

# Bogdan Chazan

---

## Jak sobie radzić z niepłodnością?

---

*Studia Ecologiae et Bioethicae* 7/1, 255-264

---

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

## **Jak sobie radzić z niepłodnością?**

### **Definicja**

Tematem naszej dzisiejszej sesji są słowa: „By nie zostali sami”. Nawiązując do nich chciałbym zastanowić się, co należałoby uczynić, by małżeństwa, które mają problem z poczęciem dziecka, które cierpią z tego powodu, nie pozostawały same ze swoim problemem, by uzyskały odpowiednią pomoc medyczną, diagnostykę, leczenie rozpoznanych przyczyn niepłodności, wsparcie psychiczne. Ta kwestia może być postawiona jako część większego problemu, a mianowicie, jak medycyna może i powinna sobie radzić z różnymi problemami, które łączą się z początkiem życia człowieka, uwzględniając konieczność przestrzegania godności kobiety i mężczyzny, godności i prawa dożycia poczętych dzieci.

Chciałbym też zapewnić o moim szacunku i współczuciu dla wszystkich, których dotyczy ograniczenie płodności. Rozumiem ich żal i poczucie krzywdy.

Na początku chciałbym przytoczyć powszechnie używaną definicję niepłodności.

Za niepłodność uważa się stan, kiedy nie dochodzi do poczęcia dziecka po roku regularnego współżycia, bez stosowania środków i metod ograniczających płodność. Jest to definicja bardzo „ostra” i jednocześnie niewłaściwa, jeżeli weźmie się pod uwagę, że człowiek należy do tych istot biologicznych, u których prokreacja następuje dość trudno. Po roku regularnego współżycia u około 10 procent zdrowych i płodnych par nie dochodzi jeszcze do zapłodnienia. Definicja ta nie sprzyja właściwemu szacowaniu zaburzeń płodności, przy zastosowaniu tej definicji niepłodność jest często rozpoznawana za wcześnie, kiedy nadal jest jeszcze realna szansa na naturalne poczęcie dziecka. Tymczasem zgodnie z definicją po roku współżycia małżonkowie są informowani przez lekarza, że są niepłodni. Generuje to niepokój, stres, czasem panikę i poszukiwanie sposobów szybkiego rozwiązania problemu. W praktyce polega to niestety często na kierowaniu do ośrodków zajmujących się sztucznym rozrodem, nawet bez wykonania badań, na przykład oceny cyklu miesięcznego, diagnostyki owulacji czy badania drożności jajowodów.

### **Przyczyny**

Niewłaściwe jest stwierdzenie, że niepłodność jest chorobą. Niepłodność jest stanem dotyczącym nie jednej ale dwojga osób, mężczyzny i kobiety. Mówi się

o niepłodności małżeńskiej, której przyczyna lub przyczyny leżą po stronie męża, żony lub obojwojga, nierzadko jako następstwo przebytych kiedyś lub obecnie istniejących chorób. Przyczyną niepłodności może być też niesprzyjający zdrowiu styl życia, nałogi, używki, wiek jednego lub obojga partnerów. Warto dodać, że częściej mamy do czynienia z większym lub mniejszym ograniczeniem płodności niż z całkowitym brakiem możliwości zapłodnienia. Warto o tym pamiętać w poradnictwie medycznym, jakie kieruje się do małżeństw mających trudności z poczęciem dziecka. Chodzi o to, by nie odbierać nadziei, wesprzeć, nie zaniedbując przy tym koniecznych działań medycznych.

Każdy ginekolog z praktyki zna przypadki małżeństw u których do zapłodnienia doszło dopiero po kilku latach. Mechanizmy płodności nie działają więc według zasady „wszystko albo nic”. Zaburzenia płodności to stany ograniczonej w większym lub w mniejszym stopniu możliwości poczęcia, rzadziej występuje niepłodność całkowita. Przyczyny są różne: w 30 procentach są to zaburzenia hormonalne u kobiet, 30 procent stanowią zaburzenia drożności jajowodów, za 30 procent przypadków niepłodności małżeńskiej odpowiedzialny jest mężczyzna, a 10 procent zaburzeń płodności to są przypadki o niewyjaśnionej przyczynie. W różnych populacjach odsetek poszczególnych przyczyn niepłodności nie jest jednakowy.

## Postępowanie

Lekarz zajmujący się niepłodną parą powinien najpierw, zgodnie z ogólnie przyjętymi w medycynie zasadami, starać się przeprowadzić postępowanie diagnostyczne, by zaproponować następnie leczenie przyczyny niepłodności. Współcześnie proponuje się od razu takim osobom procedury sztucznego rozrodu bez przeprowadzenia badań mających na celu wyjaśnienie przyczyny niepłodności, by „nie tracić niepotrzebnie czasu i środków”. Nie proponuje się leczenia przyczynowego, bo przyczyna zaburzeń płodności pozostaje nieznana, ale próbuje przy pomocy metody *in vitro* obejść nieprawidłowo funkcjonujące mechanizmy warunkujące zajście w ciążę. Choroba będąca przyczyną zaburzeń płodności pozostaje nie leczona, chociaż czasem jest przyczyną również innych problemów zdrowotnych. Nie jest prawdą, że tylko *in vitro* może skutecznie małżeństwu pomóc natomiast stosowane od lat i unowocześniane metody leczenia przyczyn niepłodności są bezużyteczne. Tymczasem tak informuje się w mediach, w polskich czasopismach medycznych i popularnych wydawnictwach. Może warto wspomnieć, że często autorami takich informacji wprowadzających w błąd społeczeństwo, obecnych i przyszłych pacjentów są medycy, sami mocno zaangażowani w biznes *in vitro*. Inaczej podchodzi się zwykle do tych spraw w wydawanych za granicą fachowych publikacjach. Wymienia się w wielu z nich różne metody faktycznego leczenia niepłodności, o których w na-

szych publikacjach prawie się nie wspomina, a odrębnie przedstawia się metody sztucznego rozrodu.

### **Czym jest in vitro?**

Od czasów Luizy Brown, pierwszego dziecka poczętego metodą in vitro, która urodziła się w 1978 roku, przyszło na świat kilka milionów dzieci powołanych do życia przy pomocy różnych metod sztucznego rozrodu. W Polsce takie dzieci stanowią 0,2 procenta wszystkich noworodków, ale w Stanach Zjednoczonych jest to już 1 – 2 % a w niektórych krajach Europy 3 – 4 %. Nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości twierdzenie, że propagowanie metody in vitro może ułatwić poradzenie sobie w Polsce z kryzysem demograficznym.

Są różne metody sztucznego rozrodu. Nie jest możliwe by je wszystkie tutaj opisać. Klasyczne in vitro polega na umieszczeniu w probówce komórek jajowych pobranych od kobiety po nakłuciu jajników przeprowadzonym pod kontrolą ultrasonograficzną, oraz odpowiednio przygotowanego nasienia. W probówce (na szkle – in vitro) dochodzi do połączenia się komórek rozrodczych męskich i żeńskich i powstania zarodków – najwcześniejszej formy życia człowieka. Prawidłowo pod mikroskopem wyglądające zarodki przenosi się do macicy matki, inne zamraża lub wyrzuca. Nie wszystkie podane do macicy zarodki zagnieżdżają się w jej błonie śluzowej. Część z nich obumiera.

Metoda ZIFT polega na podaniu zarodków drogą laparoskopową w okolicy ujścia brzuszego jajowodu. Stąd zarodki wędrują przez jajowód do macicy i tam się zagnieżdżają. Natomiast przy metodzie GIFT podaje się plemniki i komórki jajowe do tego samego miejsca, okolicy ujścia jajowodu. Do zapłodnienia dochodzi więc tam, gdzie odbywa się to w warunkach naturalnego zapłodnienia. Obie te metody są obecnie rzadko stosowane. Częściej natomiast jest w użyciu podanie plemnika pod kontrolą mikroskopową do komórki jajowej (ICSI). Jest ona najczęściej używana w niepłodności męskiego pochodzenia. Trzeba powiedzieć, że jej stosowanie może prowadzić do przeniesienia do poczętego w ten sposób dziecka wraz z plemnikiem mężczyzny choroby, która prowadziła do upośledzenia jego płodności. Dziecko, chłopiec, może mieć w przyszłości podobne jak ojciec problemy zdrowotne.

Prowadzone są badania nad zamrażaniem komórek jajowych kobiety, by można było je użyć w przyszłości do zapłodnienia in vitro, kiedy w warunkach naturalnych staną się niedostępne, na przykład po operacji wycięcia jajników lub po menopauzie. Uzyskano w ten sposób pewną liczbę ciąż. Jednak okazało się, że komórki jajowe gorzej niż zarodki znoszą zamrażanie i później odmrażanie. Na niewielką, jak dotąd, skalę używa się za granicą do zapłodnienia pozaustrojowego komórek rozrodczych, męskich lub żeńskich, pochodzących od dawców. Możliwe jest w sposób mniej lub bardziej legalny zakupienie komórek jajowych

od dawczyń, banki nasienia spotyka się dość często. Przy użyciu nasienia od dawców pojawia się niebezpieczeństwo urodzeń w populacji dzieci spokrewnionych ze sobą – mających wspólnego ojca. Może to sprzyjać ujawnieniu się zaburzeń rozwojowych i chorób.

Pojawiają się możliwości zastępczego macierzyństwa, to znaczy wszczepienia zarodków do macicy innej kobiety, nie będącej prawdziwą matką.

Parlament brytyjski zezwolił na doświadczalną hodowlę chimer do pewnego etapu rozwoju. Są to zarodki ludzko – zwierzęce. Trudno powiedzieć, co wymyślą jeszcze w przyszłości „badacze” i politycy w szczególny sposób zmotywowani, by wbrew prawu naturalnemu i przyrodzonej godności kobiety i mężczyzny, ich dziecku, przekraczać kolejne granice technicznych interwencji w mechanizmy ludzkiej prokreacji, przenosić do medycyny to, co nawet w weterynarii można uznać za niewłaściwe.

### **Czy in vitro łączy się ze śmiercią zarodków?**

Metoda in vitro umożliwia diagnostykę preimplantacyjną, a więc selekcję zarodków pod kątem płci, różnych chorób związanych z płcią, zaburzeń metabolicznych. Możliwe, że w przyszłości stosowana będzie selekcja zarodków według szacowanej długości życia, koloru włosów, oczu. Z wybranego zarodka poczętego metodą in vitro, będącego w stadium ośmiu komórek wyjmuje się jedną z nich bez szkody dla zarodka. Każda z tych komórek może dać początek nowemu człowiekowi, powstają w ten sposób bliźnięta jednojajowe. Jeżeli badanie pobranej z zarodka komórki świadczy o tym, że zarodek odpowiada przyjętym kryteriom podaje się go do macicy, jeżeli nie, zarodek jest niszczone.

Jest to jeden z mechanizmów, który prowadzi do śmierci zarodków podczas procedury zapłodnienia in vitro i transferu zarodków do macicy. O innych wspominałem powyżej. Nieprawdziwa jest teza, że wyeliminowanie zamrażania zarodków spowoduje, że uniknie się ich śmierci. Wiele zarodków ginie w pożywce, w probówce. Warunki rozwoju zarodka są tam krańcowo odmienne od panujących w naturalnych warunkach we wnętrzu jajowodu czy macicy. Słabsze zarodki rozwijają się wolniej, wykazują widoczne pod mikroskopem nieprawidłowości i są eliminowane przez diagnostę laboratoryjnego. Powstać mogą w tym okresie zaburzenia rozwoju prowadzące do wad wrodzonych. Zarodki giną też po transferze do macicy. Zwykle liczba płodów rozwijających się w macicy do momentu porodu jest mniejsza niż liczba zarodków podanych wcześniej. Dlatego jeszcze niedawno podawano do macicy wiele zarodków licząc na to, że chociaż jeden lub dwa zagnieżdżą się w błonie śluzowej macicy i dojdzie do ciąży, czyli do „sukcesu” całej procedury. Zdarzało się, że zagnieżdżało się wiele zarodków i dochodziło do ciąży wielopłodowej, co wiązało się z ryzykiem porodu przedwczesnego, wcześniactwa, zgonów noworodków, ich zaburzonego rozwoju. By tego uniknąć

wykonywano zabieg embrioredukcji polegający na uśmierceniu pod kontrolą ultrasonograficzną części zarodków zagnieżdżonych w macicy.

W celu zapobieżenia problemom, z jednej strony niepowodzenia procedury in vitro, a z drugiej ciąży wielopłodowych, stosuje się metodę opóźnionego podania zarodków do macicy, nie w trzeciej a w piątej dobie życia. Najślabsze zarodki giną, do macicy podaje się ich mniej ale te najbardziej odporne na warunki życia na płycie (blastocyst culture). Zwykle one lepiej zagnieżdżają się w macicy. Zamiast późniejszej samoselekcji zarodków w macicy dochodzi do niej wcześniej, na płycie, z jednakowym skutkiem: zniszczenia najślabszych.

Procedura zamrażania zarodków wcale nie jest dla nich obojętna. Nie można bez szkody dla dziecka trzymać go latami w zamrażarce. O tym, że procedura zamrażania nie wpływa korzystnie na rozwój biologiczny dziecka świadczy fakt, że częstość ciąży uzyskana z zarodków zamrożonych jest o wiele mniejsza niż częstość udanego zagnieżdżenia zarodków nie zamrożonych. Część zarodków ginie w zamrażarce. Niestety nie można sprawdzić w jakim stanie jest zarodek zamrożony bez jego odmrożenia, a odmrożenie powoduje śmierć. Powyższe fakty świadczą o tym, że procedura in vitro jest związana ze śmiercią ludzi, braci i siostr zarodka, któremu udało się przeżyć.

### **Biznes in vitro**

Wyżej wspomniałem o tym, że jesteśmy świadkami burzliwego rozwoju zapłodnienia pozaustrojowego jako intratnej gałęzi usług medycznych rządzącej się prawami wolnego rynku. Jest to bardzo dochodowy biznes, automatycznie więc powstaje konkurencja, potrzeba reklamy, bonusów. Najchętniej widziane są pary młode, z krótkim okresem niepłodności. Niejednokrotnie spotkałem się z sytuacją, kiedy na in vitro kierowano pary po półrocznym okresie nie zachodzenia w ciążę. Możliwość sukcesu jest u nich największa, chociaż zapłodnienie drogą naturalną, bez żadnego leczenia jest u nich bardzo prawdopodobna. Ważna jest penetracja rynku, współpraca z lekarzami, którzy będą przysyłać pacjentki. W statystykach zawyża się częstość niepłodności, by uzasadnić potrzebę przeznaczenia na refundację in vitro większych środków. Upowszechnia się tezę, że kobieta po ukończeniu 35 roku życia prawie nie jest zdolna do zapłodnienia w naturalny sposób. Budzi to lęk i panikę wśród kobiet będących w zaawansowanym wieku. Stają się one wówczas bardziej podatne na argumenty o IVF jako jedynym rozwiązaniu problemu niepłodności. Napędza to koniunkturę dla sztucznego rozrodu. Liberalne media wspierają ten punkt widzenia. Opinii dużej części pacjentów a także lekarzy nie uwzględnia się, otwarcie lekceważy i deprecjonuje. Jest to w sposób oczywisty sprzeczne ze współczesnymi kryteriami określającymi opiekę medyczną o wysokiej jakości. Według nich nie można mówić o poprawie tej jakości jeżeli nie uwzględnia się rzeczywistego, systemowego wsparcia pacjentów.

## In vitro a jakość opieki medycznej

Opieka medyczna wysokiej jakości jest bezpieczna, dostępna w razie potrzeby, skuteczna, sprawna, skupiona na potrzebach, oczekiwaniach i systemie wartości pacjenta. W naszym kraju nie przywiązuje się do ostatnich kryteriów wystarczającej uwagi. Pacjentki kieruje się do in vitro nie zadając im pytań o system wartości. Rezygnując z tej opcji zostawia się swojemu losowi. Tymczasem według zasad, które do nas nie docierają pacjenci powinni czynnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących ich samych.

Istotne jest stanowisko lekarzy kierujących towarzystwami lekarskimi, opracowujących standardy postępowania, które później stają się obowiązującymi zasadami praktyki lekarskiej. Na początku 2008 roku ukazały się zalecenia ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące „wspomaganej prokreacji”, w tym zapłodnienia pozaustrojowego. Budzą zdziwienie, także niepokój, ponieważ niektóre z nich odchodzą od ustalonych od dawna zasad postępowania lekarskiego. Miedzy innymi zasadą jest, że wszelkie działania naprawcze czy lecznicze są poprzedzone przez postępowanie diagnostyczne, dzięki któremu leczenie ukierunkowane jest na wykrytą wcześniej przyczynę choroby. Tymczasem zdaniem ekspertów nie należy tracić czasu ani ograniczonych środków na postępowanie diagnostyczne. Oznacza to, że ich zdaniem należy nieplodną parę kierować na „leczenie” przy pomocy in vitro bez podejmowania próby zorientowania się co do przyczyny trudności w zajściu w ciążę. Niezgodnie z prawdą informuje się ponadto, że w większości przypadków jedyną metodą radzenia sobie z nieplodnością jest metoda in vitro.

W ostatnim czasie pojawiły się nowe metody sztucznego rozrodu budzące dodatkowe zastrzeżenia etyczne oprócz zasadniczych, odnoszących się do istoty tych metod. Chodzi o zapłodnienie z użyciem komórek rozrodczych, męskich czy żeńskich pochodzących od innych osób, czy tzw. zastępcze macierzyństwo, kiedy kobieta ma w macicy dziecko powstałe w wyniku zapłodnienia komórki jajowej pochodzącej od innej kobiety przez plemnik dawcy nasienia. Eksperci Towarzystwa Ginekologicznego nie wydają się nie dostrzegać tych *szczegółów* pisząc w tym samym dokumencie, że każda metoda, przy pomocy której, powstanie dziecko jest dobra, byle by tylko matka opuściła szpital położniczy wraz z dzieckiem.

## In vitro – zagrożenia dla zdrowia kobiet

Stosowanie metod sztucznego rozrodu łączy się z zagrożeniami dla zdrowia, czasem i życia kobiet. Najważniejszym z nich jest tzw. zespół *hiperstymulacji*. Procedury in vitro nie przeprowadza się podczas normalnego cyklu miesięczkowego kobiety. Byłaby wówczas do dyspozycji tylko jedna komórka jajowa

a ryzyko nieudanego zabiegu bardzo duże. Podaje się więc kobietom hormony, które pobudzają jajniki do wytwarzania na raz wielu komórek jajowych. W jajnikach widoczne są na obrazie USG liczne pęcherzyki z komórkami jajowymi. Pęcherzyki nakłuwa się pod kontrolą ultrasonograficzną by te komórki uzyskać. Organizm wielu kobiet, zwłaszcza młodych i szczupłych, reaguje czasem nadmiernie na podanie hormonów. Powstają duże torbiele jajników, czasem zbiera się płyn w różnych częściach ciała, dochodzi do niewydolności krążenia, zaburzeń krzepnięcia krwi. Zespół *hiperstymulacji* występował jeszcze niedawno u 3 do 8 procent kobiet poddanych stymulacji jajników, łączył się u nich ze skierowaniem do szpitala, czasami kończył się zgonem. Obecnie to powikłanie notuje się rzadziej. Leczenie zespołu *hiperstymulacji* jest czasem trudne i kosztowne. Pacjentki są przyjmowane do ogólnie dostępnych szpitali i leczone na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie można więc powiedzieć, że koszty sztucznej prokreacji są ponoszone wyłącznie przez pacjentki.

Ośrodki prowadzące in vitro z reguły nie czują się odpowiedzialne za leczenie powikłań po zabiegach. Nadmierna stymulacja jajników konieczna do zapłodnienia pozaustrojowego a w szczególności zespoły *hiperstymulacji* przyczyniają się do zwiększonego ryzyka raka jajników w przyszłości. Trzy lata temu okazało się, że w przebiegu ciąży po in vitro kilkakrotnie częściej zdarza się łożysko przodujące – ciężkie powikłanie położnicze zagrażające zdrowiu i życiu matki i dziecka. Ciąża po in vitro często kończy się operacją cięcia cesarskiego. Domagają się takiego rozwiązania same kobiety. Operacja cesarskiego cięcia łączy się ze zwiększonym ryzykiem powikłań śród- i pooperacyjnych. Autorzy prac dotyczących psychologicznych następstw sztucznego rozrodu podają, że u kobiet poddających się in vitro częściej występują stany depresyjne, lękowe. Poczucie winy bywa następstwem zastanowienia się nad istotą procedury, sprzeczną z przekonaniami religijnymi, łączy się nierzadko z sytuacją, kiedy w zamrażarce pozostają embriony, których nie będzie można podać do macicy.

### **In vitro – zagrożenia dla zdrowia dzieci**

Procedura in vitro stwarza różnego rodzaju zagrożenia dla zdrowia dzieci. O związanych z zabiegiem zgonach dzieci wspomniałem już powyżej. Największe zagrożenie dla dzieci wynika ze zwiększonej częstości ciąż wielopłodowych. Wprawdzie obecnie nie podaje się już do macicy wielu zarodków jak to było poprzednio, ale zwykle jest ich kilka, co zwiększa częstość ciąż bliźniaczych czy trojaczych. Więcej jest więc porodów przedwczesnych a więc zaburzeń adaptacji dzieci z małą wagą urodzeniową, które wymagają czasem umieszczenia dziecka w oddziale intensywnej terapii, oddychania przy pomocy respiratora przez pewien okres czasu. Odsetek zgonów okołoporodowych jest wśród wcześniaków większy, częściej występują w tej grupie zaburzenia rozwoju w okresie niemow-



lęcym i później. Wśród dzieci po in vitro częściej występują wady wrodzone. W literaturze fachowej można znaleźć opinie na temat przyczyn tych zaburzeń rozwojowych. Mogą one po części wynikać z choroby będącej przyczyną niepłodności, zaawansowanego wieku kobiet. Do powstawania niektórych zaburzeń rozwojowych mogą przyczyniać się skrajnie odmienne od naturalnych warunki przebywania zarodków w pożywce na płytce szklanej w pierwszych godzinach życia. Leki podawane matce w celu wywołania owulacji, potem inne w celu utrzymania ciąży mogą wywierać na rozwój dziecka niekorzystny wpływ, podobnie jak procedura zamrażania i odmrażania zarodków. Ryzyko wad u dziecka jest szczególnie duże po zapłodnieniu poprzez podanie plemnika do komórki jajowej (ICSI). W ten sposób choroba ojca będąca przyczyną między innymi jego zmniejszonej płodności może przenosić się na następne pokolenia.

Z ostatnio opublikowanych prac wynika, że u dzieci poczętych metodą in vitro występuje większe ryzyko porażenia mózgowego. Okazało się, że ryzyko to jest niezależne od wieku matki, płci dziecka, ani jego wagi urodzeniowej.

Nie zawsze choroba czy niepełnosprawność dziecka jest dla jego rodziców czymś niepożądanym. Podawane są przykłady „zamawiania” przez niepełnosprawnych rodziców dziecka, które będzie chore, tak, jak oni.

### **In vitro – problemy etyczne i prawne**

Ze sztucznym rozrodem łączą się problemy bioetyczne i prawne. Zapłodnienie in vitro nie jest zgodne z prawem naturalnym, prawem do życia każdego człowieka od momentu poczęcia, prawem do rozwoju w optymalnych, naturalnych warunkach od najwcześniejszych faz życia.

Konstytucja naszego państwa mówi o przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, będącej źródłem wolności i praw człowieka. Trybunał Konstytucyjny w 1997 roku stwierdził, że dziecku należy się ochrona życia od momentu jego poczęcia. W ustawie o Rzeczniku Praw Dziecka mówi się o dziecku od momentu jego poczęcia. Tymczasem odmawia się zarodkom powstałym w wyniku zapłodnienia in vitro prawnej ochrony, takiej, jaką przysługuje się według obecnie obowiązującego prawa embrionom po naturalnym poczęciu.

Proponuje się przygotowanie i uchwalenie przepisów prawnych regulujących wykonywanie procedur sztucznego rozrodu. Zadanie to realizują przedstawiciele różnych opcji światopoglądowych, w tym osoby uznające autorytet Kościoła. Ich zdaniem takie przepisy są potrzebne by przeciwdziałać zjawiskom takim jak klonowanie, niszczenie zarodków, macierzyństwo zastępcze. Jednak sama istota in vitro, stosowanie zapłodnienia na płytce szklanej, poza aktem małżeńskim, fizycznym i duchowym zjednoczeniem małżonków, jest sprzeczne z nauką Kościoła. W każdej postaci prowadzi nieuchronnie do niszczenia embrionów. Uchwalenie ustawy, nawet takiej, w której zabroni się zamrażania zarodków,

przenoszenia ich większej liczby do macicy, czy stosowania u par nie pozostających w związkach małżeńskich prowadzić będzie do prawnego a więc po części i etycznego usankcjonowania procedury IVF jako moralnie godziwej. Uchylenie drzwi poprzez uchwalenie takiego prawa spowoduje, że wkrótce otworzą się na oścież i niebawem wszystko będzie dozwolone, a przynajmniej praktykowane. Nie należy mieć złudzeń, że przepisy dotyczące *in vitro* będą przestrzegane a ograniczenia skutecznie kontrolowane i respektowane. Uchwalenie takiego prawa może być przyczyną łamania sumień i dezorientacji u wielu ludzi.

Kompromis może być czasem potrzebny, czasem konieczny, jednak przed jego zaproponowaniem warto spróbować osiągnąć własny, ważny cel. Określanie podejścia bezkompromisowego jako niemoralnego, czego jesteśmy świadkami nie jest zrozumiałe. Można raczej powiedzieć, że wymóg politycznej poprawności i kapitulanka od początku postawa wyrażająca gotowość wyrzeczenia się dużej części zasad czynią nas czasem bezradnymi wobec braku chęci do ustępstw tych, z którymi chcemy już na początku zawierać kompromis.

### **Jak w tej sytuacji należałoby postępować?**

Może zamiast tworzyć nowe prawo dotyczące *in vitro* należałoby najpierw zadbać o to by obecnie istniejące przepisy chroniące w pewnym stopniu dziecko w prenatalnej fazie rozwoju odnosić także do dzieci poczętych na szkle. W praktyce instytucje, wymiary sprawiedliwości tego prawa im odmawiają. Powyżej wspominałem o tym, że w wyniku procedur *in vitro* kobiety zachodzą w ciążę i rodzą dzieci, ale inne zarodki umierają, a ryzyko chorób i wad rozwojowych jest większe wśród dzieci, którym dane było się urodzić niż u poczętych w naturalny sposób.

Sprawą dość kontrowersyjną jest także problem adopcji embrionów. Niektóre małżeństwa zgadzają się na to, by wszczepić do macicy zarodek zamrożony, którym nie interesują się biologiczni rodzice, a który inaczej byłby skazany na śmierć. Taką heroiczną i wielkoduszną decyzję, by ratować chociaż jedno życie, można szanować. W ten sposób jednak decydujemy się uczestniczyć w procedurze mającej określony status moralny. Trudno więc byłoby adopcję embrionu akceptować. Niezależnie od sposobu poczęcia embrion to człowiek, którego osobową godność trzeba chronić.

Co więc można zrobić z embrionami, z ludźmi, którzy w liczbie wielu setek tysięcy są zamrożeni w laboratoriach? Teoretycznie jest kilka rozwiązań.

- Czekać, aż małżeństwo zdecyduje się urodzić następne dziecko i zwróci się o odmrożenie przechowywanych embrionów i ich transfer do macicy. Jednak zarodki nie mogą czekać w nieskończoność, ich wartość biologiczna maleje wraz z czasem przebywania w stanie zamrożenia. Oficjalnie o tym się nie mówi, ale zamrożone zarodki są po kilku latach niszczone w ośrodkach zajmujących się sztucznym rozrodem.

- Zniszczyć embriony i urządzić ich uroczysty pogrzeb. Takie uroczystości są organizowane czasem przez rodziców, którzy nie decydują się w przyszłości na transfer swoich dzieci do macicy.
- Poddać zarodki adopcji. W masowej skali nie do przeprowadzenia.
- Przeznaczyć je do tworzenia nowych linii zarodkowych komórek macierzystych.
- Z pewnością obecna sytuacja, kiedy lodówki w ośrodkach prowadzących in vitro są pełne zamrożonych ludzi, wymaga rozwiązania, w którym weźmie się pod uwagę odczucia, potrzeby, system wartości rodziców oraz godność, prawo do życia zarodków, których przyszłość jest zagrożona.

### Profilaktyka niepłodności

Na zakończenie warto wspomnieć o profilaktyce niepłodności. Pomysł stworzenia i wdrożenia narodowego programu prewencji niepłodności przedstawił niedawno Gospodarz tej konferencji. Zdziwiła mnie niezbyt przyjazna reakcja prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Wiadomo od dawna, że łatwiej zapobiegać niż leczyć. Nie wszystkim przypadkom niepłodności można zapobiec ale niektórym z pewnością tak. Kiedy byłem krajowym konsultantem w dziedzinie położnictwa i ginekologii przygotowałem i przedłożyłem w Ministerstwie Zdrowia projekt takiego programu. Nie został przeznaczony do wdrożenia. Szkoda, że również teraz nie ma odzewu. Taki program profilaktyki niepłodności powinien być ukierunkowany na populację młodych ludzi. Oni podejmują czasem ryzykowne zachowania, które mogą w przyszłości utrudnić poczęcie czy donoszenie dziecka. Ich organizmy są szczególnie podatne na szkodliwe oddziaływanie niektórych czynników, na przykład chorób przenoszonych drogą płciową. Wczesna inicjacja seksualna, duża liczba partnerów seksualnych, papierosy, alkohol, narkotyki to inne czynniki ryzyka niepłodności. W późniejszej fazie dorosłego życia przyczyną zaburzeń płodności może być odkładanie decyzji o poczęciu dziecka na późniejsze lata.

Skuteczną metodą radzenia sobie w niektórych przypadkach niepłodności małżeńskiej może być **naprotechnologia**. Jest to metoda opierająca się na naturalnym cyklu miesięczkowym kobiety zakładająca poszanowanie życia. Ma duże szanse na upowszechnienie w przyszłości, także w Polsce.

A obecnie stoimy wobec poważnych wyzwań. Zabierając głos na temat medycznych, etycznych i prawnych aspektów in vitro powinniśmy, jak sądzę, mówić otwartym językiem, nazywając rzeczy po imieniu. A przede wszystkim nie odmawiać racji samemu sobie, odważnie bronić źródeł swoich poglądów i ich samych.