? Gdy zaczyna słyszeć. I tak dalej. Ale nie wolno mówić, że ponieważ kiedyś dziecko będzie mogło cierpieć, to już teraz zarodek też cierpi” – przekonywał filozof i etyk.

Tusk za, Kościół przeciw

Wobec sporu, jaki wywołała deklaracja minister Kopicz, premier Tusk zapowiedział pracę nad ustawą regulującą kwestie *in vitro*. Na potrzebę uchwalenia takiej ustawy wskazywały wszystkie strony sporu.

Ważkim argumentem w sprawie uregulowania kwestii *in vitro* były publikacje dziennikarzy, wskazujące nadużycia w tej dziedzinie. Na przykład w „Dzienniku” ukazał się artykuł relacjonujący dziennikarskie śledztwo, z którego

wynikało, że nikt w Polsce nie kontroluje klinik dokonujących sztucznego zapłodnienia, których było wówczas ok. 50, nie wiadomo, ile zabiegów rocznie jest w nich przeprowadzanych, do tego okazało się, że w Polsce można kupić ludzki zarodek, a niewykorzystane są po prostu na różne sposoby niszczone, łącznie z wyrzucaniem jako odpady medyczne.

Pojawiła się też inicjatywa, aby oczekując na polskie regulacje, ratyfikować Konwencję Bioetyczną z 1997 r. Zapisy dokumentu w pewnym stopniu bronią ludzki embrion przed bezkarnym niszczeniem. Konwencja określa m.in., że embrion ma godność przynależną każdej istocie ludzkiej. Zakazuje produkowania embrionów do celów eksperymentalnych. Nie pozwala też na wykorzystywanie tej metody dla selekcji płci, z wyjątkiem hemofilii czy manipulacji genetycznych. Jednak do dziś konwencja ta nie została przez Polskę ratyfikowana.

Uwzględniając różne argumenty, 8 kwietnia 2008 r. premier Donald Tusk powołał Zespół ds. Bioetyki na czele z Jarosławem Gowinem, który miał przygotować propozycję odpowiednich regulacji. Zespół działał prawie rok, sporządził raport na temat problemów bioetycznych, które należy uregulować, szczególnie w kontekście Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Jednak projektu ustawy nie przedstawił. Zrobił to w grudniu 2008 r. sam Gowin, który we współpracy z wybitnymi prawnikami taki projekt opracował. Była to propozycja w sposób całościowy regulujące różne kwestie bioetyczne, nie tylko sztuczne zapłodnienie, ale też kwestie eksperymentów medycznych czy testamentu życia. Projekt dopuszczał *in vitro*, ale pozwalał na wytworzenie tylko tylu zarodków, ile ma być wszczepionych do organizmu kobiety, a więc zabraniał niszczenia czy mrożenia ludzkich embrionów. Gowin liczył, że takie kompromisowe rozwiązanie znajdzie poparcie większości, a przede wszystkim Kościoła. Swoje rachuby oparł na poparciu, jakie otrzymał

od przewodniczącego Zespołu Ekspertów ds. Bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski abp. Henryka Hosera.

Los projektu Gowina praktycznie został przesądzony 22 grudnia 2008 r. W wywiadzie opublikowanym w tym dniu w KAI dziennikarz zapytał abp. Hosera o opinię na temat projektu posła Gowina. Ks. arcybiskup obszernie tłumaczył, dlaczego Kościół nie zgadza się na *in vitro*, po czym jednoznacznie stwierdził: „Dobrze, że przygotowany projekt ustawy stara się te negatywne elementy ograniczyć czy wręcz wyeliminować. Obowiązkiem sumienia polityków uważających się za chrześcijan jest poprzeć te zapisy”. Zdanie to zostało odczytane jako otwarte poparcie Kościoła dla projektu Gowina. Jednak w kilka godzin po opublikowaniu wywiadu z abp. Hoserem specjalne oświadczenie wydał Zespół Ekspertów ds. Bioetycznych KEP w porozumieniu z Prezydium Konferencji Episkopatu Polski. Zajmował w nim stanowisko, że najpierw należy dążyć do całkowitego zakazu *in vitro*, a dopiero gdy się to nie uda, można popierać projekty ograniczające szkodliwe skutki tej metody. „Gdy podejmuje się inicjatywę pierwszego unormowania, wszyscy posłowie zatroskani o ochronę praw człowieka powinni podjąć działania zmierzające do całkowitego zakazu tej metody. Gdyby jednak takie rozwiązanie prawne zostało odrzucone, ich etycznym obowiązkiem jest aktywność w całym procesie legislacyjnym, tak aby maksymalnie ograniczyć szkodliwe aspekty regulacji” – czytamy w oświadczeniu.

W tej sytuacji premier słusznie uznał, że projekt Gowina nie ma poparcia Kościoła, a do tego mocno krytykują tę propozycję środowiska lewicowe, więc zdecydował, że nie będzie tego projektu zgłaszał jako rządowy i uznał, że tą problematyką dalej zajmie się sejm.

Decyzja o odmowie poparcia dla projektu Gowina przez nasz Episkopat była brzemienna w skutki. Odrzucono projekt, który z punktu widzenia ochrony życia spełniał warunki stawiane przez Kościół. Wśród samych biskupów trwała

dyskusja, czy nie należało poprzeć tego projektu. Spór dotyczył interpretacji zalecenia Jana Pawła II zawartego w punkcie 73. *Encykliki „Evangelium vitae”*. Papież pisząc o prawnym zakazie aborcji, stwierdził, że jeśli nie byłoby możliwe odrzucenie lub całkowite zniesienie ustawy o przerywaniu ciąży, parlamentarzysta, którego osobisty absolutny sprzeciw wobec przerywania ciąży byłby jasny i znany wszystkim, mógłby poprzeć propozycje, których celem jest ograniczenie szkodliwości takiej ustawy. Spór sprowadzał się do tego, czy regulując kwestię *in vitro* pierwszy raz, należy najpierw dążyć do całkowitego zakazu, czy można zacząć od rozwiązania tylko ograniczającego negatywne skutki *in vitro*. Nieoficjalnie wiem, że nasz Episkopat zadał to pytanie Stolicy Apostolskiej, ale ta odpowiedziała, że biskupi w Polsce muszą zdecydować sami. Zwyciężyła opcja ściśle trzymająca się litery prawa. O tym, że nasi biskupi mogli podjąć inną decyzję, nie łamiąc nauczania Kościoła, świadczy zmiana ich stanowiska. W 2013 r., gdy realne stało się uchwalenie bardzo liberalnego prawa, przewodniczący Episkopatu abp Józef Michalik w wywiadzie dla „Rzeczpospolitej” z 28 maja stwierdził m.in.: „W sprawie *in vitro* też trzeba szukać jakiegoś porozumienia w obecnej sytuacji politycznej. Ten stan obecny jest nieuczciwy. Dzisiaj mamy przecież najgorszy stan prawny, bo nie mamy żadnego. Wszystko w tej dziedzinie wolno. Mamy bezprawie, które jest zalegalizowane. I wydaje mi się, że musimy zrobić wszystko, żeby to uchwalone prawo dało pewne ramy – ograniczało pewne eksperymenty, nie potęgowało tego, co będzie problemem nie do rozwiązania – np. pomnażanie zarodków. O tej próżni prawnej mówił Jarosław Gowin. W efekcie stracił stanowisko ministra sprawiedliwości. Trzeba przyznać słusność Jarosławowi Gowinowi w tej sprawie i szkoda, że nie zdołał wprowadzić regulacji prawnych w tej dziedzinie eksperymentów i przeróżnych poczynań związanych z bioetyką w Polsce”.

Po czym pytany, jak zareaguje Kościół, gdyby weszła w życie ustawa, która dopuści procedurę *in vitro*, ale będzie prawnie chroniła zarodki, abp Michalik mówi: „Kościół przyjmie to do wiadomości z nadzieją. Nie wiem, czy będzie entuzjastą rozwiązań niedoskonałych, ale wyrazi nadzieję, że to etap na drodze do prawa doskonalszego etycznie. Na pewno będzie miał obowiązek mówienia o tym, że teraz mamy dążyć do pogłębienia wiedzy i wrażliwości sumienia, by udoskonalić to prawo. Jestem przekonany, że po jakimś czasie będzie szansa na krok do kolejnego doskonalenia prawa, a potem na następny”.

Jest to zasadnicza zmiana w stosunku do stanowiska z 2008 r. Twarde optowanie za całkowitym zakazem ma swoje konsekwencje, na które trzeba zwrócić uwagę. Od 2009 r., kiedy teoretycznie istniała szansa na uchwalenie ustawy chroniącej ludzkie zarodki, w ramach metody *in vitro* zostało zabitych, jak się szacuje, setki tysięcy ludzkich istnień w stadium embrionalnym.

Sześć projektów

W 2009 r. do sejmu trafiło pięć projektów dotyczących *in vitro*, a w 2010 r. jeszcze jeden. Jako pierwszy pod sejmową debatę został poddany projekt obywatelski komitetu Contra *in vitro*, pod którym podpisało się 160 tys. osób, a który wprowadzał całkowity zakaz sztucznego zapłodnienia. We wrześniu posłowie tę propozycję odrzucili w pierwszym czytaniu.

W lipcu do sejmu wpłynął projekt organizacji lewicowych, firmowany przez posła SLD Marka Balickiego, który był opisem istniejącego stanu faktycznego – zezwalał na *in vitro* bez żadnych ograniczeń. Projekt ten nie został poddany pod głosowanie posłów, lecz od razu skierowany do pierwszego czytania w komisji nadzwyczajnej.

W czerwcu do sejmu trafił projekt posła Bolesława Piechy z PiS, który bazował na propozycji Gowina, tyle że wprowadzał zakaz *in vitro*, przewidywał jednak możliwość adopcji już istniejących embrionów. Projekt ten spotkał się jednak z krytyką ze strony etyków katolickich, którzy podkreślali, że adopcja też nie powinna być dozwolona.

W efekcie w lutym 2010 r. nową wersję projektu Gowina, z zakazem *in vitro* i adopcji embrionów, zgłosiła posłanka PiS Jadwiga Wargocka.

Jeszcze w sierpniu poprzedniego roku swoje projekty złożyli w sejmie Gowin oraz posłanka PO Małgorzata Kidawa-Błońska – jej propozycja dopuszczała *in vitro* i zezwalała na wytwarzania dowolnej liczby zarodków i ich mrożenie, a także niszczenie niezdolnych do rozwoju.

Głosowanie nad dalszym losem tych projektów odbyło się w październiku 2010 r., w efekcie projekt Wargockiej został odrzucony, a Piechy, Gowina i Kidawy-Błońskiej skierowane do komisji nadzwyczajnej, gdzie już znajdował się projekt Balickiego. Po siedmiu miesiącach komisja nadzwyczajna zaproponowała, aby przedłożyć do drugiego czytania projekt Balickiego z niewielkimi fragmentami z projektu Kidawy-Błońskiej, a więc regulację skrajnie liberalną. Połączone komisje zdrowia oraz polityki społecznej i rodziny zaakceptowały tę propozycję. Koniec kadencji sejmu przerwał te prace, w nowym sejmie wszystko musi być procedowane od nowa.

Debata zdominowana przez lewicę

W zdominowanym przez środowiska lewicowo-liberalnie przekazie medialnym promowani byli zwolennicy metody sztucznego zapłodnienia. Głównymi komentatorami tego problemu w „Gazecie Wyborczej” są lekarze i naukowcy, którzy przeprowadzają *in vitro*.

Prof. Włodzimierz Zagórski, biochemik z Instytutu Biochemii i Biofizyki Polskiej Akademii Nauk, w artykule pod tytułem *Odczepcie się od in vitro* w „Gazecie Wyborczej” z 24 lipca 2012 r. stawia tezę, że próby prawnego unormowania sztucznego zapłodnienia to nic innego niż dążenie do „upaństwowienia sprawy powoływania ludzi do życia”, a odwoływanie się do ustaw i pomocy państwa stanowi zagrożenie dla wolności decyzji.

Skrajnie liberalne stanowisko w tej sprawie zajął dr Tomasz Żuradzki z Instytutu Filozofii UJ, który postuluje niewprowadzanie żadnych norm, ale wręcz zagwarantowanie prawa do badań nad ludzkimi embrionami bez ograniczeń. „Najwyższa pora, by uspołnić polskie prawodawstwo i zezwolić na wprowadzenie badań naukowych na ludzkich embrionach pozostałych po procedurze *in vitro*” – postulował w „Gazecie Wyborczej” z 11 lipca 2012 r., który to postulat ukazał się pod znamienym tytułem *Nikt z nas nie był embrionem*.

W czasie dyskusji o górnej granicy wieku kobiet dopuszczonych do sztucznego zapłodnienia dr Grzegorz Południowski mówi w „Gazecie Wyborczej” z 18 sierpnia 2015 r.: „Nie jest rolą medycyny zajmować się etycznym aspektem posiadania dzieci w późnym wieku. Jeśli uzyskanie ciąży z *in vitro* jest możliwe z medycznego punktu widzenia – można *in vitro* zastosować”.

Aktywni są politycy lewicowi, np. wicemarszałek sejmu Wanda Nowicka organizuje w parlamencie konferencję poświęconą *in vitro*.

W mediach brylują przedstawicielki Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”. W 2010 r. w telewizji publicznej uczestniczyłem w dyskusji nt. *in vitro*, w której przeciwko sobie miałem prof. Szamatowicza, małżeństwo posiadające dzieci z *in vitro* i prowadzącego.

Pojawiają się argumenty emocjonalne, pokazywane są dzieci urodzone dzięki tej metodzie i szczęśliwe rodziny, a przeciwko nim buduje się obraz zimnych, bezdusznym biskupów, którzy odmawiają im prawa do życia, mimo że Kościół – dążąc do zakazu *in vitro*, zawsze podkreślał, że dzieci poczęte tą metodą w żaden sposób nie są gorsze od innych i należą się im szacunek.

W czasie nowej kadencji sejmiku 2011–2015 debata o *in vitro* zaostrzyła się. Osoby przeciwnie *in vitro* są stygmatyzowane, oczekuje się, że zostaną postawione poza nawias życia publicznego.

Wypowiedź ks. Franciszka Longchamps'a de Bériera o bruździe dotykowej u dzieci poczętych metodą *in vitro* (tygodnik „Uważam Rze” z 11 lutego 2013 r.) wywołała ostre reakcje lewicy. Ks. Franciszek powiedział: „Są tacy lekarze, którzy po pierwszym spojrzeniu na twarz dziecka wiedzą, że zostało poczęte z *in vitro*. Bo ma dotykową bruźdę, która jest charakterystyczna dla pewnego zespołu wad genetycznych”. Kapłan chciał zwrócić uwagę na problem zwiększonego ryzyka chorób u dzieci poczętych z *in vitro*, ale zrobił to w sposób, który dotknął te osoby i ich rodziców. Jak czytamy w „Newsweeku” z 7 marca 2013 r., Stowarzyszenie na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian” porównało poglądy księdza z segregacją rasową w USA, przymusową sterylizacją w Szwecji, nazistowską ideologią eksterminacyjną i stwierdziło, że to droga do „getta ławkowego dla dzieci z *in vitro*”. Poseł Ruchu Palikota wystosował petycję do ministerstwa szkolnictwa wyższego Barbary Kudryckiej i Rady Etyki PAN, by pozbawić ks. de Bériera funkcji wykładowcy uniwersyteckiego. Skarga Kongresu Kobiet trafiła do Rzecznika Praw Dziecka.

Właśnie negatywny stosunek do *in vitro* był jednym z argumentów środowisk lewicowych, oprócz deklarowanego katolicyzmu, za zdymisjonowaniem wiceministra sprawiedliwości Michała Królikowskiego.

Z drugiej strony aktywne są środowiska *pro life*. Wspomniane stowarzyszenie Contra in vitro zebrało podpisy pod obywatelskim projektem zakazującym tej metody. Sześć tygodników katolickich wydało w 2009 r. specjalną wkładkę na temat sztucznego zapłodnienia w łącznym nakładzie ponad pół miliona egzemplarzy. Organizowane są konferencje naukowe, np. *Zapłodnienie in vitro – szansa czy zagrożenie* w 2010 r. w Bydgoszczy. Aktywny jest także Kościół katolicki, którego Komisja ds. Bioetycznych publikuje specjalne stanowiska poświęcone *in vitro*, przede wszystkim obszerny dokument *O wyzwaniach bioetycznych, przed którymi stoją katolicy*, który został przyjęty na zebraniu plenarnym KEP 6 marca 2013 r. Podaje też listę naukowych publikacji, które pokazują negatywne skutki zdrowotne metody *in vitro* (serwis KAI z 25 czerwca 2013 r.).

W debacie o początkach ludzkiego życia bardzo ważny jest werdykt Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, który w październiku 2011 r. uznał, że zasada godności człowieka powinna być stosowana wobec ludzkiego embrionu od momentu zapłodnienia, czyli poczęcia, i dlatego nie wolno go niszczyć. W orzeczeniu Trybunału po raz pierwszy w prawodawstwie unijnym pojawiła definicja pojęcia „ludzki embrion”. Trybunał stwierdził, że „za „embrion ludzki” należy uważać każdą ludzką komórkę jajową, od momentu jej zapłodnienia, ponieważ to zapłodnienie może rozpocząć proces rozwoju jednostki ludzkiej”. Co więcej, jako „embriony ludzkie” zakwalifikował też niezapłodnione ludzkie komórki jajowe, w które wszczepiono jądro komórkowe pochodzące z dojrzałej komórki ludzkiej oraz niezapłodnione ludzkie komórki jajowe, które zostały pobudzone do podziału i dalszego rozwoju w drodze partenogenezy. Trybunał uznał, że nawet jeśli organizmy te nie zostały zapłodnione w ścisłym znaczeniu tego słowa, to mogą one, na skutek techniki użytej do ich pozyskania, zapoczątkować proces rozwoju jednostki ludzkiej tak jak

embrion powstały w wyniku zapłodnienia komórki jajowej. Choć orzeczenie to miało olbrzymie znaczenie dla debaty o ochronie ludzkich zarodków, zostało przez lewicowe media przemilczane i nie zaistniało w szerszej świadomości społecznej.

Niestety, w debacie publicznej o *in vitro* większe oddziaływanie miały środowiska zwolenników tej metody. Badania CBOS pokazują, że ok. 80 proc. Polaków (2014) jest za *in vitro*, co więcej liczba ta wzrasta – na początku debaty w 2008 r. było to 60 proc. Głos naukowców dowodzących, że moment poczęcia jest początkiem ludzkiego istnienia, nie przebił się do opinii publicznej, zdominowanej przez środowiska lewicowe.

Symboliczną przegraną obrońców życia było wprowadzenie przez rząd Donalda Tuska refundacji metody *in vitro* z budżetu państwa od 1 lipca 2013 r. Refundacja została wprowadzona zarządzeniem, a nie ustawą, stąd nie można było jej zaskarżyć do Trybunału Konstytucyjnego. Rząd Beaty Szydło zapowiedział, że od lipca 2016 r. zaprzestanie refundacji tego programu na rzecz stworzenia narodowego programu prokreacyjnego opartego na naprotechnologii.

Uchwalenie ustawy

Sejm w kadencji 2011–2015 przez lata nie zajmował się kwestią prawnego uregulowania *in vitro*. Zrobił to pod koniec kadencji. Po objęciu funkcji premiera Ewa Kopacz doprowadziła do uchwalenia ustawy regulującej kwestie sztucznego zapłodnienia. W kwietniu poddał pod głosowanie trzy projekty dotyczące *in vitro*. Czekał na rozpatrzenie od kilku lat: lewicy – zezwalający na *in vitro*, PiS – zakazujący *in vitro* oraz rządowy, któremu dał nazwę *O leczeniu niepłodności*. Projekt lewicy i rządowy przeszły pierwsze czytanie i zostały skierowane do dalszych prac, po czym 25

czerwca przyjęte. Był jeszcze jeden projekt lewicy – o świadomym rodzicielstwie, który nie tylko regulował *in vitro*, ale wprowadzał także aborcję na życzenie, jednak został odrzucony w kwietniu.

Ustawa rządowa rozstrzyga kwestie bioetyczne w skrajnie lewicowy sposób. Nie polepsza istniejącego stanu, w którym wszystko było dopuszczalne, ale uznaje za zgodne z prawem skrajne rozwiązania, jak niszczenie ludzkich zarodków, eugenikę czy *in vitro* dla osób homoseksualnych.

Mówiąc o debacie publicznej, nie można pominąć wystąpień posłów. Sejmowy spór toczył się przede wszystkim na poziomie światopoglądowym. Z jednej strony katolicy powoływali się na nauczanie Kościoła, w odpowiedzi lewica oskarżała ich o religijny fundamentalizm. Dla strony konserwatywnej reprezentatywny może być fragment wystąpienia poseł Marzeny Wróbel (debata z 9 kwietnia 2015 r.), która tak argumentowała konieczność ochrony życia zarodka: „Jan Paweł II w *Evangelium vitae* stwierdził, że życie rozpoczyna się, kiedy komórka jajowa ulega zapłodnieniu, że to życie, cytując: nie należy już ani do ojca, ani do matki, ale do nowej istoty ludzkiej, która rozwija się samoistnie. Od poczęcia należy mu się poszanowanie, należy mu się godność. Ten nowy człowiek nie należy również do państwa, tak jak to wynika z projektu rządowego”.

Z kolei dla lewicy reprezentatywny może być fragment wypowiedzi posła SLD Bartosza Arłukowicza (10 września 2009 r.) w czasie debaty o projekcie zakazującym *in vitro*: „(...) mimo że dyskutujemy o nowelizacji Kodeksu karnego, to tak naprawdę dyskutujemy o kierunku, w którym pójdzie nasze państwo, o zderzeniu się dwóch światów: świata cywilizacji, nauki, postępu i świata fundamentalizmu, doktrynerstwa, zaciekłych fanatyzmów. Słuchając argumentów wnioskodawców, mam wrażenie, że cofam się w czasie. Zastanawiam się, czy stoimy dzisiaj w centrum nowoczesnej, cywilizacyjnie rozwiniętej Europy, czy być może jesteśmy

w czasach XVII-wiecznej inkwizycji, kiedy ścigano Galileusza za herezję”.

Były też próby prowadzenia dyskusji na poziomie prawnym. Krytykując projekt rządowy, poseł Gowin stwierdził (25 czerwca 2015 r.): „Projekt rządowy definiuje ludzki zarodek po prostu jako grupę komórek, czyli jako tkankę. Z tkanką można zrobić wszystko, nie przysługuje jej żadna szczególna godność, żadna szczególna ochrona. Takie zdefiniowanie ludzkiego zarodka jest w jaskrawy sposób sprzeczne z polską konstytucją i orzeczeniami Trybunału Konstytucyjnego, który jednoznacznie rozstrzyga, że życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia, niezależnie od tego, czy do tego poczęcia dochodzi drogą naturalną, czy drogą sztuczną. Jeżeli stać na gruncie polskiej konstytucji, to zarodek ludzki powinien być po prostu zdefiniowany jako istota ludzka”.

Reagując na takie argumenty, poseł Janusz Palikot z Twojego Ruchu w czasie tej samej debaty stwierdził m.in.: „Pan poseł Gowin znów opowiada bzdury i wciska kit, że zarodek jest człowiekiem. Panie Gowin, zarodek nie jest człowiekiem, nie jest osobą, niech pan to zrozumie. Nie ma na to żadnych dowodów poza jakimiś przekonaniem ideologicznymi, religijnymi i nie pochodzącymi z rozumu”.

Trzeba zwrócić uwagę, że w tej kadencji sejmu nie został zgłoszony projekt kompromisowy, typu propozycji Gowina, który teoretycznie mógł zostać przyjęty, gdyby poparło go PSL oraz część PO. Jarosław Gowin postanowił zgłaszać poprawki do projektu rządowego w czasie prac w komisji, ale wszystkie zostały odrzucone. Toczyły się nieoficjalne rozmowy, aby kompromisową ustawę zgłosiło PSL. Gotowy projekt (zbliżony do propozycji Gowina) został przedstawiony prezesowi PSL Januszowi Piechocińskiemu, a także ówczesnemu ministrowi pracy Władysławowi Kosiniakowi-Kamyszowi, było z ich strony zainteresowanie i wstępna akceptacja, jednak w obliczu zbliżających się wyborów

PSL zdecydowało się poprzeć projekt rządowy. Prezydent Bronisław Komorowski ustawę podpisał i obecnie ona obowiązuje.

W trakcie uchwalania rządowego projektu bardzo aktywny był Kościół katolicki. Na kilka dni przed kwietniową debatą, 31 marca 2015 r., Prezydium Episkopatu opublikowało specjalny apel szczegółowo analizujący projekt rządowy. Został on poddany merytorycznej krytyce, która wskazywała na jego liczne słabości, wręcz skandaliczne rozwiązania. Oto niektóre opinie z apelu Prezydium KEP:

- „Projekt umożliwia stosowanie procedury *in vitro* bez podjęcia realnej próby leczenia prawdziwej przyczyny niepłodności”.
- „Projekt lekceważy dobro dziecka, jakim jest zapewnienie, by urodziło się ono w stabilnej i pełnej rodzinie, tak jak to się dzieje przy procedurach adopcyjnych. Pozwala również na urodzenie dziecka przez kobiety pozostające w związkach z osobami tej samej płci”.
- „Projekt zakłada eugeniczną selekcję zarodków”.
- „Projekt umożliwia klonowanie człowieka”.
- „Projekt zakłada jako normalny element procedury – mrożenie embrionów i ich przechowywanie. Kriokonserwacja jest nie do pogodzenia z szacunkiem należnym embrionom ludzkim. Zakłada ich produkcję, wystawia na poważne niebezpieczeństwo śmierci albo naruszenie integralności fizycznej; znaczący ich procent nie przeżywa procesu zamrożenia i rozmrożenia, pozbawia je, przynajmniej czasowo, możliwości przyjęcia i kształtowania w łonie matki”.
- „Projekt umożliwia poczynanie dzieci po śmierci dawcy komórek rozrodczych, w tym nie zakazuje możliwości wykorzystania w przypadku śmierci kobiety macierzyństwa surogacyjnego”.
- „Projekt pozostawia embrion ludzki poza jakimikolwiek relacjami osobowymi”.

Ustawa została uchwalona głosami PO, PSL i partii lewicowych. Warto zwrócić uwagę, że jej zapisy były krytykowane nie tylko przez środowiska konserwatywne. Na przykład Stowarzyszenie „Nasz Bocian” zwracało uwagę, że zapis o anonimowości dawcy godzi w prawo dziecka do poznania swoich rodziców. Rzecznik Praw Obywatelskich Adam Bodnar zaskarżył do Trybunału Konstytucyjnego przepis uniemożliwiający samotnym kobietom skorzystanie z ich wcześniej wytworzonych zarodków, które są zamrożone. Z kolei „Gazeta Wyborcza” krytykowała ustawę za brak górnej granicy wiekowej dla kobiet, które chcą skorzystać z *in vitro*. Prezydent Bronisław Komorowski zaskarżył do Trybunału Konstytucyjnego przepis zezwalający na możliwość pobrania komórek rozrodczych od dawcy, który jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, na przykład po jego śmierci.

Odpowiedzialność etyczna polityków

Jedną z płaszczyzn debaty wokół *in vitro* jest kwestia odpowiedzialności moralnej polityków za uchwalane ustawy. Sprawa ta odżywała przy okazji kolejnych głosowań nad projektami regulującymi sztuczne zapłodnienie. O ile posłowie prawicy – Prawa i Sprawiedliwości, Solidarnej Polski oraz Polski Razem, zawsze głosowali zgodnie z nauczaniem Kościoła, o tyle problem był z posłami Platformy Obywatelskiej. Otóż pewna grupa parlamentarzystów z klubu PO deklarowała się, że jest katolikami, a jednocześnie opowiadała się za rozwiązaniami w sprawie *in vitro*, które są nie do pogodzenia z etyką katolicką. Krytykowani powoływali się na swoje sumienie. Skrajnym przypadkiem była postawa prezydenta Bronisława Komorowskiego, który – mimo apeli Kościoła oraz specjalnego listu przewodniczącego Episkopatu abp. Stanisława Gądeckiego – ustawę podpisał,

jednocześnie w tym samym czasie ostentacyjnie, w świetle kamer, przyjmował Komunię świętą.

W czasie debat nad *in vitro* nasz Episkopat wielokrotnie przypominał o konsekwencjach opowiadania się przeciwko nauczaniu Kościoła: „Jednakże w procesie legislacyjnym nie można pomijać granic dla uczestnictwa w przyjęciu niemoralnego prawa, które stawia jasna i uzasadniona ocena etyczna, oparta na uniwersalnych wartościach, które w jednakowym stopniu dotyczą wszystkich ludzi, tak wierzących, jak i niewierzących. Ich pominięcie rodzi odpowiedzialność moralną za skutki wejścia w życie takiej regulacji i może oznaczać wykluczenie się ze wspólnoty Kościoła” – napisali biskupi we wspomnianym apelu z 31 marca 2015 r.

Po podpisaniu przez prezydenta Komorowskiego ustawy Prezydium KEP wydało 22 lipca 2015 r. komunikat w którym wyraziło „najgłębsze rozczarowanie i głęboki ból z powodu tej decyzji”, po czym przypomniało m.in.: „Odpowiedzialność moralna za to, co się stało, spada na prawodawców, którzy poparli i zatwierdzili prawo dopuszczające stosowanie metody *in vitro*, i na zarządzających instytucjami służby zdrowia, w których stosuje się te techniki”. Prezydent bronił się, doszło do wymiany listów między nim a przewodniczącym KEP. Abp Gądecki w liście z dnia 27 lipca 2015 r. postawił sprawę zdecydowanie: „(...) w kwestii ustawy dotyczącej *in vitro* katolicy sprzeniewierzyliby się Ewangelii i nauczaniu o godności człowieka, gdyby zgodzili się na tego rodzaju kompromis. Tam, gdzie chodzi o życie człowieka, nie ma miejsca na żaden kompromis, ale jest miejsce – jak to ujmuje św. Jan Paweł II – na »ograniczenie szkodliwości takiej ustawy«. I takiego ograniczenia szkodliwości w tym przypadku zabrakło”.

Na koniec trzeba wskazać, że politycy nadal mają problem z *in vitro*. Choć w czasie kampanii wyborczej PiS deklarowało, że zmieni ustawę o *in vitro*, po prawie pięciu

miesiącach od objęcia rządów nie wysunęło w tej sprawie żadnej inicjatywy.

Zakaz lub ograniczenie aborcji

Jednocześnie ze sporami wokół *in vitro* trwały próby całkowitego zakazu aborcji albo wykluczenia wyjątku eugenicznego. W latach 2011–2016 do sejmu trafiły cztery obywatelskie projekty ustaw w sprawie aborcji. Głosowane był też trzy projekt poselskie. Nie będę tu analizował szczegółowo debaty na ich temat, przypomnę jedynie najważniejsze fakty.

Inicjatorami projektów obywatelskich byli świeccy ze środowisk obrońców życia, m.in. zaangażowani w akcje promujące rodzinę i życie, np. wystawy antyaborcyjne *Wybierz życie*, Marsze dla Życia i Rodziny czy obchody Narodowego Dnia Życia. Pod pierwszym podpisało się ponad 600 tys. osób. Pełnomocnikiem komitetu był Mariusz Dzierżawski, drugim głównym inicjatorem Jacek Sapa. Projekt przewidywał całkowity zakaz aborcji. W sejmie był rozpatrywany 1 lipca 2011 r. i przeszedł pierwsze czytanie, jednak w trzecim – 31 sierpnia, został odrzucony jedynie pięcioma głosami. Warto podkreślić, że w pierwszym czytaniu aż 69 polityków Platformy poparło nowelizację, w drugim jedynie 15 i to mimo wprowadzenia dyscypliny partyjnej nakazującej głosowanie za odrzuceniem. Bezpośrednio przed drugim głosowaniem w sprawie projektu obywatelskiego posłowie odrzucili w pierwszym czytaniu przytłaczającą większością, bo 369 głosami, skrajnie liberalny projekt SLD, który m.in. przewidywał aborcję do 12. tygodnia od poczęcia. Gdy po tej porażce środowiska proaborcyjne podjęły próbę zebrania podpisów pod projektem obywatelskim, poniosły porażkę, gdyż nie udało im się zgromadzić wymaganej liczby podpisów. Także projekt Ruchu Palikota, wprowadzający

podobne rozwiązania jak SLD, został odrzucony w następnej kadencji sejmiku w 2015 r. aż 379 głosami.

W 2012 r. klub Solidarnej Polski zgłosił poselski projekt, który likwidował jeden z wyjątków dopuszczający aborcję – gdy istnieje podejrzenie, że nienarodzone dziecko jest chore. Warto podkreślić, że jest to przesłanka do wykonywania w Polsce zdecydowanej większości aborcji, np. w 2011 r. z 669 aż 620. Los regulacji był podobny jak w przypadku projektu obywatelskiego. Pierwsze czytanie odbyło się 10 października i poparła go większość posłów, całe PiS i SP, większość PSL oraz 40 z PO. Jednak w drugim czytaniu 24 października nowelizacja została odrzucona 245 głosami. O przegranej zdecydowała zmiana stanowiska posłów PO, z 40 za projektem w pierwszym czytaniu, w drugim za było jedynie 14.

W 2013 r. Komitet Inicjatywy Ustawodawczej „Stop aborcji” złożył w sejmie ponownie projekt zakazujący aborcji z przyczyn eugenicznych, podpisało się pod nim prawie 450 tys. osób, został on odrzucony w pierwszym czytaniu 27 września.

W 2015 r. podjęto kolejną próbę zakazu zabijania nienarodzonych dzieci, zebrano 400 tys. podpisów pod projektem obywatelskim całkowicie zakazującym aborcji. Został on odrzucony 11 września w pierwszym czytaniu.

Już za rządów PiS, w 2016 r. zostały złożone w sejmie dwa projekty obywatelskie – jeden, firmowany przez Instytut Ordo Iuris, wprowadzał całkowity zakaz aborcji i karalność kobiet za dokonanie zabiegu, drugi, organizacji lewicowych, zezwalał na nieograniczoną aborcję do 12. tygodnia życia poczętego dziecka. Drugi projekt został odrzucony w pierwszym czytaniu, Ordo Iuris w trzecim, 6 października. Jego odrzucenie poprzedziły protesty kobiet, tzw. czarne marsze, którym uległo Prawo i Sprawiedliwość. Postawa PiS spotkała się z ostrą krytyką obrońców życia.

Wydarzeniem, które niejako spina problem *in vitro* i aborcji, jest sprawa dyrektora Szpitala im. Świętej Rodziny, prof. Bogdana Chazana. W 2014 r. odmówił on aborcji kobiecie, której nienarodzone dziecko było chore, nie wskazał też szpitala, w którym mogłaby przeprowadzić taki zabieg. Okazało się, że dziecko, mające ciężkie wady genetyczne, zostało poczęte metodą *in vitro*, co potwierdza opinie o zwiększonym ryzyku powikłań, jakie wiążą się z tą metodą. Prof. Chazan stracił pracę, prokuratura oskarżyła go o złamanie prawa. Sprawą zakresu klauzuli sumienia zajął się Trybunał Konstytucyjny. Wkrótce okazało się, że profesor jest niewinny, prokuratura umorzyła postępowanie. Jednak najważniejsze jest w tej sprawie orzeczenie Trybunału z 7 października 2015 r., że lekarz może odmówić wykonania zabiegu, powołując się na klauzulę sumienia, i nie musi wskazywać innego lekarza lub placówki, gdzie dany zabieg można wykonać.

Oceniając działania obrońców życia dążących do zmian w prawie, trudno nie zauważyć ich nieskuteczności. Być może dominacja lewicowych posłów w kolejnych parlamentach sprawiała, że ich działania nie miały szans powodzenia. Z drugiej strony aktywność członków inicjatyw obywatelskich na forum sejmu była niewielka, a mówiąc wprost – nie podejmowali oni próby zbudowania większości. Trochę wygląda to tak, jakby dla inicjatorów akcji wartością był już sam fakt debaty na ten temat, bo uwrażliwia ona na wartość ludzkiego życia, a zmiana prawa ma mniejsze znaczenie. Mówiąc kolokwialnie – chodzi o „gonienie”, a nie „złapanie króliczka”.

Podsumowanie

Debata na temat początków ludzkiego życia toczy się w Polsce intensywnie od 2007 r. w związku zapowiedzią rządu Platformy Obywatelskiej finansowania *in vitro* z budżetu

państwa. Odbywa się przede wszystkim na płaszczyźnie religijnej, filozoficznej i prawnej, a także emocjonalnej.

Środowiska opowiadające się za zakazem aborcji przytaczają nauczanie Kościoła w tej kwestii, przede wszystkim argument, że w procedurze sztucznego zapłodnienia zabijane są ludzkie zarodki. Drugim argumentem jest poczynanie dziecka poza aktem małżeńskim, w sposób sztuczny. Zwolennicy *in vitro* kwestionują fakt, że połączenie komórki jajowej i plemnika jest początkiem ludzkiego życia. W reakcji na argumenty religijne oskarżają drugą stronę o fundamentalizm, doktrynerstwo i fanatyzm. W dialogu na takiej płaszczyźnie porozumienie jest niemożliwe, bo dla ludzi niewierzących powoływanie się na nauczanie Kościoła jest nie do przyjęcia.

Przeciwnicy *in vitro* przytaczają też argumenty prawne, powołując się na zapisy konstytucji. Problem polega na tym, że w polskiej praktyce wymiaru sprawiedliwości ludzki zarodek nie jest traktowany jak istota ludzka, której przysługują takie same prawa jak człowiekowi po urodzeniu.

Uwagę zwraca kompletny brak w debacie publicznej głosu naukowców, a jeśli się przebija, to zwolenników *in vitro*, którzy uważają, że ludzki zarodek nie jest początkiem istnienia człowieka. Ustalenia naukowe, które wskazują, że zarodek jest istotą ludzką, nie są znane szerszej opinii publicznej i jeśli się pojawiają, to na zamkniętych sympozjach i konferencjach, które nie mają społecznego rezonansu.

Aktywny w dyskusji o *in vitro* jest Kościół katolicki, który przytacza nie tylko argumenty religijne, ale także biologiczne, jednak jego głos dociera głównie do ludzi wierzących. Twarda postawa polskiego Episkopatu uniemożliwiła uchwalenie ustawy kompromisowej, która całkowicie chroniłaby ludzkie zarodki. Gdy biskupi zmienili zdanie, było już za późno i zdominowany przez PO i lewicę sejm przyjął skrajnie liberalną ustawę.

Obecnie większość parlamentarną ma PiS oraz Zjednoczona Prawica, której posłowie głosowali dotychczas za zakazem *in vitro*, albo przynajmniej projektem, który chronił zarodki. Jednak po blisko roku od wygranych wyborów ze strony tego ugrupowania nie pojawiła się żadna propozycja dotycząca *in vitro*, a ustawę zakazującą aborcji nawet odrzucili.

MAŁGORZATA CHUDZIŃSKA
ANNA GRZANKA-TYKWIŃSKA

Status i ochrona dziecka poczętego w świetle polskich regulacji prawnych

Wstęp

Problem statusu dziecka nienarodzonego pozostaje bezustannie kwestią sporną, nie tylko na gruncie społecznym czy medycznym, lecz również w aspekcie prawnym. Już w kodyfikacjach świata starożytnego znaleźć możemy przepisy regulujące problematykę tego rodzaju. Oczywiście status prawny *nasciturusa*, tj. mającego się narodzić, uzależniony był wówczas od stopnia często dość skromnej wiedzy na temat życia prenatalnego, wspieranej ponadto wierzeniami religijnymi czy poglądami filozoficznymi, zakres ochrony dziecka poczętego nie był zatem zbyt szeroki ani bezpośrednio go nie dotyczył¹. Zaznaczyć należy, że również w okresie wczesnego chrześcijaństwa nie do końca uczłowieczano zarodki, uzależniając ich ludzki byt od momentu otrzymania przez nie duszy². Dopiero w 1869 r. papież Pius IX, w konstytucji *Apostolicae Sedis*, obciążył aborcję,

¹ O. Nawrot, *Nienarodzony na ławie oskarżonych*, Toruń 2007, s. 60.

² Tamże, s. 59–60.

niezależnie od stadium ciąży, karą automatycznej ekskomunikacji, stawiając ją na równi z zabójstwem, a tym samym traktując dziecko poczęte na równi z już urodzonym³. Obecnie, zwłaszcza w obliczu nowych technologii medycznych, kwestia ochrony prawnej dziecka poczętego odnosi się do coraz to wcześniejszych jego etapów rozwoju, zwłaszcza do tzw. stadium „pre-embrionu”, tj. okresu pomiędzy zapłodnieniem a zakończeniem procesu implantacji⁴. W polskim prawie problem ten podnoszony jest głównie w kontekście zabiegów zapłodnienia *in vitro*, a dokładniej przechowywania i postępowania wobec nieimplantowanych embrionów, a także w kwestii dopuszczalności przerywania ciąży. Mimo iż w świetle prawa konstytucyjnego, cywilnego i karnego *nasciturus* może liczyć na pewien zakres „opieki” prawnej, to jednak brak spójności pojęciowej określającej jego człowieczeństwo oraz wybiórcze i pośrednie potraktowanie ochrony jego praw ciągle nie pozwala na ostateczne ustalenie zakresu podmiotowości prawnej dziecka poczętego.

***Nasciturus* w świetle prawa konstytucyjnego**

Konstytucja RP w art. 38, stanowiącym, iż „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”, nie określa w sposób dokładny, od jakiego momentu podmiot tego prawa nazwać możemy człowiekiem. Projekt ustawy, proponujący dodanie do obecnego brzmienia art. 38 wyrażenia „od momentu poczęcia”, został bowiem przez ustawodawcę odrzucony⁵. W kwestii zatem tego, czy

³ Tamże, s. 162–163.

⁴ O. Nawrot, *Status prawny pre-embrionu*, „Państwo i Prawo”, 2009, nr 3, s. 5–19.

⁵ M. Banyk, *Status prawny dziecka poczętego na tle jego prawa do ochrony życia i zdrowia, wynagradzania szkód doznanych przed urodzeniem oraz ochrony dóbr osobistych matki*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM”, 2014, nr 4, s. 17–18.

i w jakim zakresie życie i zdrowie płodu podlegają ochronie na tle regulacji konstytucyjnych, należy odnieść się do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r. Czytamy w nim, iż „demokratyczne państwo prawa jako naczelną wartość stawia człowieka i dobra dla niego najcenniejsze. Dobrem takim jest życie, które w demokratycznym państwie prawa musi pozostawać pod ochroną konstytucyjną w każdym stadium jego rozwoju. Wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego, jakim jest życie ludzkie, w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej, nie może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej ludzkiego życia. Od momentu powstania życie ludzkie staje się więc wartością chronioną konstytucyjnie. Dotyczy to także fazy prenatalnej”⁶. Nie chodzi tu o ochronę jedynie funkcji biologicznych, lecz również o „gwarancje prawidłowego rozwoju, a także uzyskania i zachowania normalnej kondycji psychofizycznej, właściwej dla danego wieku rozwojowego (etapu życia)”. Jak uzasadnia Trybunał, „konstytucyjne gwarancje ochrony ludzkiego życia muszą więc w sposób konieczny obejmować także ochronę zdrowia”⁷. Ponadto, „ponieważ życie ludzkie stanowi wartość konstytucyjną także w fazie prenatalnej, wszelka próba podmiotowego ograniczenia ochrony prawnej zdrowia w tej fazie musiałaby wykazać się niearbitralnym kryterium uzasadniającym takie zróżnicowanie. Dotychczasowy stan nauk empirycznych nie daje podstaw do wprowadzenia takiego kryterium”⁸. Odwołując się do pojęcia rodziny i jej prokreacyjnej funkcji, Trybunał zwraca uwagę, iż dziecko poczęte powinno korzystać

⁶ Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r. Sygn. akt K. 26/96, OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19.

⁷ Tamże.

⁸ Tamże.

z ochrony, którą konstytucja przyznaje właśnie rodzinie. „W takim samym stopniu jak ochronie podlega relacja ojcostwa czy macierzyństwa w stosunku do dzieci już narodzonych, relacja ta musi być chroniona również w stosunku do dzieci w prenatalnej fazie ich życia”⁹. Stanowisko takie znajduje również potwierdzenie w art. 24 ust. 2 Konwencji o Prawach Dziecka, który deklaruje pomoc Państwa – Strony w zapewnieniu matkom m.in. właściwej opieki prenatalnej, co zdaniem Trybunału można interpretować również jako „prawo do korzystania z możliwie najlepszego stanu zdrowia”¹⁰, w nawiązaniu do preambuły Konwencji, deklarującej szczególną opiekę i troskę, a także właściwą ochronę prawną, zarówno przed, jak i po urodzeniu.

Przedstawione przez Trybunał stanowisko, że życie człowieka stanowi wartość konstytucyjną na każdym etapie jego rozwoju, nie oznacza oczywiście, że każda jego faza podlega takiej samej ochronie, jednak powinna być ona zawsze dostateczna z punktu widzenia chronionego dobra¹¹.

Nasciturus w świetle prawa cywilnego

Poprzedzając analizę przepisów chroniących interes prawny *nasciturosa* w przedmiocie jego praw majątkowych i niemajątkowych, wspomnieć należy o zdolności i podmiotowości prawnej dziecka poczętego. Jedną z przyczyn dyskusji w tej kwestii było skreślenie z *Kodeksu cywilnego* przez ustawodawcę § 2 w art. 8 o treści: „Zdolność prawną ma również dziecko poczęte; jednakże prawa i zobowiązania majątkowe uzyskuje ono pod warunkiem, że urodzi się żywe”. Wnioskodawcy skarżący tę zmianę do Trybunału

⁹ Tamże.

¹⁰ Tamże.

¹¹ Tamże.

Konstytucyjnego zarzucili, iż „pozbawienie dziecka poczętego zdolności prawnej narusza prawa nabyte, co musi skutkować naruszeniem zasad państwa prawnego”¹². Trybunał Konstytucyjny nie przychylił się jednak do tego stanowiska, stwierdzając, że zdolność prawna ma charakter funkcjonalny, odnoszący się jedynie do instytucji prawa cywilnego i nie można utożsamiać jej z podmiotowością prawną, która przynależna jest każdemu człowiekowi. Ponadto, skreślenie § 2 nie pozbawia *nasciturusa* zdolności prawnej w ogóle w zakresie systemu prawa. Nie wpływa to również na objęcie ochroną prawną takich dóbr, jak życie czy zdrowie, a także godność¹³. W związku z powyższym, ponieważ zdolność prawna w zakresie prawa cywilnego może być uzależniona od etapu rozwoju życia ludzkiego, dziecko nienarodzone nabywa ją w momencie, kiedy urodzi się żywe. Zgodnie z jedną, najpowszechniej akceptowaną w doktrynie koncepcją sytuacji cywilnoprawnej *nasciturusa*, jest to nabycie zdolności prawnej pod warunkiem zawieszającym¹⁴. *Nasciturusowi* nie przysługują żadne prawa przed urodzeniem, zostają one jednak zabezpieczone na przyszłość. W momencie żywego urodzenia prawa te aktualizują się, ponieważ fakt żywego urodzenia działa wstecz. Skreślenie z Kodeksu cywilnego przedmiotowego paragrafu prowadzi jednak do wniosku, że prawo do życia i zdrowia *nasciturusa* nie zostało zapewnione mu w sposób bezwzględny¹⁵.

Jednym z przepisów realizujących ochronę praw *nasciturusa*, jest art. 446¹ *Kodeksu cywilnego*, stanowiący możliwość dochodzenia przez dziecko z chwilą urodzenia szkód doznanych przed urodzeniem. To tutaj możemy dopatrywać się, choć nie jest to wyrażone dosłownie, bezwzględnej

¹² Tamże.

¹³ Tamże.

¹⁴ M. Banyk, dz. cyt., s. 22.

¹⁵ Tamże, s. 22.

zdolności prawnej *nasciturusa* w zakresie dochodzenia odszkodowania oraz niedopuszczalności wyrządzania szkód dziecku poczętemu¹⁶. Brzmienie tego przepisu próbowano modyfikować poprzez dodanie do niego twierdzenia, iż dziecko nie może dochodzić roszczeń odszkodowawczych z tytułu szkód wyrządzonych mu w fazie prenatalnej w stosunku do matki. Trybunał Konstytucyjny ocenił jednak ten zapis jako „obniżenie standardu ochrony dóbr dziecka poczętego, w szczególności jego zdrowia, i to w sferze newralgicznej, bo względem działań kobiety ciężarnej, a więc osoby będącej gwarantem ochrony tych dóbr. (...) W sytuacji, gdy matka dziecka poczętego podejmie zawinione działania naruszające dobra dziecka, możliwość dochodzenia po urodzeniu odszkodowania stanowi praktycznie jedyny realny instrument zapewniający cywilnoprawną ochronę dóbr płodu w stosunku do matki”¹⁷. Brak możliwości dochodzenia roszczeń od matki mogło stanowić również istotne ograniczenie praw majątkowych dziecka (np. w kwestii odrzucenia spadku dziecka bądź jego roztrwonienia)¹⁸. Ponadto, niezrozumiałym oraz niezgodnym z zasadami równości był fakt, iż matka – sprawczyni zawinionej szkody, miała być zwolniona od odpowiedzialności cywilnoprawnej, gdy inne osoby (np. ojciec dziecka czy lekarze) za spowodowanie takiej samej szkody miały odpowiedzialność ponosić, tym bardziej że za szkody spowodowane już po urodzeniu matka odpowiada na równi z innymi osobami¹⁹. W związku z powyższym, dziecko w chwili urodzenia może dochodzić rekompensaty za szkodę prenatalną w sytuacji, gdy urodziło się ono z poważnym uszczerbkiem zdrowotnym, będącym efektem

¹⁶ Tamże, s. 28.

¹⁷ Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r. Sygn. akt K. 26/96, OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Tamże.

zazywania przez matkę substancji psychoaktywnych w czasie ciąży, nieprzestrzegania zaleceń lekarzy, np. w przedmiocie leczenia cukrzycy ciąży, lub niepodjęcia odpowiedniego leczenia dziecka w okresie prenatalnym²⁰. Jako zdarzenia uprawniające do dochodzenia odszkodowania wskazać można także stosowanie nieprawidłowej farmakoterapii czy podawanie matce leków teratogennych, w wyniku których powstały u dziecka wady rozwojowe. Ponadto, Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 20 lipca 2006 r. uznał na mocy ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego w związku z 446¹ *Kodeksu cywilnego*, że „uprawnienia określone w tej ustawie przysługują także dziecku poczętemu, którego matka przebywała w okresie ciąży z przyczyn politycznych, narodowościowych, religijnych i rasowych w hitlerowskich więzieniach, obozach koncentracyjnych i ośrodkach zagłady, bądź w innych miejscach odosobnienia, w których warunki pobytu nie różniły się od warunków w obozach koncentracyjnych, a osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeństwa”²¹. Za niedopuszczalne doktryna uznaje jednak nadal roszczenie z tytułu tzw. *wrongful life*, czyli powództwo dziecka, które twierdzi, że rodzice jego pozbawieni zostali przez pozwanego prawa do podjęcia decyzji o aborcji, w związku z czym urodziło się ono obciążone wadami. Skarga, iż ze względu na cierpienia fizyczne i psychiczne lepiej byłoby w ogóle się nie narodzić, konsekwentnie uznawana jest za niedopuszczalną²².

²⁰ J. Budzowska, *Nasciturus w polskim prawie cywilnym*, Wykład wygłoszony 5 maja 2015 r. na seminarium *Nasciturus – prawo, medycyna, moralność* na Wydziale Prawa UJ w Krakowie, [online], [dostępny: <http://bf.com.pl/pomocprawna/sites/default/files/Nasciturus%20w%20polskim%20prawie%20cywilnym-%20Jolanta%20Budzowska.pdf>], [dostęp: sierpień 2016].

²¹ Wyrok NSA z dnia 20 lipca 2006 r., II OSK 986/05, LEX nr 275521.

²² J. Budzowska, dz. cyt.

Kolejnym przepisem, który przyznaje *nasciturusowi* warunkową zdolność prawną, jest art. 927 §2 *Kodeksu cywilnego*, z którego wynika, że zdolność do dziedziczenia przysługuje także dziecku już poczętemu w chwili śmierci spadkodawcy, lecz jeszcze nienarodzonemu, jednak jest to jedynie warunkowa zdolność prawna, ponieważ *nasciturus* nabędzie prawa i obowiązki tylko wówczas, gdy urodzi się żywy²³. Ponieważ, jak już wcześniej wspomniano, warunek ten ma charakter zawieszający, a fakt żywego urodzenia działa wstecz, zakłada się, że *nasciturus* nabył spadek już w chwili śmierci spadkodawcy. Przepis art. 927 § 2 k.c. odnosi się także do dziecka poczętego metodą *in vitro*²⁴. W orzecznictwie zauważono również, że skoro dziecko poczęte może być spadkobiercą, to jest też uprawnione do zachowku, oczywiście pod warunkiem, że urodzi się żywe²⁵.

Jeżeli zaistnieje potrzeba ochrony przyszłych praw dziecka, chociażby zabezpieczenia jego praw do spadku, którego otwarcie miało miejsce w okresie prenatalnym, na podstawie przepisu art. 182 *Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego* można ustanowić kuratora, który do momentu urodzenia się dziecka dokona ewentualnych czynności prawnych. W piśmiennictwie zauważa się, iż przedstawicielami ustawowymi dziecka poczętego są jego rodzice. Potrzeba ustanowienia kuratora zachodzi zatem wtedy, gdy żadne z nich nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych lub z innych powodów nie może reprezentować nienarodzonego dziecka i strzec jego interesów. Nie chodzi tu zatem o brak zaufania do rodziców, gdyż równie dobrze jedno z nich mogłoby zostać kuratorem. Powodem ustanowienia kurateli jest raczej zapewnienie bezpieczeństwa

²³ *Kodeks cywilny*, red. M. Gutowski, t. 2 II, Komentarz, Art. 450-1088, Warszawa 2016.

²⁴ Tamże.

²⁵ Tamże.

obrotu prawnego przez reglamentację czynności w stosunku do praw przyszłych *nasciturusa*²⁶. W literaturze spotkamy ponadto pogląd, że ze względu na brak różnic pomiędzy dzieckiem poczętym w sposób naturalny czy metodą *in vitro* możliwym jest zastosowanie przepisów dotyczących *nasciturusa* do dziecka poczętego w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji²⁷.

Zgodnie z art. 75 k.r.o., możliwe jest także uznanie ojcostwa przed urodzeniem się dziecka już poczętego, czyli oświadczenie ojca niebędącego mężem matki dziecka przed organem państwowym, że jest on ojcem dziecka. Oświadczenie takie jest możliwe również w stosunku do dziecka poczętego metodą *in vitro*, nawet jeszcze przed przeniesieniem do organizmu kobiety komórek rozrodczych pochodzących od anonimowego dawcy²⁸. Zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku uznanie dokonane przed urodzeniem się dziecka skutecznia się dopiero z chwilą jego urodzenia²⁹.

Z kolei przepis art. 142 k.r.o. reguluje roszczenia matki dziecka niepochodzącego z małżeństwa, również jeszcze przed jego urodzeniem. Ojciec *nasciturusa*, jeżeli jego ojcostwo zostało uwiarygodnione, ma obowiązek, zgodnie z żądaniem matki, wyłożyć odpowiednią, ustaloną przez sąd sumę pieniężną na koszty utrzymania matki w okresie porodu przez 3 miesiące oraz dziecka przez pierwsze 3 miesiące po urodzeniu³⁰. Roszczenie to, mimo że przysługuje samej matce, nie zabezpiecza jedynie jej interesów, lecz również sytuację bytową nienarodzonego jeszcze dziecka.

²⁶ K. Gromek, *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, Komentarz, Wyd. 5, Warszawa 2016.

²⁷ Tamże.

²⁸ Tamże.

²⁹ J. Gwiazdomorski, *Pochodzenie dziecka od męża matki*, SC 1977, t. XXVIII, s. 20, przyp. 14.

³⁰ K. Gromek, dz. cyt.

Nasciturus w świetle prawa karnego

Umieszczenie przepisów dotyczących ochrony dziecka poczętego w rozdziale XIX *Kodeksu karnego*, zatytułowanym *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu* (w domyśle „człowieka”), pozwala twierdzić, że dziecko to traktowane jest przez ustawodawcę jako istota ludzka, mimo niewątpliwego chaosu semantycznego w postaci różnego rodzaju sformułowań określających nienarodzonego, w zależności od faz ciąży. W związku z powyższym, zauważyć możemy również, iż intensywność ochrony wartości życia i zdrowia człowieka zależy od tego, czy jest ono: „1) dzieckiem poczętym, 2) dzieckiem poczętym, które osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, 3) dzieckiem już rodzącym się, w sposób naturalny albo w wyniku zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego, czy też 4) istotą ludzką po urodzeniu aż do śmierci”.³¹ W pierwszym okresie ciąży ochrona ta jest zatem najmniejsza, by później stopniowo zwiększać się i zacząć w pełni funkcjonować od rozpoczęcia porodu przez całe życie człowieka³².

Kwestia ochrony życia i zdrowia dziecka poczętego podniesiona jest w *Kodeksie karnym* pośrednio w art. 152 i 153 oraz bezpośrednio w art. 157a. Kodeks rozróżnia przestępstwo przerywania ciąży za zgodą kobiety i bez jej zgody. Kto zatem za zgodą kobiety przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy o planowaniu rodziny, czyli w innym przypadku niż prawo na to zezwala, a także udziela jej pomocy w dokonaniu nielegalnej aborcji lub ją do tego nakłania, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli

³¹ L. Paprzycki, *Granice prawnokarnej ochrony życia i zdrowia człowieka na tle uchwały Sądu Najwyższego z 26 października 2006 r. (I KZP 18/06)*, „Prawo i Medycyna” 2007/3, nr 28, [online], [dostępny: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=237&PHPSESSID=944dbfc7197572263f568f28c27acf3e>], [dostęp: sierpień 2016].

³² Tamże.

zaś dziecko poczęte osiągnęło już zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety, kara ulega podwyższeniu i wynosi od 6 miesięcy do lat 8³³. Jeśli natomiast wobec kobiety ciężarnej zastosowana jest przemoc lub groźbą bezprawną albo podstępem doprowadzona zostaje ona do przerwania ciąży, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Wymiar kary wynosi od roku do 10 lat pozbawienia wolności, jeżeli dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej³⁴. Jak zauważamy, przytoczone przestępstwa dotyczą głównie przerwania ciąży. Ponieważ zgodnie z definicją języka polskiego ciąża to m.in. całokształt zmian zachodzących w organizmie kobiety, stwierdzić można, że w przytoczonych artykułach za bezpośredni przedmiot ochrony uznaje się głównie ciało, zdrowie i życie kobiety, a nie dziecka poczętego³⁵. Przepisy te wyraźnie uzależniają również stopień odpowiedzialności sprawcy od stadium rozwoju ofiary, przewidując wyższy wymiar kary w sytuacji, gdy dziecko osiąga zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety³⁶. Zważywszy na brak precyzji owego określenia, życie ludzkie zostaje tu zróżnicowane w zależności od fazy rozwojowej, czemu stanowczo sprzeciwił się Trybunał Konstytucyjny w przytoczonym wyżej orzeczeniu.

Przepis bezpośrednio odnoszący się do ochrony życia i zdrowia nienarodzonego znajdziemy w art. 157a, który za spowodowanie uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Karze tej nie podlega jednak matka, która dopuszcza się powyższych czynów. Bezprawność tego przestępstwa zostaje

³³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2016 r. poz. 1137 t.j.).

³⁴ Tamże.

³⁵ O. Nawrot, dz. cyt., s. 296.

³⁶ Tamże, s. 297.

również wyłączona w stosunku do lekarza, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego³⁷. Brak karalności matki potwierdza tutaj niejasne ustalenie zakresu podmiotowości prawnej dziecka poczętego, ponieważ z tego rodzaju zwolnieniem z odpowiedzialności karnej nie mamy do czynienia w sytuacji, gdy przedmiotem przestępstwa jest narodzony już człowiek³⁸. Mimo iż przepis odnosi się bezpośrednio do ochrony dziecka poczętego, w kontekście braku odpowiedzialności matki, traktowane jest ono tutaj zatem – podobnie jak w art. 152 i 153 – jako pewien element składowy ciała kobiety, którym może ona rozporządzić wedle własnego uznania. Ten brak konsekwencji w zakresie karalności powyższego przestępstwa, a także brak jakiegokolwiek definicji określającej status nienarodzonego wyklucza więc całkowitą ochronę dziecka poczętego. Stoi to również w sprzeczności z przepisem prawa cywilnego, zgodnie z którym dziecko może dochodzić roszczeń za szkody prenatalne również od matki, o czym wyraźnie postanowił Trybunał Konstytucyjny. Zauważyć jednak należy, że ustawodawca nie wprowadza w analizowanym przepisie (157a k.k.) żadnych rozróżnień czasowych co do etapu rozwoju płodu, można zatem stwierdzić, że taka sama ochrona dziecka nienarodzonego oraz taki sam wymiar kary obowiązuje w całym okresie ciąży³⁹, w odróżnieniu od art. 152§3 i 153§2 k.k. Ponadto, chociaż ustawodawca objął w przepisie ochroną jedynie zdrowie i prawidłowy rozwój dziecka poczętego, to logicznym wydaje się zakładać, że

³⁷ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2016 r. poz. 1137 t.j.).

³⁸ O. Nawrot, dz. cyt., s. 297.

³⁹ Tamże, s. 301–302.

zgodnie z wnioskowaniem *a minori ad maius*, tym bardziej chroni jego życie⁴⁰.

Podsumowując, przerwanie ciąży zarówno za zgodą, jak i bez zgody kobiety oraz spowodowanie uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstrój jego zdrowia (w domyśle również życia) to przestępstwa zagrożone w Polsce głównie karą pozbawienia wolności, z wyjątkiem okoliczności przewidzianych w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Należą do nich sytuacje, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (ciążę można usunąć do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej) oraz kiedy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (usunięcie jest możliwe, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni). Dla porządku zauważyć należy, że również ustawa dokonuje zróżnicowania ochrony życia poczętego ze względu na stadium jego rozwoju.

***Nasciturus* w innych aktach prawnych**

Uzupełniając tematykę ochrony dziecka poczętego, wspomnieć trzeba również o dokumentach odnoszących się bezpośrednio do lekarzy, którzy są niejako gwarantem bezpieczeństwa nie tylko kobiety ciężarnej, lecz także nienarodzonego dziecka. Kodeks Etyki Lekarskiej w przepisie art. 39 stanowi, iż „podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży, lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie

⁴⁰ Tamże, s. 302.

i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem⁴¹. Z kolei w art. 26 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry znajdziemy zapis uzależniający udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych od szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego. Stwierdza on również wyraźnie, że dzieci poczęte nie mogą uczestniczyć w eksperymentach badawczych⁴².

Na zakończenie przytoczyć należy także zapisy uchwalonej niedawno ustawy o leczeniu niepłodności, regulującej zasady ochrony zarodka i komórek rozrodczych. Mimo iż ustawa generalnie zabrania praktyk takich, jak m.in. zbywanie lub nabywanie zarodka w celu uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej, wpływanie na wybór płci, niszczenie zarodka czy tworzenie go w celach innych niż dozwolone medycznie, to pewne określenia i rozwiązania mogą budzić wątpliwości. Zwraca się uwagę na redukcjonistyczną definicję zarodka, określającą go jako grupę komórek, oraz ignorowanie faktu, iż jest to wczesna forma odrębnego organizmu ludzkiego o odrębnej tożsamości genetycznej, która nie zmienia się od stadium rozwojowego. Stanowisko to jest uważane za niezgodne z zasadą państwa prawnego, a tym samym z art. 30 i 38 Konstytucji RP, a także ze wspomnianym już orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego⁴³. Ponadto, określenia takie, jak przetwarzanie, testowanie, przechowywanie czy dystrybucja, w dość przedmiotowy sposób

⁴¹ *Kodeks Etyki Lekarskiej* z dnia 2 stycznia 2004 r. (tekst jednolity, zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy), [online], [dostępny: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf], [dostęp: sierpień 2016].

⁴² Ustawa z dnia 10 marca 2015 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2015 r., poz. 464).

⁴³ Opinia Ordo Iuris w sprawie projektu ustawy o leczeniu niepłodności, [online], [dostępny: <http://www.ordoiuris.pl/opinia-ordo-iuris-w-sprawie-projektu-ustawy-o-leczeniu-niepłodności,3443,analiza-prawna.html>], [dostęp: sierpień 2016].

traktują człowieka w embrionalnej fazie rozwoju. Rozwiązania te wydają się być sprzeczne, m.in. ze wspomnianym już orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego, a także ustaleniami Wielkiej Izby Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, która w sprawie *Oliver Brüstel przeciwko Greenpeace eV* jednoznacznie uznała, iż godność człowieka odnosi się również do każdej zapłodnionej ludzkiej komórki jajowej, a samo jej zapłodnienie rozpoczyna proces rozwoju jednostki ludzkiej⁴⁴.

Podsumowanie

Powyższa analiza dowodzi, iż status dziecka poczętego w prawie polskim nie jest zagadnieniem do końca uregulowanym. Znaleźć możemy również liczne sprzeczności interpretacyjne odnośnie do ochrony życia i zdrowia *nasciturusa*, w zależności od gałęzi prawa, która daną kwestię reguluje. Podczas bowiem gdy *Kodeks karny* uzależnia wyższy wymiar kary za uszkodzenie nienarodzonego dziecka od jego zdolności do samodzielnej egzystencji poza organizmem matki, *Kodeks cywilny* kładzie jedynie nacisk na żywe urodzenie, a bez znaczenia pozostaje fakt, czy dziecko jest zdolne do samodzielnego przeżycia⁴⁵. Problem ten jest również o tyle trudniejszy do uregulowania, że życie i zdrowie dziecka poczętego zawsze nieodzownie łączyć się będzie ze zdrowiem i życiem matki, której również należy zapewnić ochronę tych dóbr. Sam Trybunał Konstytucyjny w analizowanym powyżej orzeczeniu stwierdził, że „przyjęcie, iż życie ludzkie, w tym życie w fazie prenatalnej, stanowi wartość konstytucyjną, nie przesądza jeszcze kwestii, iż w pewnych wyjątkowych sytuacjach ochrona tej wartości może zostać

⁴⁴ Tamże.

⁴⁵ O. Nawrot, dz. cyt., s. 317.

ograniczona lub nawet wyłączona ze względu na konieczność ochrony lub realizacji innych wartości, praw czy wolności konstytucyjnych⁴⁶. Niewątpliwie również brak zgodności co do uznania faktycznego początku życia człowieka powoduje różnicowanie jego ochrony w zależności od fazy prenatalnej. W związku z powyższym, tak długo jak nie pojawi się jednolite dla całego systemu prawa stanowisko w powyższej kwestii, przyznanie *nasciturusowi* podmiotowości prawnej oraz zakres ochrony jego dóbr osobistych i majątkowych zależą będą jedynie od ideologicznych poglądów ustawodawcy.

⁴⁶ Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r. Sygn. akt K. 26/96, OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19.

WŁODZIMIERZ WRÓBEL

Etyczne i prawne aspekty zapłodnienia *in vitro* w prawodawstwie polskim i europejskim

Przez długi czas problematyka zapłodnienia pozaustrojowego nie była obecna w głównym nurcie debaty publicznej w Polsce, chociaż stosowne procedury były prowadzone już od szeregu lat w komercyjnych placówkach medycznych. Pierwsze „dziecko z probówki” urodziło się w Białymstoku w 1987 r., ale rzeczywista dyskusja rozpoczęła się w 2006 r., wraz z propozycjami wzmocnienia ochrony życia ludzkiego w fazie prenatalnej w Konstytucji RP. Wskazywano, że wyraźne uznanie, iż ochrona godności przysługuje człowiekowi także w fazie prenatalnej jego życia, stanowić będzie mocy fundament dla regulacji ustawowych odnoszących się do procedur *in vitro*, w tym eksperymentów badawczych na ludzkim zarodku i komórkach macierzystych. Niestety z uwagi na zablokowanie tych zmian przez Kancelarię ówczesnego prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego do zmiany konstytucji wtedy nie doszło¹.

¹ Por. [online], [dostępny: http://marekjurek.pl/biala_ksiega/biala_ksiega.pdf].

Publiczna debata o statusie metod *in vitro* owocowała powstaniem na przestrzeni ostatnich 10 lat wielu mniej lub bardziej restrykcyjnych projektów ustaw. Ostatecznie Sejm VII kadencji, tuż przed końcem swoich prac legislacyjnych, uchwalił ustawę z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności², która weszła w życie 1 listopada 2015 r. i obecnie określa ramy prawne prowadzenia procedur zapłodnienia pozaustrojowego oraz status prawny ludzkiego zarodka i komórek rozrodczych.

Na wstępie dalszych rozważań należy poczynić pewne zastrzeżenia natury terminologicznej. Użyty w tytule niniejszego opracowania termin „zapłodnienie *in vitro*” może być rozumiany jako określenie samej czynności pozaustrojowego tworzenia zarodka ludzkiego, ale może także obejmować całość procedur *in vitro*, wraz z czynnościami przygotowawczymi oraz działaniami podejmowanymi po implantacji zarodka. Przyjęta definicja w sposób zasadniczy może wpływać na ocenę prawną i etyczną zapłodnienia pozaustrojowego. Szereg kontrowersji łączy się bowiem nie z samym łączeniem komórek rozrodczych, ale warunków, w jakich to łączenie jest przeprowadzane, osób dopuszczonych do procedury *in vitro* czy dalszych losów powstałych w tej procedurze zarodków.

Fundamentalnym punktem odniesienia dla ocen prawnych i etycznych zapłodnienia pozaustrojowego jest status powstałego w ten sposób zarodka. Spory dotyczące tej kwestii wyrażają się także w używanej terminologii. Funkcjonują w tych sporach terminy „człowiek”, istota ludzka, osoba ludzka, dziecko „poczęte”, płód, „embrion”, „zygota”, „zarodek”, „zespół komórek”, „komórki totipotentne” itd. Oczywiście terminologia ta może być neutralna w perspektywie etycznej, ograniczając się w istocie do podkreślenia fazy rozwojowej życia ludzkiego. Niekiedy jednak bywa

² Dz.U. z 2015 r., poz. 1087.

wykorzystywana świadomie dla wyrażenia przekonań etycznych i antropologicznych co do podmiotowości zarodka.

W perspektywie prawnej istotna jest konstatacja, że obecnie życie ludzkie w fazie prenatalnej traktowane jest jako wartość konstytucyjna podlegająca ochronie prawnej. Jest to zasługa Trybunału Konstytucyjnego, który w znanym orzeczeniu z dnia 28 maja 1997 r.³ przyjął, że „demokratyczne państwo prawa jako naczelną wartość stawia człowieka i dobra dla niego najcenniejsze. Dobrem takim jest życie, które w demokratycznym państwie prawa musi pozostawać pod ochroną konstytucyjną w każdym stadium jego rozwoju. Wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego, jakim jest życie ludzkie, w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej, nie może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej życia ludzkiego”⁴.

Konstytucyjny obowiązek państwa ochrony życia ludzkiego od najwcześniejszej fazy jego rozwoju wyraża się w obowiązku ustanowienia odpowiednich regulacji ustawowych, gwarantujących nienaruszalność życia ludzkiego i ograniczających negatywny wpływ czynników zewnętrznych na rozwój tego życia⁵. Dotyczy to także sytuacji, gdy życie ludzkie powstaje w wyniku procedur *in vitro* i rozwija się poza organizmem kobiety. Możliwości oddziaływania na zarodek w każdej fazie jego rozwoju zostają w sposób radykalny ograniczone, bowiem mogą służyć jedynie ochronie życia ludzkiego. Także sama procedura

³ K 26/96, OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19.

⁴ Szersze uzasadnienie konstytucyjnej ochrony życia ludzkiego jako „życia człowieka” od momentu zapłodnienia (naturalnego czy sztucznego) zob. T. Sroka, w: *Konstytucja RP*, Tom I, Komentarz, Art. 1–82, red. M. Safjan, L. Bosek, Nb 92 i n. do art. 42, Warszawa 2016.

⁵ Por. L. Bosek, *Refleksje wokół prawnych uwarunkowań prokreacji*, „Diametros 2009”, z. 20, s. 52.

zapłodnienia pozaustrojowego, z uwagi na łączące się z nią zagrożenia, w szczególności brak specyficznej ochrony dla nowo powstałego istnienia ludzkiego, jaką w naturalnych warunkach jest organizm matki, wymaga reglamentacji prawodawcy⁶. Należy przy tym mieć na uwadze, że ocena konstytucyjna samego zapłodnienia pozaustrojowego nie jest jednoznaczna. Procedura ta prowadzi do powstania życia ludzkiego, co nie może być bezpośrednio utożsamiane z naruszeniem prawnej ochrony życia. Kwestionowanie tej procedury może być natomiast dokonywane w perspektywie warunków, w jakich w sposób konieczny rozwija się życie ludzkie od momentu sztucznego zapłodnienia. Warunki te wystawiają rozwijający się zarodek w zasadzie na niczym nieograniczoną ingerencję osób uczestniczących w procedurze. Możliwość kontrolowania ich działań jest praktycznie znikoma. To prowokuje fundamentalne pytanie o dopuszczalność wprowadzania procedur tworzenia życia ludzkiego w warunkach, w których nie ma szans na jego skuteczną ochronę.

W ustawodawstwach państw europejskich można zauważyć stałą tendencję do wprowadzania coraz bardziej szczegółowych regulacji dotyczących procedur *in vitro*. Wyodrębnia się w związku z tym cztery modele owych

⁶ Z tych powodów procedura *in vitro* była przedmiotem szeregu rekomendacji, zaleceń i uregulowań na obszarze o charakterze unijnym i międzynarodowym (por. Konwencja Biomedyczna z Oviedo z 1996 r. – wraz z czterema protokołami dodatkowymi, Rekomendacja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy nr 934 (1982) w sprawie inżynierii biomedycznej czy Rekomendacja tego samego organu Nr 1046 (1986) dotycząca wykorzystywania ludzkich embrionów i płodów w celach diagnostycznych, terapeutycznych, naukowych, przemysłowych i handlowych oraz Rekomendacja nr 1100 (1989) dotycząca wykorzystywania ludzkich embrionów i płodów w celach naukowych, Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 98/44/WE o ochronie prawnej wynalazków biotechnologicznych, Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2004/23/WE w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich.

regulacji⁷. Model pierwotny, obecnie bardzo rzadki, to brak reglamentacji prawnej dotyczącej procedur *in vitro*. Procedury te traktowane są jako prawnie neutralne, co łączy się z reguły z brakiem szczególnej ochrony prawnej zarodka ludzkiego w fazie przed implantacją do organizmu kobiety. Drugi skrajny model wprowadza zakaz stosowania procedur *in vitro*, traktując te procedury jako niebezpieczny eksperyment medyczny, stwarzający nadmierne ryzyko dla życia zarodka oraz zagrożenia o charakterze ogólnym (tworzenie chimer, kolonowanie itp.). Większość krajów europejskich kształtuje swoje ustawodawstwo zgodnie z modelami umiarkowanymi, które dopuszczają procedury *in vitro*, wprowadzając jednak w tym zakresie szereg ograniczeń. Pierwszy typ, modeli umiarkowanych, jako podstawową wartość kształtującą regulację prawną stawia prawa prokreacyjne jednostki. To decyduje o liberalnym charakterze tego modelu, który nastawiony jest na efektywną realizację tych praw, nie ograniczając liczby tworzonych zarodków, dopuszczając ich dawstwo czy mrożenie oraz eliminacyjną diagnostykę preimplantacyjną. Drugi typ modelu umiarkowanego, poza prawami prokreacyjnymi, na równi stawia ochronę aktualnych i przyszłych praw każdej istoty ludzkiej powstałej w wyniku procedury *in vitro*. W modelu tym wyklucza się tworzenie zarodków zapasowych, selekcję genetyczną, nieograniczone dawstwo zarodków. Reglamentuje się także dostęp do procedur *in vitro* w perspektywie przyszłego dobrostanu dziecka.

Niezależnie od systemu reglamentacji prawnej, procedury *in vitro* stanowią także przedmiot ocen etycznych. W perspektywie społecznej bardzo istotne są w tym zakresie

⁷ Szczegółowe informacje dotyczące sposobów uregulowań procedur *in vitro* w wybranych krajach zob.: Biuro Analiz i Dokumentacji. Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych. Przepisy prawne dotyczące zapłodnienia pozaustrojowego obowiązujące w wybranych krajach. Opracowania tematyczne OT-634. Kancelaria Sejmu Czerwiec 2015.

normy etyczne kształtowane przez środowisko zawodowe lekarzy. Lekarz ma prawny – w istocie – obowiązek przestrzegania norm etycznych ujętych w Kodeksie Etyki Lekarskiej, zaś ich naruszenie może prowadzić do odpowiedzialności zawodowej i pociągać za sobą sankcje prawne, z utratą możliwości wykonywania zawodu łącznie. W tym zakresie, w jakim określone działania podejmowane przez lekarzy nie są bezpośrednio uregulowane przez prawo, środowisko medyczne, przez akceptację określonych norm etycznych, może wprowadzić znacznie dalej idącą reglamentację i standard postępowania niż ten wynikający z norm prawnych. Jest rzeczą zdumiewającą, że pomimo długotrwałego braku jakichkolwiek regulacji prawnych w polskim systemie prawnym dotyczących procedur *in vitro* (stosowna ustawa, jak wspomniano, została uchwalona dopiero w 2015 r.), środowisko lekarskie nie wypracowało żadnych standardów etycznych w zakresie tych procedur. Nie znowelizowano także Kodeksu Etyki Lekarskiej. A było to znacznie prostsze działanie prowadzące do ochrony życia ludzkiego niż domaganie się regulacji ustawowej w tym zakresie (co też było działaniem niezbędnym). Po wejściu w życie ustawy z 2015 r. dotyczącej wspomaganej prokreacji kwestia nie straciła na aktualności, bowiem ustawa ta zawiera luki, które powinny zostać wypełnione stosownymi standardami z zakresu etyki zawodowej.

Jak już wcześniej wspomniano, obecnie aktem prawnym, który w sposób szczegółowy reguluje procedurę *in vitro* w Polsce, jest ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności. Ustawa ta weszła w życie 1 listopada 2015 r. Ma ona stosunkowo restrykcyjny charakter, choć w wielu kwestiach zawiera też rozwiązania, które mogą być kwestionowane w perspektywie konstytucyjnej ochrony życia ludzkiego oraz interesów dziecka.

Ustawa określa procedury *in vitro* jako „leczenie niepłodności”, przesądzając tym samym, że procedury te mają

charakter świadczeń zdrowotnych w zakresie ochrony zdrowia. Kwestia ta jest nadal kontrowersyjna, przyjęty w ustawie standard ma być jednak standardem medycznym. To powoduje, że zapłodnienie *in vitro* ma być procedurą, której podjęcie warunkowane jest wcześniejszym wyczerpaniem innych metod leczenia, „prowadzonych przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy”. Warunek ten nie aktualizuje się w sytuacji, gdy z góry wiadomo, że te inne metody leczenia nie byłyby skuteczne. Ustawa wyklucza więc możliwość prowadzenia procedury *in vitro* „na życzenie”, bez uzasadnionych przesłanek zdrowotnych. Nie akceptuje więc takiego rozumienia „praw prokreacyjnych”, w których chęć posiadania dzieci może być realizowana w dowolny sposób.

Ustawa wprowadza ograniczenie w liczbie tworzonych zarodków w procedurze *in vitro* do 6, wprowadzając wyjątek dla przypadków, w których zwiększa się ryzyko nieskuteczności procedury (kobiety powyżej 35. roku życia, przesłanki medyczne związane ze stanem zdrowia kobiety, dwukrotna nieskuteczność wcześniejszych procedur). Ustawa zakłada więc konieczność mrożenia zarodków, stawiając tym samym wyżej efektywność w realizacji praw prokreacyjnych od dobra rozwijającego się życia ludzkiego. Mrożenie zarodka jest bowiem istotną ingerencją w rozwój życia ludzkiego, chociaż podejmowane jest w warunkach konieczności (bez mrożenia, z uwagi na brak możliwości jednoczesnej implantacji większej liczby zarodków, doszłoby do ich śmierci). Ustawodawca przewiduje także możliwość tworzenia z góry zarodków zapasowych, z przeznaczeniem ich do wykorzystania dopiero w przyszłych procedurach. Z uwagi na to, że owe procedury mogą nigdy nie nastąpić, owe zapasowe zarodki są traktowane w sposób czysto przedmiotowy. I choć nie podlegają niszczeniu, to jednak ich status w perspektywie konstytucyjnego standardu ochrony życia nie może być akceptowany. Czym innym jest bowiem sytuacja, w której mrożenie zarodków jest dokonywane w ramach swoistego stanu konieczności, a czym

innym, gdy procedurę *in vitro* przeprowadza się po to, by zamrozić zarodki, przy braku pewności co do ich szybkiej implantacji do organizmu kobiety w przyszłości.

Procedury *in vitro*, zgodnie z ustawą, mogą być prowadzone wyłącznie w ośrodkach, które w drodze decyzji administracyjnej zyskały status centrum leczenia niepłodności. W istocie więc państwo wprowadziło koncesjonowanie na prowadzenie procedur *in vitro*, uzyskując skuteczny instrument nadzoru i kontroli przestrzegania działań podejmowanych w tych ośrodkach. Powstaje pytanie, na ile przejęcie przez państwo odpowiedzialności za prawidłowość działania owych ośrodków (co zawsze jest konsekwencją uzyskania szerokich uprawnień do kontroli i nadzoru) tworzy po stronie państwa odpowiedzialność za zarodki powstałe w wyniku procedur prowadzonych w tych ośrodkach i tam przechowywanych. Chodzi w szczególności o sytuacje, gdy albo ze względów ekonomicznych, albo organizacyjnych dany ośrodek zaprzestaje dalszego funkcjonowania lub traci taką możliwość na skutek cofnięcia koncesji. Pewien instrument gwarancyjny został określony w art. 46 ust. 1 ustawy, który przewiduje, że pomiędzy dawcami zarodków a bankiem komórek rozrodczych i zarodków zawiera się specjalną umowę, w której określa się podmiot, do którego ewentualnie zostaną przekazane zarodki w przypadku zaprzestania działalności przez bank, który jest stroną umowy. Należy przy tym dodatkowo wskazać, że warunkiem uzyskania pozwolenia na przechowywanie zarodków jest zawarta umowa z innym bankiem komórek rozrodczych i zarodków o przekazanie owych zarodków w przypadku likwidacji działalności. Jest to więc model wzajemnej asekuracji ośrodków wspomaganej prokreacji. Wydaje się wszakże, że w przypadku, gdyby system ten nie zadziałał, to właśnie na ministrze właściwym do spraw zdrowia ciążyć będzie zarówno organizacyjny, jak i finansowy obowiązek zagwarantowania właściwego przechowywania zamrożonych zarodków. Należy przy tym mieć

na uwadze, że ustawa nie wprowadziła administracyjnej możliwości zobowiązania podmiotu prowadzącego bank zarodków do przyjęcia zarodków przechowywanych dotychczas w innym banku, który uległ likwidacji. Minister będzie więc musiał w takim przypadku albo sam stworzyć warunki do takiego przechowywania, albo zawrzeć umowę z innym funkcjonującym już bankiem, ponosząc w tym zakresie odpowiednie koszty. Można w tym dopatrywać się analogii do obowiązków państwa w zagwarantowaniu opieki medycznej w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Obowiązek taki, także po stronie kosztów, obciąża państwo.

Ustawa zdecydowanie preferuje model odwołujący się do praw prokreacyjnych jeżeli chodzi o określenie kręgu osób, które mogą zostać dopuszczone do procedury *in vitro*. W modelu odwołującym się do dobra dziecka procedura powinna być dopuszczalna wyłącznie w przypadkach, gdy powstałe w wyniku procedury *in vitro* dziecko ma szanse wychowywać się w pełnej i trwałej rodzinie. Przesądza to w zasadzie o dopuszczalności korzystania z procedury *in vitro* wyłącznie przez pary małżeńskie. Jedyne wyjątkowo, w stanach konieczności, dobro dziecka może uzasadniać przekazanie zarodka innej parze małżeńskiej lub samotnej kobiecie. Dotyczy to przypadków, gdy nie można implantować zarodka z uwagi na cofnięcie zgody matki genetycznej, jej śmierć lub zaistnienie przeciwwskazań medycznych.

Model przyjęty na gruncie ustawy przyjmuje odmienną hierarchię wartości. Dopuszcza dawstwo komórek rozrodczych⁸, jak też dawstwo samych zarodków. Do procedury

⁸ Wprowadzając przy tym dość iluzoryczne ograniczenie, wykluczające wykorzystanie komórek rozrodczych pochodzących z dawstwa innego niż partnerskie w przypadku, gdy w wyniku wcześniejszego wykorzystania komórek pochodzących od tego samego dawcy narodziło się już 10 dzieci. Należy mieć na uwadze, że chodzi tylko o narodzenie dzieci, wobec tego fakt utworzenia nawet większej liczby zarodków i ich zamrożenia nie wyklucza wykorzystania komórek rozrodczych tego samego dawcy. Ponadto brak jest w ustawie efektywnych instrumentów kontrolnych, zwłaszcza wówczas, gdy dawca przekazał komórki rozrodcze bankom zarodków spoza Unii Europejskiej.

mogą być dopuszczone pary niebędące małżeństwem, a także osoby samotne. Taki model zakłada dopuszczalność surrogacji. Należy przy tym podkreślić, że o ile zakazana jest wszelka komercjalizacja komórek rozrodczych i zarodków, o tyle brak jest regulacji dotyczących odpłatności za usługę surrogacji.

Jeżeli chodzi o krąg osób, które mogą zostać dopuszczone do procedur wspomaganej prokreacji, to warto podkreślić, że ustawa nie wprowadza żadnej granicy wiekowej dla kobiety, w której organizmie ma być implantowany zarodek. Jedynym kryterium pozostaną w tym przypadku „względy medyczne”, które odnosić się będą jednak wyłącznie do szans rozwojowych zarodka w organizmie kobiety. Zaawansowany wiek kobiety może te szanse znacznie umniejszać. Nie stanowi natomiast przeszkody względem na dobro dziecka, w szczególności możliwość zagwarantowania prawidłowego wychowania do momentu uzyskania dojrzałości. Oznacza to także, że z procedur wspomaganej prokreacji mogą korzystać osoby, które z uwagi na stan psychofizyczny nie gwarantują możliwości opieki i wychowania dziecka (np. z uwagi na upośledzenie psychiczne i uzależnienia). W takim wypadku problematyczne może być co najwyżej to, czy wyrażona przez te osoby zgoda na procedury *in vitro* będzie zgodą prawnie relewantną.

Problematyczne jest także, czy „względy medyczne” mogą wykluczać dopuszczenie do procedury wspomaganej prokreacji dawców komórek rozrodczych obciążonych wadami genetycznymi, zwłaszcza dziedzicznymi.

Ustawa wychodzi z założenia, że życie zarodka stanowi wartość, której nie można naruszać, stąd – co do zasady bezwzględny – zakaz niszczenia utworzonych zarodków. Art. 23 ust. 3 ustawy, ustanawiający ten zakaz, zawiera wszakże dwa istotne zastrzeżenia. Niedopuszczalność niszczenia zarodków dotyczy tylko takich, które są zdolne do prawidłowego rozwoju oraz powstałych w procedurze medycznie

wspomaganej prokreacji. Koreluje z nim regulacja, która zobowiązuje do przechowywania zarodków „zdolnych do prawidłowego rozwoju”, a które nie zostały implantowane do organizmu matki, „w warunkach zapewniających im należyłą ochronę do czasu ich przeniesienia do organizmu biorczyni”. Samo pojęcie „zdolności do prawidłowego rozwoju” zostało w ustawie zdefiniowane. Zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy oznacza ono łączne występowanie dwóch warunków: tempo i sekwencja podziału komórek, stopień rozwoju w stosunku do wieku zarodka oraz budowa morfologiczna uprawdopodobnia prawidłowy rozwój oraz brak stwierdzenia u zarodka wad, które skutkowałyby ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą.

Ów drugi warunek w sposób jednoznaczny związany jest już nie z fazą rozwoju zarodka poza organizmem kobiety, ale obejmuje perspektywę życia płodowego oraz po urodzeniu dziecka. W praktyce każde ciężkie i nieodwracalne upośledzenie na tle genetycznym powoduje, że zarodek kwalifikowany jest jako pozbawiony zdolności rozwojowych. Konsekwencją takiego stwierdzenia jest częściowe wyjęcie spod ochrony prawnej zarodka, nawet prawidłowo rozwijającego się poza organizmem kobiety i posiadającego zdolności do zagnieżdżenia. Zarodek taki może zostać zniszczony i nie musi zostać poddany krioprezerwacji. Nie jest rozstrzygnięte, czy zarodek taki może być przedmiotem eksperymentów naukowych (skoro może podlegać zniszczeniu). Wydaje się, w każdym razie, że o losie zarodka, który nie spełnia kryteriów „zdolności prawidłowego rozwoju”, mogą decydować wyłącznie dawcy komórek rozrodczych (dawcy zarodka).

Należy przy tym podkreślić, że szereg zakazów i obostrzeń, które przewiduje ustawa, dotyczy także zarodków nieposiadających zdolności rozwojowej. Zarodki takie objęte są zakazem komercjalizacji czy ich przekazywania bez zgody właściwych organów poza obszar Unii Europejskiej. Nie ma natomiast zakazu przekazywania takich zarodków

do innych krajów Unii Europejskiej, nawet jeżeli celem tego przekazania jest wykorzystanie takich zarodków dla celów eksperymentów naukowych.

W perspektywie możliwości prowadzenia badań naukowych na zarodkach należy jednak wskazać, że polska ustawa jest w tym zakresie dość restrykcyjna. Przede wszystkim wykluczone jest tworzenie zarodków w innych celach niż procedura wspomaganej prokreacji. Wprowadzono także bezwzględny zakaz klonowania zarodków. Diagnostyka preimplantacyjna zarodków jest dopuszczalna wyłącznie ze wskazań medycznych, choć celem jej przeprowadzenia może być stwierdzenie braku zdolności rozwojowych zarodka. Wykluczono także w sposób bezwzględny tworzenie chimery i hybryd oraz wszelkie interwencje mające na celu dokonanie dziedzicznych zmian w genomie ludzkim, które mogą być przekazane następnym pokoleniom.

Pewną słabość wykazuje natomiast przyjęta na gruncie ustawy definicja zarodka. Do niego bowiem odnoszą się wskazane w ustawie zakazy. Tymczasem zarodek określony jest jako „grupa komórek” (art. 2 ust. 1 pkt 28). Oznacza to, że pojedyncza komórka totipotenna nie jest na gruncie ustawy traktowana jak zarodek. Mogą w związku z tym pojawić się wątpliwości, czy pobranie takiej komórki z zarodka, a następnie pobudzenie do rozwoju w celu przeprowadzania badań naukowych objęte jest reglamentacją przewidzianą dla procedur wspomaganej prokreacji. Zgodnie z definicją ustawową, „zarodek” ma powstać w wyniku połączenia się żeńskiej i męskiej komórki rozrodczej. W tym przypadku rozwój linii zarodkowej ma swoje źródło w wydzieleniu pojedynczej komórki totipotennej. W grę ewentualnie może wówczas wejść przepis zabraniający klonowania, zgodnie z którym „niedopuszczalne jest tworzenie zarodka, którego informacja genetyczna w jądrze komórkowym jest identyczna z informacją genetyczną w jądrze komórkowym innego zarodka”. Problem polega wszakże na tym, że taki

„sklonowany” zarodek nie spełnia ustawowej definicji „zarodka” i powstają zasadnicze wątpliwości co do jego statusu prawnego, w tym możliwości prowadzenia na nim eksperymentów naukowych.

W perspektywie wcześniej wskazanych standardów konstytucyjnych dotyczących ochrony życia ludzkiego od chwili jego powstania, przyjęte w ustawie o leczeniu niepłodności rozwiązania mogą budzić szereg zastrzeżeń, zwłaszcza przez przyjęcie prymatu „praw prokreacyjnych” w stosunku do dobra dziecka poczętego w wyniku procedury *in vitro* oraz przedmiotowego traktowania życia ludzkiego przez dopuszczenie tworzenia zarodków zapasowych. Warto natomiast postulować, by luki ustawy zostały jak najszybciej wypełnione przez wypracowanie norm etycznych odnoszących się do zawodów medycznych. Normy takie mogą w sposób bardzo efektywny zwiększyć gwarancje ochrony życia ludzkiego.

NOTY O AUTORACH

Dr n. med. Maciej Barczentewicz

Lekarz specjalista ginekolog położnik. Odbył szkolenie w NaProTechnology: 2008–2009 Pope Paul VI Medical Consultant Education Program. Prezes Zarządu Przychodni Specjalistycznej „Macierzyństwo i Życie” w Lublinie. Prezes Zarządu Fundacji Instytut Leczenia Niepłodności Małżeńskiej im. Świętego Jana Pawła II. Członek Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, International Institute of Restorative Reproductive Medicine. Członek Zespołu ds. Bioetycznych Komisji Episkopatu Polski.

Dr Małgorzata Chudzińska

Absolwentka Wydziału Prawa Uniwersytetu Gdańskiego i doktor nauk o zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Pracuje w Zakładzie Podstaw Prawa Medycznego Collegium Medicum UMK. Zajmuje się zagadnieniami bioetyki w prawie. Autorka rozdziałów monografii w zakresie bioetyki.

Dr hab. med. Marek Czarkowski

Lekarz i bioetyk zatrudniony w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Podyplomowe studia z bioetyki na Uniwersytecie Stefana Kardynała Wyszyńskiego ukończył w 2002 r. Ukończył także studia wyższe z bioetyki w USA, uzyskując tytuł master of science in bioethics w 2010 r.

Specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii oraz endokrynologii. Wykłada etykę medyczną w ramach zajęć stażowych dla lekarzy i lekarzy dentyстів, a także w ramach studiów podyplomowych na kilku polskich wyższych uczelniach. Autor licznych prac naukowych oraz rozdziałów w monografiach dotyczących etyki medycznej oraz badań naukowych z zakresu kardiologii i endokrynologii.

W 2007 r. był inicjatorem powołania i został przewodniczącym Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej. Od 2011 r., reprezentując Polskę, bierze czynny udział w pracach European Network of Research Ethics Committees (EURECNET). W 2013 r. zainicjował powołanie i został wybrany na prze-

wodniczącego Stowarzyszenia Członków i Pracowników Komisji Bioetycznych w Polsce. Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Bioetycznego.

Prof. dr hab. med. Janusz Gadzinowski

Pediatra, neonatolog, specjalista z ginekologii i położnictwa. Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Były prorektor i rektor w dwóch kadencjach (1993–1999) Akademii Medycznej w Poznaniu. Były konsultant krajowy, regionalny i wojewódzki.

Członek redakcji czasopism międzynarodowych i recenzent w międzynarodowych czasopismach medycznych. Autor licznych prac naukowych. Były przewodniczący Programu Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce oraz były członek Rady Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej ds. Ochrony Zdrowia. Członek Rady Społecznej przy Arcybiskupie Poznańskim oraz Papieskiej Rady do Spraw Życia w Watykanie.

Ks. dr Rafał Grabowski

Absolwent Uniwersytetu Nawarry w Hiszpanii, dr nauk humanistycznych w zakresie filozofii, jest wykładowcą na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. Redaktor naczelny rocznika naukowego „Studia Bydgoskie”. Od 2005 r. członek Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Redaktor naukowych monografii z zakresu bioetyki w ramach Bydgoskich Dni Bioetycznych.

Dr n. med. Anna Grzanka-Tykwińska

Pracownik Zakładu Podstaw Prawa Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Absolwentka prawa na UMK oraz pedagogiki na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. W 2016 r. wpisana na listę adwokatów przy Okręgowej Radzie Adwokackiej w Bydgoszczy. Współautorka publikacji z zakresu gerontologii oraz prawa medycznego.

Prof. dr hab. med. Anna Latos-Bieleńska

Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Założycielka Centrum Genetyki Medycznej Genesis (1999 r.). Specjalista genetyki klinicznej i laboratoryjnej genetyki medycznej.

Partner w 5 projektach naukowych Unii Europejskiej oraz w wielu krajowych projektach naukowych. Członek EUROCAT (od 2010 r.), członek EUROCAT Steering Committee (2003–2007). Przewodnicząca Krajowego Zespołu Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych (od 1997 r.). Członek Komitetów PAN: Rozwoju Człowieka; Patologii Komórkowej i Molekularnej; Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej. Członek Za-

ządu Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka. Przewodnicząca Sekcji Genetyki Klinicznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Konsultant wojewódzki w dziedzinie genetyki klinicznej dla obszaru województwa wielkopolskiego. Członek komitetów redakcyjnych czasopism międzynarodowych i krajowych.

Autorka wielu prac naukowych, monografii i rozdziałów podręczników, wykładowca na licznych zjazdach naukowych krajowych i zagranicznych. Laureatka nagród naukowych (Sekretarza Naukowego PAN, I stopnia Wydziału Nauk Medycznych PAN, Nagród Indywidualnych Ministra Zdrowia, Nagrody Prezesa Rady Ministrów). Tematyka naukowa: epidemiologia i etiologia wad wrodzonych, podłoże molekularne wad wrodzonych i niepełnosprawności intelektualnej, genetycznie uwarunkowane choroby rzadkie, genetyczne przyczyny niepowodzeń rozrodu, mikromacierze w diagnostyce genetycznej.

Red. Bogumił Łoziński

Kierownik działu „Polska” tygodnika „Gość Niedzielny”. Dziennikarz i publicysta. Pracował m.in. w „Dzienniku” i Katolickiej Agencji Informacyjnej, w której był szefem działu krajowego. Specjalizuje się w tematyce bioetycznej, społeczno-politycznej, historycznej, prawnej i religijnej.

Przeprowadził dziesiątki wywiadów, m.in. z polskimi hierarchiami, a także z prof. Leszkiem Kołakowskim o *Encyklice „Spe salvi”* (2008). Współautor wywiadu z kard. Josephem Ratzingerem (2004).

Autor publikacji książkowych, m.in. bestselleru *Leksykon zakonów w Polsce*. Autor programu *Dobre Wiadomości* w TVP Plus (2008). Komentator w I i III Programie Polskiego Radia, TV Republika, Radiu Plus, Polsat News i TVP-Info. Prezes Fundacji Na Rzecz Rodziny, która prowadzi placówki oświatowe w Warszawie. Z wykształcenia teolog.

Ks. prof. dr hab. Marian Machinek

Kapłan Zgromadzenia Misjonarzy Świętej Rodziny (MSF), profesor teologii na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, kierownik Katedry Teologii Moralnej i Etyki, redaktor naczelny czasopisma „Studia Nauk Teologicznych” PAN, członek Komitetu Nauk Teologicznych PAN, przewodniczący Stowarzyszenia Teologów Moralistów.

Obszary badawcze: wybrane zagadnienia bioetyczne, moc zobowiązująca etosu biblijnego, zagadnienia sumienia, elementy antropologii teologiczno-moralnej, zagadnienia etyczne małżeństwa i rodziny. Ważniejsze publikacje (w języku niemieckim oraz w języku polskim): *Życie w dyspozycji człowieka*, *Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, *Śmierć w dyspozycji człowieka*, *Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego*, *Spór o status ludzkiego embrionu*.

Prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz

Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog. Profesor zwyczajny Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Kierownik II Katedry i Kliniki Kardiologii i Kliniki Kardiologii Collegium Medicum UMK w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy. Przewodniczący Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Inicjator i organizator konferencji bioetycznych w ramach Bydgoskich Dni Bioetycznych. Autor przeszło 400 artykułów naukowych i popularnonaukowych. Redaktor 4 monografii z dziedziny kardiologii oraz 6 monografii w zakresie bioetyki.

Prof. dr hab. Włodzimierz Wróbel

Profesor w Katedrze Prawa Karnego Uniwersytetu Jagiellońskiego, kierownik Zakładu Bioetyki i Prawa Medycznego, kierownik Studiów Podyplomowych Prawa Karnego Materialnego oraz Studiów Podyplomowych Prawa Medycznego i Bioetyki. Od października 2012 r. pełniący obowiązki kierownika Katedry Prawa Karnego. W latach 2005–2008 kierownik Uniwersyteckiej Poradni Prawnej UJ. Członek komisji nauk prawnych Polskiej Akademii Umiejętności.

Przebywał na stypendiach naukowych na Uniwersytecie Wiedeńskim (Austria) oraz w Instytucie Maxa Plancka, Zagranicznego i Międzynarodowego Prawa Karnego we Fryburgu Bryzgowijskim. Współautor komentarza do *Kodeksu karnego*. Autor lub współautor ponad 100 prac naukowych i popularnonaukowych z zakresu prawa karnego, prawa konstytucyjnego i teorii prawa.

W latach 1989–1994 sekretarz Zespołu Prawa Karnego Materialnego Komisji Kodyfikacyjnej przy Ministrze Sprawiedliwości, w latach 1991–2003 pracował w Trybunale Konstytucyjnym jako asystent sędziego, a następnie dyrektor Zespołu Obsługi Skargi Konstytucyjnej Trybunału Konstytucyjnego. W latach 2004–2006 oraz 2009–2015 członek Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Karnego przy Ministrze Sprawiedliwości, od 2013 r. wiceprzewodniczący tej Komisji. Od 2003 do 2011 r. członek Biura Studiów i Analiz Sądu Najwyższego. Ekspert komisji sejmowych i senackich, członek komisji egzaminacyjnych na aplikację adwokacką i radcowską. We wrześniu 2011 r. został powołany na stanowisko sędziego w Izbie Karnej Sądu Najwyższego.

