

lek. Paweł Jaranowski
*Międzywydziałowy Instytut Bioetyki,
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie*

Zagubiona osoba czy agresor? Bioetyka o tożsamości ciąży ektopowej

Wstęp

W rozważaniach nad etyką początków życia człowieka (etyką biogenezy) kluczowe znaczenie można przypisać pytaniu o status wczesnych form rozwojowych człowieka. Zainteresowanie tym tematem niewątpliwie wzrasta przez możliwość manipulacji na ludzkich gametach a następnie zygocie i embrionie, jaką oferują techniki sztucznego zapłodnienia. Do tego zagadnienia ustosunkowują się główne nurty bioetyki, w tym utilitaryzm i personalizm (Biesaga, 2006, s. 23-26). W artykule poddam weryfikacji spójność wyżej wymienionych sposobów uzasadniania norm moralnych w bioetyce za pomocą modelu etyki klinicznej w sytuacji rozwoju ciąży ektopowej. Podejmę również ocenę moralną obecnego postępowania lekarskiego z pozycji personalistycznej i zaproponuję możliwy kierunek zmian.

1. Aspekt medyczny

Ciążą ektopową nazywamy zagnieżdżenie zarodka w ciele kobiety poza błoną śluzową jamy macicy. Jest jednym z najgroźniejszych stanów chorobowych w okresie rozrodczym kobiety (tamże, s. 23-26).

Początkowo komórka jajowa zostaje uwolniona z pęcherzyka jajnikowego pod wpływem hormonu luteinizującego. Do zapłodnienia dochodzi najczęściej w obrębie bańki jajowodu, gdzie oocyt zostaje zagarnięty przez strzępki jajowodu. Następnie przemieszczając się w kierunku macicy w labiryncie, tj. w fałdach błony śluzowej jajowodu zarodek dzieli się uzyskując stadium kilkunastu komórek, tzw. stadium moruli. Później wytwarza pierwszą jamę ciała na etapie blastocysty (blastuli). Endometrium macicy w drugiej połowie cyklu miesięczkowego, tj. w fazie progesteronowej (wydzielniczej, lutealnej) jest jedyną strukturą anatomicznie i funkcjonalnie przygotowaną do przyjęcia i zapewnienia warunków wzrostu rozwijającemu się embrionowi. Implantacja jest zjawiskiem aktywnym, w którym uczestniczy zarówno blastocysta jak i błona śluzowa macicy. Zachodzi około 6 dnia od

zapłodnienia, po opuszczeniu przez blastocystę osłonki przezroczystej (Kurzawa, Starczewski, Bączkowski, 2003, s. 375-381). Jeśli przeszkoda w naturalnej wędrówce do jamy macicy (anatomiczna lub czynnościowa) zatrzyma zarodek na wcześniejszym etapie, może on implantować się w obrębie jajowodu, jajnika lub otrzewnej. Natomiast zaburzony etap apozycji, tj. lokowania blastocysty przed implantacją w okolicy dna macicy może skutkować ciążą szyjkową lub ciążą w obrębie blizny po cięciu cesarskim.

Znane są czynniki ryzyka wystąpienia ciąży ektopowej: późny wiek ciężarnej, zapalenia narządów miednicy, operacje na narządach miednicy (w tym cięcia cesarskie), wady rozwojowe macicy, mięśniakowatość, endometrioza, stosowanie wewnątrzmacicznych wkładek antykoncepcyjnych, zaburzenia hormonalne, jednoskładnikowa doustna antykoncepcja, farmakologiczna stymulacja owulacji, zapłodnienie pozaustrojowe, przebyte ciąży ekotopowe (Kurzawa, Starczewski, Bączkowski, 2003, s. 375-381; Wiśniewska, Nawrocka, Borowiak i wsp., 2010, s. 236-238; Orzeszko, Gizler, Hapon i wsp., 2007, s. 59-62; Kłos, Maciejewski, Ciepłuch i wsp., 2003, s. 303-306). Występowanie ciąży ektopowej szacowano na 1% wszystkich ciąż (Kotzbach, Szymański, Korenkiewicz i wsp., 2005, s. 304-307), natomiast przy stosowaniu technik rozrodu wspomaganego częstość tego powikłania wzrasta w całej populacji do 2%.

Obraz kliniczny ciąży ektopowej rozwija się w trzech okresach: bezobjawowym, skąpoobjawowym i wstrząsu. Czas trwania poszczególnych okresów, obecność i nasilenie objawów, ewentualne przejście w kolejny okres różni się w zależności od lokalizacji ciąży ektopowej oraz pomiędzy poszczególnymi przypadkami. To sprawia, że wczesne rozpoznanie tego schorzenia jest niezwykle trudnym problemem klinicznym. W stadium bezobjawowym występują prawdopodobne objawy ciąży: zatrzymanie miesiączki, rozpulchnienie i mierne powiększenie macicy, zasinienie pochwy i przedsionka pochwy. W stadium skąpoobjawowym pojawiają się krwawienia z macicy i jednostronne bóle. Stadium wstrząsu występuje przede wszystkim w przebiegu ciąży jajowodowej w następstwie pęknięcia jajowodu. Objawia się nagłym bólem podbrzusza, reakcją wstrząsową z podrażnienia otrzewnej (bładość, małe tętno, duszność), ostrym brzuchem.

Rozpoznanie ciąży ektopowej po pęknięciu jaja płodowego jest dziś stawiane podczas otwarcia jamy brzusznej, wykonywanego ze wskazań nagłych wobec gwałtownych objawów krwawienia. Natomiast postawienie rozpoznania ciąży ektopowej niepękniętej nastęrcza duże trudności. Wystarczy wspomnieć, że choć pierwszy opis ciąży ektopowej dał arabski lekarz Albukas w 963r. (Słomko, 2008, s. 335), ciążę jajowodową niepękniętą pierwszy opisał Veit dopiero w 1883 roku, a w Stanach Zjednoczonych Janurin w 1886 roku (Nowakowska-Kosmalska,

Marianowski, 1991, suplement, s. 437-440). Lekarze tamtej epoki dysponowali ograniczonym instrumentarium diagnostycznym, mianowicie wywiadem z pacjentką, umiejętnością obserwacji i własnoręcznym badaniem fizykalnym. W XX wieku odkrycia nauk podstawowych zaowocowały nowymi możliwościami stwierdzenia obecności ewentualnej ciąży. W 1927 roku Selmar Aschheim i Bernhard Zondek opracowali próbę biologiczną, podając myszom mocz ciężarnych kobiet. Obecność ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (hCG) w podawanym materiale indukowała u zwierząt zmiany jajników. Natomiast od początku lat 60-tych gonadotropinę kosmówkową w moczu wykrywa się za pomocą serologicznych testów hormonalnych. Nieoceniona okazała się diagnostyka obrazowa. Hirbsztajn w 1928 roku proponował „prześwietlanie trąbek- salpingografię” w przypadkach podejrzanych o obecność ciąży pozamaciczej. Bezpieczne dla kobiety i dziecka badanie USG, które zrewolucjonizowało położnictwo i ginekologię, wprowadzono w 1958 roku.

Szczegółowe przedstawienie współczesnych poglądów na diagnostykę ciąży ektopowej wykracza poza cel niniejszej pracy. Warto jednak wspomnieć, że wobec dodatniego wyniku testu hormonalnego jej podstawą są przezpochwowe i przezbrzuszne badania ultrasonograficzne. Jednakże, w przypadku niewidocznienia ciąży, pojawia się konflikt między ryzykiem przeoczenia ciąży pozamaciczej a ryzykiem narażenia ciężarnej z wczesną ciążą wewnątrzmaciczną na szereg dodatkowych badań. Pomocą służą powtarzane oznaczenia stężeń wspomnianej już ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej w surowicy. Trudność tego postępowania polega na konieczności uwzględnienia dynamiki zmian stężenia hormonu, ich wartości bezwzględnych, kolejnych wyników badań ultrasonograficznych oraz stanu klinicznego kobiety. Do dyspozycji pozostaje inwazyjna metoda laparoskopowej inspekcji narządów miednicy mniejszej.

Leczenie polega na usunięciu rozwijającej się ciąży ektopowej. Istnieje wybór między metodami chirurgicznymi klasycznymi i laparoskopowymi, a stosowaniem środków farmakologicznych, zwłaszcza metotreksatu. Metotreksat jest antymetabolitem, antagonistą kwasu foliowego, lekiem przeciwnowotworowym i immunosupresyjnym. Działa swoiście na proliferujące komórki, głównie przez zahamowanie syntezy DNA. Wśród wskazań do stosowania znajdują się ostre białaczki, rak piersi, rak jajnika i wiele innych. Dyskusja nad kryteriami wyboru metody leczenia wciąż trwa. Rekomendacje brytyjskie zalecają podanie systemowe metotrexatu kobietom, które spełniają wszystkie poniższe kryteria: nie odczuwają bólu, stwierdzono ektopowy pęcherzyk ciążowy < 3,5 cm bez widocznego tętna, stężenie hCG poniżej 1500 IU/l. Zabieg operacyjny proponuje się kobietom nie akceptującym leczenia metotreksatem lub spełniającym którekolwiek

z poniższych kryteriów: pęcherzyk ciążowy większy niż 3,5 cm, stwierdzona w USG akcja serca płodu, stężenie hCG ponad 5000 IU/l¹.

Przypadki szczególne

Jednoczesne występowanie ciąży wewnątrzmacicznej i ektopowej określane jest mianem ciąży heterotopowej. Ta wyjątkowo rzadka sytuacja kliniczna występuje z częstością jednej na 10-30 tysięcy ciąż. Wiarygodny opis ciąży heterotopowej pochodzi prawdopodobnie z 1708 roku, kiedy Duverney podczas autopsji zmarłej w trzecim miesiącu ciąży kobiety stwierdził w jamie brzusznej obecność drugiego płodu (Malinowski, 2010, s. 305-309). Celem postępowania w przypadku ciąży heterotopowej jest usunięcie zarodka rozwijającego się pozamacicznie przy zachowaniu zarodka wewnątrz macicy. Wyklucza to podawanie środków farmakologicznych ogólnoustrojowo. Do dyspozycji pozostaje chirurgiczne usunięcie ciąży ektopowej, ewentualnie podanie bezpośrednio do ektopowego pęcherzyka ciążowego substancji embriotoksycznej- metotreksatu lub chlorku potasu.

W literaturze opisywane są przypadki zakończenia ciąży ektopowej urodzeniem żywego, zdolnego do przeżycia noworodka. Doniesienia dotyczą ciąży brzusznej (Hage, 1988, s. 407-410), jajnikowej (Schander, Peditakis, Stille i wsp., 1989, s. 198-200), szyjkowej, w bliźnie po cięciu cesarskim (Herman, Weinraub, Avrech i wsp., 1995, s. 839-841). Należą one do ścisłej kazuistyki medycznej jako wynik zdarzeń losowych lub utrudnionego dostępu do opieki położniczej. Prowadzenie wczesnej ciąży ektopowej z perspektywą urodzenia żywego dziecka jest wykluczone, ponieważ w krajach o ograniczonej opiece medycznej- mogących posłużyć jako model takiego postępowania- śmiertelność ciężarnych sięga 27% (Knafel, Basta, Skotniczy i wsp., 2010, s. 734-739). Prawdopodobieństwo uniknięcia śmierci ciężarnej, poronienia i donoszenia ciąży na podstawie obecnej wiedzy lekarskiej jest nieodróżnialne od zera i zamyka się w wyżej wymienionych przypadkach. Z tego powodu ciąża pozamaciczna jest zawsze traktowana jako powikłanie ciąży.

2. Aspekt filozoficzny

Bioetyka jest działem etyki szczegółowej. Formułuje sądy normatywne oceniające postępowanie wobec człowieka (bioetyka antropocentryczna) jako dobre lub złe, zwłaszcza wobec człowieka znajdującego się w sytuacji granicznej. Zanim

¹ National Institute for Health and Clinical Excellence, *Ectopic pregnancy and miscarriage: Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage*, 12.2012, s. 193-194

jednak dokona opisu, analizy i oceny danego postępowania wedle przyjętych norm moralnych, musi dokonać kluczowych rozstrzygnięć filozoficznych, przede wszystkim określić status bytu poddawanych ocenianym działaniom. W tej części pracy przedstawię wachlarz stanowisk dotyczących statusu embrionu ludzkiego. W kolejnej części, aby zbadać spójność antropologicznej podstawy i etycznych rozstrzygnięć utylitaryzmu i personalizmu, zastosuję model bioetyki klinicznej. Dokonam konfrontacji założeń na temat statusu embrionu ludzkiego tych systemów bioetyki z ich oceną moralną postępowania z ektopowo zagnieżdżonym embrionem. Ten zabieg pozwoli mi wykazać, na ile utylitaryzm i personalizm są konsekwentne w formułowaniu i uzasadnianiu norm moralnych w przypadku postępowania z ciążą pozamaciczną.

Debata na temat statusu embrionu ludzkiego toczy na dwóch następujących poziomach. Po pierwsze: czy embrion ludzki jest istotą ludzką, człowiekiem? Następnie: jeśli jest człowiekiem, czy przysługuje mu status osoby? Wyczerpujący wykład na temat kryteriów człowieczeństwa dał T. Biesaga, dzieląc je na kryteria uznające człowieczeństwo od momentu poczęcia oraz na kryteria przyjmujące wskazany etap rozwoju (Biesaga, 2004, s. 28-31). Zastosowanie inkluzywnych kryteriów „od początku”: genetycznego, genealogicznego, kontinuum rozwojowego i potencjalności powoduje rozpoznanie w każdej zygocie i embrionie istoty ludzkiej, człowieka należącego do wspólnoty ludzi. Natomiast podejście naturalistyczne, odwołujące się do faktów biologicznych poza zapłodnieniem uzależnia człowieczeństwo zygoty czy embrionu od apriorycznie wybranych procesów: formowania się zygoty, zakończenia implantacji, rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, zdolności do samodzielnego istnienia, narodzin. Każda z cenzur rozwojowych ekskluzywnego podejścia naturalistycznego jest nieostra i łatwa do zakwestionowania. Należałoby bowiem rozstrzygać dalej, jaki etap rozwoju układu nerwowego konstytuuje człowieka, lub do którego etapu porodu odnosi się kryterium narodzin. Uznaniowe i pozbawione podstaw etycznych decyzje tego rodzaju mają cechy dyskryminacji i przemocy silniejszych wobec słabszych. Autor wymienia kryteria w wyższym jeszcze stopniu wykluczające embriony, mianowicie kryteria rozwojowe psychologiczne i kryteria społeczne.

Embrion ektopowy posiadając ludzki materiał genetyczny spełnia wymóg genetyczny, a pochodząc od swoich rodziców spełnia wymóg genealogiczny uznania go za człowieka. Jednak wątpliwości wzbudza jego potencjalność do ujawnienia wszystkich cech ludzkich oraz możliwość dożycia wieku starczego- tzw. kontinuum rozwojowe. Skoro w większości przypadków rozwój embrionu ektopowego zakończy się obumarciem w okolicznościach zagrażających życiu kobiety, czy nie należy uznać, że nie posiada ani wspomnianej potencjalności, ani zdolności do stałego rozwoju

(kontinuum)? Na pytanie o własności wewnętrzne danego bytu błędem jest udzielanie odpowiedzi przez pryzmat warunków zewnętrznych. Ciężce pozamaciczne zakończone urodzeniem zdolnego do przeżycia noworodka potwierdzają wyżej zakwestionowane cechy embrionu ektopowego. Natomiast, jak to ma miejsce w większości przypadków, to warunki zewnętrzne stają na przeszkodzie embrionowi ektopowemu w rozwijaniu, aktualizowaniu jego ludzkiej natury w czasie ciąży pozamacicznej i po urodzeniu. Ta sytuacja nie może mieć wpływu na ocenę statusu embrionu ektopowego *per se*.

Osoba jest pojęciem, któremu wielu bioetyków przypisuje kluczowe znaczenie. Dyskusję nad nim niektórzy autorzy nazywają nawet „sercem bioetyki” (Hołub, 2007, s. 157-175). Określenie kto jest osobą przynależy do filozofii, zadanie takie wykracza bowiem poza kompetencje i metodologię nauk doświadczalnych. Jak zauważa M. Machinek „z punktu widzenia biologii nie tylko embrion, ale również w pełni ukształtowany, dorosły człowiek nie jest niczym innym jak tylko „samoreprodukującym się stanem agregacji materialnego substratu”, czyli- jak się to czasem określa- „grudką komórek” (Machinek, 2008, s. 149-154).” W ujęciu historycznym pojęcie osoby- *prosopon*- pojawia się w starożytnej Grecji i oznacza maski nakładane przez aktorów. Rzymianie nazywali *persona* człowieka zajmującego państwowe stanowisko lub pełniącego ważną funkcję społeczną. Godność osoby nadawało więc społeczeństwo. Dzisiejsze rozumienie tego terminu wprowadziło chrześcijaństwo w wyniku debat chrystologicznych, obejmując godnością osoby wszystkich ludzi. Początkiem była definicja Seweriusza Boecjusza: „Osoba jest indywidualną substancją natury rozumnej” (Irek, 2009, s. 182-206). Wpływowy bioetyk amerykański, Hugo Tristram Engelhardt stwierdza w jednej ze swoich zasadniczych publikacji: „Medycyna, w przeciwieństwie do medycyny weterynaryjnej, jest medycyną osób” (za: Hołub, 2008, s. 7-15). Jeśli więc lekarz leczy osobę ludzką musi umieć rozpoznać, które istnienie jest istnieniem osobowym. Z perspektywy deontologii lekarskiej takim rozstrzygnięciom należy nadać najwyższą wagę. Pomyłka oznaczać będzie porzucenie chorego i sprzeniewierzenie się zasadzie niesienia pomocy każdej potrzebującej osobie. Z tego powodu relatywistyczne stanowiska różnych gremiów, np. Warnock Report² z początków dyskusji nad sztucznym zapłodnieniem, należy uznać za niewystarczające: „Na jakim stadium rozwoju embrionowi gatunku ludzkiego powinien być przyznany status osoby? Różni ludzie odpowiadają na to pytanie w odmienny sposób. Niektórzy mówią o zapłodnieniu, inni o implantacji, inni o jeszcze późniejszym stadium rozwoju. Naukowa obserwacja oraz filozoficzna i teologiczna refleksja mogą naświetlić pytanie, lecz nie mogą na nie odpowiedzieć”. Wbrew cytowanemu powyżej zaskakującemu agnostycyzmowi

² *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology*, Department of Health & Social Security, Londyn 07.1984.

naukowemu i filozoficznemu, potrzeba praktyki lekarskiej domaga się dokonania jednoznacznych rozstrzygnięć.

3. Aspekt etyczny

Etyka medyczna uzasadnienia swoje praktyczne wybory poprzez normy moralne zaczerpnięte z danego systemu etyki ogólnej. Prostą i zrozumiałą normę moralności zaproponowali filozofowie angielscy XVIII wieku, twórcy utylitaryzmu. Jeremy Bentham sformułował ją następująco: „Przez użyteczność rozumie się tę właściwość jakiegoś przedmiotu, dzięki której sprzyja on wytwarzaniu korzyści, zysku, przyjemności, dobra lub szczęścia (wszystko to w obecnym przypadku sprowadza się do tego samego) lub (co znowu sprowadza się do tego samego) zapobiega powstawaniu szkody, przykrości, zła lub nieszczęścia zainteresowanej strony”. Działaniem słusznym- użytecznym- określił działanie przynoszące maksimum przyjemności dla maksymalnej liczby osób: „Można zatem powiedzieć, że jakieś działanie jest zgodne z zasadą użyteczności lub krócej: z użytecznością (w odniesieniu do społeczeństwa w szerokim znaczeniu tego słowa), gdy jego tendencja do pomnożenia szczęścia społeczeństwa jest większa od ewentualnej tendencji do zmniejszania go” (Sarnowski, Fryckowski, 1993, s. 86-89). Kontynuator myśli Benthama, John Stuart Mill zauważając niedoskonałość wyłącznie ilościowego porównywania przyjemności zaproponował niuansowanie ich opisu i powtórzył główną zasadę maksymalizacji korzyści: „Ponieważ ci, którzy atakują utylitaryzm, rzadko chcą to sprawiedliwie przyznać, raz jeszcze muszę powtórzyć, że szczęście, które stanowi utylitarystyczne kryterium właściwego postępowania, nie jest szczęściem osobistym działającego, lecz szczęściem wszystkich” (tamże, s. 91-95). Tak wyłożona zasada moralności odwołuje się nie tylko do poczucia odpowiedzialności za innych ludzi (wręcz za całą ludzkość). Równocześnie wymaga przyjęcia altruistycznej postawy ciągłej kalkulacji korzyści i strat, przyjemności i cierpienia nie tyle mojego, co innych. Niewątpliwie jest to cecha, dzięki której utylitaryzm zjednuje sobie wielu zwolenników w gronie bioetyków anglojęzycznych.

Jaką antropologię przyjmuje ta etyka i jakie postępowanie lekarskie uznaje za godziwe w przypadku zdiagnozowania ciąży ektopowej? Choć utylitaryzm jest kierunkiem zróżnicowanym, oprócz zasady użyteczności jego bazę stanowi wspólna antropologia. Współcześnie podmiotem praw czyni tych i tylko tych ludzi, którzy zdolni są do świadomego przeżywania swojego istnienia. W samoświadomości bowiem upatruje nieodzowną cechę bycia osobą. Dokonuje tym samym rozdziału między pojęciami człowiek i osoba twierdząc, że istnieje grupa ludzi nie-osób. Odnajdujemy tu echa zasady G. Berkley'a: „Esse est percipere aut percipi”; „Być to

spozstrzegać lub podlegać spostrzeżeniom”.¹⁷ Po drugie utylitaryści stwierdzają, że przedmiotem naszych moralnych obowiązków są tylko ci ludzie, którzy fizycznie odczuwają ból lub przyjemność. Jest to konsekwentne zastosowanie rachunku utylitarnego. Człowiek, który na wczesnych etapach rozwoju nie ujawnił jeszcze świadomego życia lub takie wyższe czynności psychiczne utracił w wyniku choroby nie posiada w tej koncepcji żadnych praw, w tym prawa do życia. Jeśli ponadto nie odczuwa bólu ani przyjemności nie mamy wobec niego żadnych obowiązków a jego istnienie nie przedstawia wartości wyższej od bytów nieożywionych. Z perspektywy utylitarnej embrion w przypadku ciąży pozamacicznej jest wyłącznie zagrożeniem dla interesów kobiety. Jest agresorem, którego status nie różni się w praktyce od statusu zwierząt. „Ze swej zdecydowanie utylitarystycznej pozycji, a mianowicie że jedynie zadawanie cierpienia może być etycznie problematyczne względnie *prima facie* usprawiedliwiający, Singer wnosi, że zabicie płodu nie zdolnego jeszcze do odczuwania można moralnie porównać np. z zabiciem ryby albo krewetki” (za: Lohner, 2002, s. 52-64).

Diametralnie inne wskazania podaje etyka personalistyczna, z którą utożsamia się obecnie etyka chrześcijańska. „Zasada personalistyczna wyrażona w sformułowaniach *homo homini res sacra*– człowiek dla człowieka rzeczą świętą (stoicy) oraz *persona est affirmanda propter se ipsam*– osobie jako osobie należna jest afirmacja (czyli miłość) dla niej samej (K. Wojtyła, T. Styczeń) stawia u podstaw moralności godność osoby wraz z jej osobową naturą. Czyn jest moralnie dobry, jeżeli afirmuje godność osoby, i moralnie słuszny, jeśli służy rozwojowi jej osobowej natury. Tym samym osoba nie może być traktowana jako środek do innych celów poza nią samą” (Biesaga, 2004, s. 23-26). Z powyższej normy moralności wywodzą się zasady szczegółowe, w tym zakaz odbierania niewinnego ludzkiego życia oraz zasada działania o podwójnym skutku. Etyka godności osoby przyjmuje antropologię realistyczną, opartą na osiągnięciach nauk empirycznych, w tym fizjologii i embriologii. „Z tych informacji można wnioskować, że ludzki embrion w fazie preimplantacyjnej jest już a) istotą gatunku ludzkiego, b) istotą indywidualną, c) istotą, która posiada w sobie cel rozwoju jako osoba ludzka wraz z wewnętrzną zdolnością do osiągnięcia takiego rozwoju. (...) Na podstawie dostępnej wiedzy biologicznej utrzymujemy, że nie ma istotnego powodu aby zaprzeczyć, że embrion jest już osobą w tej fazie”³. Od momentu wnikięcia plemnika do komórki jajowej nowa istota jest rozpoznawana jako człowiek i jednocześnie jako osoba. Embriony i płody rozwijające się wewnątrzmacicznie lub ektopowo, embriony kriokonserwowane w metodach sztucznego rozrodu są z perspektywy personalistycznej

³ Sgreccia E., Laffitte J. (red.), 2007, *The human embryo before implantation. Scientific aspects and bioethical considerations*, Libreria Editrice Vaticana, s. 4 Final Communiqué.

pacjentami, których dotyczy zakaz bezpośredniego, intencjonalnego zabijania. Aborcja proponowana jako cel sam w sobie lub jako środek jest odrzucona, ponieważ jest bezpośrednim i intencjonalnym zabiciem niewinnego człowieka. Konsekwentnie, w postępowaniu lekarskim zarówno stosowanie metotreksatu jak i wykonywanie salpingotomii dla usunięcia ektopowego embrionu/płodu stanowi aborcję i jest niedopuszczalne. Choć te metody zazwyczaj nie obniżają płodności matki, są próbą osiągnięcia dobrego celu poprzez zły środek- śmiertelny atak na ciało nienarodzonego dziecka (Anderson, Fastiggi, Hargroder i wsp., 2011, s. 667-684). Odmienna ocena dotyczy całkowitej lub częściowej salpingektomii- procedury wykonywanej na ciele matki, nie będącej bezpośrednim działaniem przeciw ciału dziecka. Podstawę stanowi zasada działania o podwójnym skutku: działanie podjęte dla dobrego celu może być moralnie dopuszczalne nawet gdy wynika z niego zły skutek, o ile zły skutek nie jest chciany lecz jedynie przewidywany. W tradycyjnym ujęciu nieodłącznie z podstawowym warunkiem należy spełnić dodatkowe cztery:

- 1) czyn sam w sobie musi być dobry lub moralnie obojętny,
- 2) zły skutek nie może być chciany (*directly intended*),
- 3) dobry skutek nie może być bezpośrednim następstwem złego skutku,
- 4) dobry skutek musi być co najmniej proporcjonalny do złego (tamże).

Wykonanie salpingektomii będzie podlegało następującej interpretacji:

- 1) Rozważane samo w sobie i niezależnie od swoich skutków usunięcie uszkodzonego jajowodu nie jest złe. Jajowód stał się patologiczny, co zagraża zdrowiu kobiety. Jest dobrym czynem leczyć patologię, nawet jeśli oznacza to wycięcie zdrowych niegdyś narządów.
- 2) Zło śmierci embrionu nie jest chciane jako skutek. Usunięcie jajowodu nie jest pretekstem poszukiwanym, aby spowodować śmierć embrionu.
- 3) Zło śmierci embrionu nie jest bezpośrednim następstwem zabiegu. Nie jest środkiem do osiągnięcia dobra ale raczej efektem ubocznym moralnie godziwego działania- zatrzymania lub zapobieżenia maczyny krwawieniu poprzez wycięcie jajowodu.
- 4) Wreszcie, istnieje proporcjonalny powód aby przyzwolić na zły skutek, ponieważ bez chirurgicznej interwencji matka może umrzeć, a embrion zginie również bez interwencji.

Niektórzy bioetycy, w tym Martin Rhonheimer twierdzą, że nie ma istotnej moralnie różnicy między salpingektomią i salpingostomią, jedynie różnica w fizycznej bezpośredniości tych interwencji. Są to jednak stanowiska odosobnione.

Powyższe analizy potwierdzają spójność podstawy antropologicznej personalizmu z jego etycznym wskazaniem. Jednocześnie zwraca uwagę złożoność podanych norm. „Trzeba być pojętnym i przenikliwym aby pamiętać, rozumieć

i właściwie stosować zasadę podwójnego skutku; w sytuacjach, w których zasada mogłaby mieć zastosowanie to zadanie okazuje się jeszcze trudniejsze, sprawiając, że łatwo jest pominąć jeden z dodatkowych warunków” (tamże). Konsekwentne stosowanie reguł personalistycznych wobec bezprecedensowej patologii (w kazuistyce to przypadek paradygmatyczny- paradigmatic case) jaką jest dla współczesnego położnictwa cięża ektopowa jest przedmiotem krytyki, którą proponuję objąć wspólną nazwą zarzutu etyki autystycznej. Rozumienie pojęcia autyzm zapożyczam z terminologii psychiatrycznej: „*autismus*; (...) zamykanie się w świecie własnych przeżyć” (Bilikiewicz, 2009, s. 687). Zarzut sprowadza się do argumentacji konsekwencjalistycznej, że wypełniając zasadę ochrony życia człowieka personalizm nie rozpoznaje innych istotnych dóbr, które również zobowiązał się chronić, tj. zdrowia i płodności matki. Ponieważ na terenie filozofii moralności zastosowanie norm personalistycznych charakteryzuje konsekwencja, polemika z nimi w ramach zarzutu etyki autystycznej kieruje się w obręb psychologii i kończy *de facto* na rachunku utylitarystycznym. Po pierwsze, lekarzom-praktykom (z czego niekiedy nie zdają sobie sprawy moralisci-teoretycy) szczególnie trudności sprawia zastosowanie zasady podwójnego skutku, ponieważ w zbiorze norm personalistycznych odnajdują równoczesne zobowiązanie do jednakiej troski o zdrowie ciężarnej i dziecka. Mierząc się z nieuniknioną stratą drugiego, położnik pamięta o kontynuacji obowiązku terapeutycznego wobec kobiety. Czy nie powinien uratować wszystkiego, co tylko może być uratowane? Następuje rachunek korzyści i strat. Nie mając żadnej realnej możliwości opieki nad dzieckiem lekarz odczytuje *prima facie* obowiązek działań oszczędzających płodność kobiety. Zresztą to między nimi rozgrywa się relacja lekarz-pacjent. Do tych uwarunkowań psychologicznych dołączają się również kwestie prawne. Samo narażenie pacjenta (myślimy tu o kobiecie) na ryzyko ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jest objęte sankcją karną wg Art. 160 Kodeksu Karnego. Szkoda może więc dotknąć również dóbr osobistych lekarza-położnika. Powyższa argumentacja składająca się na zarzut etyki autystycznej skłania do stosowania salpingotomii laparoskopowej lub podania metotreksatu, co spotyka się z negatywną oceną moralną. Propozycją zmian, którą podnosili między innymi William May (za: Kaczor, 2009, s. 265–282) i Thomas Hilgers (2004, s. 1057-1073) jest podjęcie wysiłku doskonalenia laparoskopowych technik operacyjnych (być może chirurgii robotowej) tak, aby możliwe stało się przenoszenie embrionu do jamy macicy poprzez zabiegi oszczędzające dla ciężarnej. Konieczny warunek stanowi spełnienie etycznych obostrzeń dotyczących leczenia eksperymentalnego. Rozpoczęcie prac wymaga również zmiany priorytetów i uznania moralnego imperatywu ratowania obydwu pacjentów. Dotyczy to również uwarunkowań ekonomicznych.

Natomiast powracając do etyki użyteczności, celem artykułu nie jest krytyczna analiza jej teoretycznych podstaw. Poprzestanę więc na zasygnalizowaniu argumentów polemicznych. Utylitaryzm jest etyką naturalistyczną, formalistyczną, proceduralną, odwracającą się od fundamentalnego założenia świętości życia człowieka. Sprowadza etykę do systemu obliczeniowego, który stara się porównywać ze sobą wartości niehomologiczne. Pomija cel oraz intencję ludzkiego działania a znaczenie przypisuje wyłącznie jego skutkom i tylko wtedy, gdy można opisać je w kategoriach maksymalizacji przyjemności i minimalizacji cierpienia. Wreszcie, co najważniejsze dla krytyki utylitaryzmu, stanowi on system aprioryczny i spekulatywny, w którym rezygnuje się z poszukiwania źródła moralności.

Akceptacja sztucznej reprodukcji wprowadziła powszechną pogardę dla człowieka w embrionalnym stadium rozwoju. Powoływanie się w tych okolicznościach na personalistyczną normę nienaruszalność niewinnego ludzkiego życia w przypadku ciąży ektopowej staje się argumentacją filozoficznie niezrozumiałą i etycznie odrzucaną. Obecnie podczas wyboru postępowania z ciążą pozamaciczną cierpka i trudna godziwość personalizmu przegrywa ze słodkim i łatwym utylitarnym błędem antropologicznym.

Bibliografia:

- Anderson M., Fastiggi R., Hargroder D. i wsp. (2011), *Ectopic Pregnancy and Catholic Morality. A Response to Recent Arguments in Favor of Salpingostomy and Methotrexate*, „The National Catholic Bioethics Quarterly” 1, s. 667-684.
- Biesaga T. (2004), *Status embrionu - stanowisko personalizmu ontologicznego*, „Medycyna Praktyczna” 7, s. 28-31.
- Biesaga T. (2006), *Uzasadnienia norm moralnych w bioetyce*, „Medycyna Praktyczna” 4, s. 23-26.
- Bilikiewicz A. (red.), (2009), *Psychiatria*, Warszawa: PZWL.
- Fylstra D. (2012), *Ectopic pregnancy not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis, and treatment*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 206 nr 4, s. 289-299.
- Hage M., Wall L., Killam A. (1988), *Expectant management of abdominal pregnancy. A report of two cases*, „The Journal of Reproductive Medicine” 33 nr 4, s. 407-410
- Herman A., Weinraub Z., Avrech O. i wsp. (1995), *Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar*, „British Journal of Obstetrics and Gynaecology” 102 nr 10, s. 839-841
- Hilgers T. (2004), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, Omaha: Pope Paul VI Institute Press, s. 1057-1073.
- Hołub G. (2007), *Personhood in bioethics*, „Forum Philosophicum” 12, s. 157-175.

- Hołub G. (2008), *Status osobowy dziecka chorego przed i po urodzeniu*, „Życie i płodność” 4, s. 7-15.
- Irek W. (2009), *Osoba ludzka i jej godność jako zasada etyczna w Instrukcji Dignitas personae*, W: *Świętość ludzkiego życia. Wokół Instrukcji Dignitas personae*, T. Reroń (red.), Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, s. 182-206.
- Kaczor C. (2009), *The Ethics of Ectopic Pregnancy. A Critical Reconsideration of Salpingostomy and Methotrexate*, „The Linacre Quarterly” 76(nr 3, s. 265–282.
- Kłós J., Maciejewski K., Ciepluch R. i wsp., *25- tygodniowa ciąża szyjkowa, powikłana masywnym krwotokiem, zakończona cięciem cesarskim z następową histerektomią oraz urodzeniem żywego noworodka*, „Ginekologia Polska” 74(2003) nr 4, s. 303-306.
- Knafel A., Basta P., Skotniczy K. i wsp. (2010), *Pęknięcie ciąży ektopowej- czy możemy zapobiec tej komplikacji?*, „Ginekologia Polska” 80, s. 734-739.
- Kotzbach R., Szymański M., Korenkiewicz J. i wsp. (2005), *Ciąża ektopowa szyjkowa zakończona urodzeniem żywego 1800 g dziecka.*, „Ginekologia Polska” 76 nr 4, s. 304-307.
- Kurzawa R., Starczewski A., Bączkowski T. (2003), *Implantacja zarodka.*, „Postępy Biologii Komórki” 30 nr 2, s. 375-381.
- Lohner A. (2002), *Historyczne korzenie etycznych poglądów Petera Singera*, W: *Utylitaryzm w bioetyce*, W. Bołoz, G. Höver (red.), Warszawa: Wydawnictwo UKSW, s. 52-64.
- Machinek M. (2008), *Szacunek dla życia i śmierci człowieka w okresie prenatalnym*, „Medycyna Praktyczna” 3, s. 149-154.
- Malinowski W., Wilmańska D. (2010), *Ciąża bliźniacza heterotopowa w historii położnictwa*, „Perinatologia Neonatologia Ginekologia” 3 nr 4, s. 305-309.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, *Ectopic pregnancy and miscarriage: Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage*, 12.2012, s. 193-194.
- Nowakowska-Kosmalska B., Marianowski L. (1991), *Rys historyczny diagnostyki i terapii ciąży ektopowej*, „Ginekologia Polska” 62, suplement, s. 437-440.
- Orzeszko A., Gizler R., Hapon M. i wsp. (2007), *Współistnienie ciąży wewnątrzmacicznej i ektopowej- opis przypadku*, „Ginekologia Polska” 78 nr 1, s. 59-62.
- Raba G., Kostera M., Busz M. (2003), *Ciąża ektopowa umiejscowiona pozaotrzewnowo w przypochwii- opis kazuistyczny*, „Ginekologia Praktyczna” 11 nr 1, s. 50-51.
- Reed P. (2012), *The Danger of Double Effect*, „Christian Bioethics” 18 nr 3, s. 287–300.
- Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology*, Department of Health & Social Security, Londyn 07.1984.

- Sarnowski S., Fryckowski E. (1993), *Problemy etyki*, Wydawnictwo Branta, s. 86-89.
- Schander K., Padiatidakis D., Stille A. i wsp. (1989), *The course and treatment of an ovarian pregnancy in the 3d trimester*, „Geburtshilfe Frauenheilkd” 49 nr 2, s. 198-200.
- Sgreccia E., Laffitte J. (red.) (2007), *The human embryo before implantation. Scientific aspects and bioethical considerations*, Libreria Editrice Vaticana, s. 4 Final Communiqué.
- Słomko Z. (2008), *Ginekologia* (tom 1), Warszawa; PZWL.
- Wiśniewska B., Nawrocka J., Borowiak J. i wsp. (2010), *Podwójna ciąża pozamaciczna: jajowodowa i różna w cyklu spontanicznym (naturalnym) - opis przypadku*, „Perinatologia Neonatologia Ginekologia” 3 nr 3, s. 236-238.