

Bp Józef Wróbel SCJ

Ciąża ektopowa z perspektywy bioetycznej

Przez długie wieki praktycznie jedynym działaniem medycznym, którego ofiarą było dziecko w okresie prenatalnym, była aborcja. Praktykowano ją na różne sposoby, w zależności od stanu wiedzy lekarskiej i dostępnych środków. Klasyczne metody polegały na wywoływaniu poronienia w wyniku mechanicznego oddziaływania na organizm ciężarnej kobiety, na przyjmowaniu przez nią biologicznie aktywnych środków poronnych, a w czasach współczesnych przede wszystkim na podawaniu jej środków farmakologicznych, na stosowaniu środków wczesnoporonnych (np. pigułki „dzień po”), na wewnątrzmacicznym rozwarstwianiu i wysysaniu płodu lub też na usuwaniu go na drodze ingerencji chirurgicznej.

Wraz z rozwojem biomedycyny życie ludzkiego płodu stało się przedmiotem zróżnicowanych ingerencji, często pozytywnych, o charakterze badawczym lub terapeutycznym, ale nierzadko także ryzykownych lub wprost zabójczych, korzystających z zaawansowanych (bio)technik. Do tych ostatnich należy zaliczyć eksperymenty na embrionach i płodach, techniki prokreacji pozaustrojowej, zamrażanie i rozmrażanie embrionów, diagnozę preimplantacyjną, a w pewnym zakresie także prenatalną, czy też wykorzystywanie embrionów jako dawców komórek macierzystych, a płodów jako dawców tkanek i organów.

Wszystkie takie ingerencje są niezmiennie potępiane przez Kościół katolicki, niezależnie od prowadzonych jeszcze niekiedy filozoficznych dyskusji na temat momentu animacji ludzkiego płodu¹. Liczne są też wypowiedzi Stolicy Apostolskiej w tej materii. Jakkolwiek Kościół nie chce rozstrzygać wspomnianych dyskusji

¹ Por. J. Wróbel. *Kiedy ciało może przyjąć duszę*. „W drodze” 1990 nr 3(199) s. 19-29; R. Otowicz. *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*. Kraków: Wyd. WAM 1998 s. 147-184.

filozoficznych², to jednak niezmiennie powtarza, że „istota ludzka powinna być uszanowana – jako osoba – od pierwszej chwili swojego istnienia”³. Z drugiej strony, gdyby nawet pojawiły się jakieś wątpliwości w tej materii, to szacunek należny ludzkiemu życiu domaga się unikania ingerencji, z którymi związane jest (nieproporcjonalne) ryzyko jego zniszczenia lub naruszenia jego integralności. W instrukcji *Donum vitae*, a następnie w encyklice *Evangelium vitae* zostaje podkreślony fundamentalny aksjomat dotyczący świętości ludzkiego życia, który ma charakter uniwersalny: „Życie ludzkie jest święte, ponieważ od samego początku domaga się «stwórczego działania Boga» i pozostaje na zawsze w specjalnym odniesieniu do Stwórcy, jedyne jego celu. Sam Bóg jest Panem życia, od jego początku aż do końca. Nikt, w żadnej sytuacji, nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego zniszczenia niewinnej istoty ludzkiej”⁴.

Obok wyżej wspomnianych działań bezpośrednio wymierzonych w ludzkie życie na wczesnych etapach jego rozwoju, kiedy ich ocena moralna przeważnie nie budzi wątpliwości, praktyka biomedyczna spotyka się z sytuacjami trudnymi, budzącymi we wrażliwych sumieniach pytania o zasady etycznego postępowania. Takie wyzwanie stanowi między innymi ciąża ektopowa.

I. Ciąża ektopowa – wymiar medyczny

² Por. Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja *Quaestio de abortu procurato*. Rzym 1974 nr 13: „Nie do biologicznych nauk należy wydawanie decydującego orzeczenia o ściśle filozoficznych i moralnych zagadnieniach; a tego rodzaju jest zagadnienie o momencie, w którym powstaje osoba ludzka lub o prawnej dopuszczalności przerywania ciąży. Z moralnego zaś stanowiska wiadomo - choćby przypadkiem ktoś wątpił, czy skutkiem poczęcia jest już osoba ludzka - że samo nawet narażanie się na niebezpieczeństwo popełnienia zabójstwa jest obiektywnie grzechem ciężkim. „Człowiekiem jest i ten, kto ma nim być” ([Http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_pl.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_pl.html)).

³ Kongregacja Nauki Wiary. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia «Donum vitae». Rzym 1987 nr I, 1.

⁴ Kongregacja Nauki Wiary. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia «Donum vitae». Rzym 1987 Wstęp, 5; por. także Jan Paweł II. Encyklika *Evangelium vitae*. Rzym 1995 nr 53.

W normalnym rozwoju ludzki zarodek dociera do macicy, już w postaci blastocysty, w ciągu 4-9 dni (w nadzwyczajnych przypadkach nawet do 15 dni) od zapłodnienia. W tym okresie rozwoju człowieka wyróżnia się dwa etapy. W pierwszym okresie stanowi on jeszcze wolnobytnący embrion zawieszony w wydzielinie macicy. Stąd nazywa się go blastocystą wolną lub wczesną. W drugim okresie blastocysta przykleja się do błony śluzowej macicy (do endometrium) i jest nazywana blastocystą późną lub zagnieżdżającą się⁵. Główną rolę w tym procesie pełni kosmówka, która jest zewnętrzną błoną jaja płodowego powstałą z trofoblastu. Ona – kosmówka – wchodzi w bezpośredni kontakt z endometrium, wytwarzając połączenia embrionu z organizmem matki. Tym samym matka staje się żywicielką dla swojego dziecka. Taka sytuacja ma miejsce w przypadku ciąży o prawidłowym przebiegu implantacji, jakkolwiek nie jest to jedyne kryterium prawidłowości.

Medycyna zna również przypadki ciąży nieprawidłowych⁶. Należy do nich między innymi omawiana ciąża ektopowa stanowiąca około 2% wszystkich urodzeń. Po raz pierwszy opisano ją już w XI wieku, a w 1693 roku udokumentowano w wyniku sekcji zwłok kobiety, na której wykonano wyrok śmierci.

W przypadku wspomnianej ciąży embrion implantuje się poza macicą. Najczęstszym miejscem zagnieżdżenia jest jajowód (97% przypadków: 80% w jego części bańkowej, 12% w części cieśniowej, 5% w strzępkach i 2% w rogu macicy). Ponadto w 1,4% przypadków (1 na 10.000 porodów) lokuje się w jamie brzusznej, w 0,2% przypadków w jajniku i w takiej samej ilości przypadków w szyjce macicy⁷.

Różna może być geneza takiej ciąży. W średniowieczu panowało przekonanie, że jest ona następstwem niekorzystnych przeżyć emocjonalnych

⁵ Por. H. Bartel. *Embriologia*. Warszawa: PZWL 2007 s. 99.

⁶ Por. *Ciąża o przebiegu nieprawidłowym*. W: *Położnictwo i ginekologia*. Red. G.H. Bręborowicz. T. 1: *Położnictwo*. Warszawa: PZWL 2008 s. 77-182.

⁷ Por. J. Skrzypczak. *Ciąża ektopowa*. W: *Położnictwo i ginekologia*. Red. G.H. Bręborowicz. T. 1: *Położnictwo*. Warszawa: PZWL 2008 s. 90; Z. Słomko. *Ciąża ektopowa*. W: *Medycyna perinatalna. Suplement*. Warszawa: PZWL 1994 s. 245-247, 259-266; L. Speroff, M.A. Fritz. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Warszawa: MediPage 2007 s. 1494.

doznawanych przez kobietę w czasie współżycia. Dopiero w XIX zaczęto przypuszczać, że jest ona następstwem stanów zapalnych w obrębie miednicy⁸. Dziś uważa się, że jest ona, między innymi, następstwem stosowania niektórych środków antykoncepcyjnych, a zwłaszcza wewnątrzmacicznych wkładek antykoncepcyjnych, wrodzonych zmian w obrębie jajowodów, stanów zapalnych jajowodów, endometriozy jajowodów, zapalenia miednicy mniejszej, zabiegów chirurgicznych na jajowodach, w tym ich rekonstrukcji, infekcji połogowych, korzystania z metod prokreacji technicyzowanej, stymulacji jajczkowania, chorób przenoszonych drogą płciową, zakażenia mikoplazmą ludzką (bakteria zapalenia cewki moczowej i ropnych zakażeń błon śluzowych narządów płciowych człowieka) i chlamydiami (rodzaj bakterii wewnątrzkomórkowych), a także wcześniej podjętego współżycia seksualnego, promiskuityzmu i przerywania ciąży. Przyczyną mogą też być jeszcze nie poznane zaburzenia w funkcjonowaniu jajowodów. Generalnie najczęstszym powodem, bo w 40% przypadków, są przebyte stany zapalne powodujące zrosty⁹.

Coraz większe upowszechnianie się niektórych z wyżej wyliczonych praktyk skutkuje wzrostem występowania ciąży ektopowej. W okresie od 1970 do 1992 roku wzrosło ono ponad czterokrotnie: w 1970 roku na 1000 ciąż normalnych przypadało 4,5 ektopowych, a w 1992 roku było ich już 19,7. Częstotliwość jej występowania wzrasta także z wiekiem. W przypadku kobiet między 35 i 45 rokiem życia zdarza się ona czterokrotnie częściej, niż w przypadku kobiet młodych. Częściej zdarza się też w przypadku kobiet rasy czarnej¹⁰.

W przeszłości zaradzano ciąży ektopowej, uśmiercając embrion, czy to przez głodówkę, środki przeczyszczające, upusty krwi lub podawanie trucizny

⁸ Por. L. Speroff, M.A. Fritz. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Warszawa: MediPage 2007 s. 1489.

⁹ Por. J. Skrzypczak. *Ciąża ektopowa*. W: *Położnictwo i ginekologia*. Red. G.H. Bręborowicz. T. 1: *Położnictwo*. Warszawa: PZWL 2008 s. 88-90; Z. Słomko. *Ciąża ektopowa*. W: *Medycyna perinatalna. Suplement*. Warszawa: PZWL 1994 s. 245-246; *Ciąża ektopowa*. W: *Wielka encyklopedia medyczna*. Red. E. Cravetto. T. 4. Warszawa: Editorial Planeta DeAgostini S.A. 2011 s. 123-125.

¹⁰ Por. L. Speroff, M.A. Fritz. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Warszawa: MediPage 2007 s. 1490-1491.

(przeważnie strychniny). Z czasem zaczęto praktykować zabiegi chirurgiczne. Pierwsze opisy pochodzą z początku XVII wieku. Natomiast w 1714 roku przeprowadzono pierwszą operację chirurgiczną we Francji. Śmiertelność wśród kobiet była jednak bardzo duża: w XVIII wieku na 30 przeprowadzonych operacji tylko w pięciu przypadkach wynik był pozytywny i udało się uratować życie matki. O wiele lepiej wypadały te dane w przypadku powstrzymania się od ingerencji chirurgicznej. W 1849 roku W.W. Harbert z USA wystąpił z propozycją zabiegu chirurgicznego celem opanowania krwotoku. Z kolei R. Lawson Tait odkrył w czasie sekcji zwłok kobiety zmarłej w wyniku ciąży ektopowej źródło krwawienia i w 1884 roku dokonał pierwszej laparotomii, otwierając operacyjnie jamę brzuszną pacjentki i podwiązując pęknięte naczynia krwionośne. Sytuacja kobiet z omawianą ciążą znacznie się poprawiła dopiero w następnych latach, dzięki odkryciom w dziedzinie aseptyki (antybiotyki), anestezjologii i transfuzji krwi. Niemniej, jeszcze w pierwszej połowie XX wieku 4% matek umierało z omawianego powodu, mimo że praktykowano natychmiastowe usunięcie jajowodu i przeprowadzano transfuzję krwi, a w latach siedemdziesiątych około 15% matek z ciążą ektopową doznawało krwawień zagrażających ich życiu (wstrząs hipowolemiczny). W następnych latach skupiono uwagę na wczesnym diagnozowaniu takiej ciąży, dzięki czemu w latach osiemdziesiątych wykrwawienie zagrażało życiu tylko 5% matek¹¹.

W świecie medycyny powszechne jest przekonanie, że ciąża ektopowa musi być szybko zakończona, gdyż takie postępowanie daje dobre rokowania i pozwala zminimalizować ryzyko śmierci matki. W sytuacjach niecierpiących zwłoki rozwijający się płód usuwa się na drodze ingerencji inwazyjnej. Najczęściej jest ona dokonywana lokalnie i ogranicza się do samego embrionu. Niekiedy musi być ona rozległa i polega na usunięciu całego narządu z embrionem. Efekty te osiąga się przy pomocy elektrokoagulacji (ścięcie białka za pomocą łuku elektrycznego), ingerencji laparoskopowej lub wycięcia chirurgicznego.

W przypadku wczesnie rozpoznanej ciąży ektopowej medycyna wybiera raczej działania zachowawcze, polegające na oddziaływaniu farmakologicznym,

¹¹ Por. L. Speroff, M.A. Fritz. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Warszawa: MediPage 2007 s. 1489-1490.

przeważnie przy pomocy metotreksatu (methotrexate) aplikowanego w dawce jednorazowej, w czterech dawkach co drugi dzień lub iniekcji bezpośredniej do pęcherzyka ciążowego (z pomocą USG). Na specyfik ten, blokujący syntezę puryn i kwasów nukleinowych, jest szczególnie wrażliwy trofoblast będący tkanką szybko proliferującą (dynamicznie się rozrastającą). Działanie to jest więc wymierzone bezpośrednio w embriion w fazie blastocysty i zmierza do jego zniszczenia¹². Z punktu widzenia czysto medycznego metoda ta jest najmniej inwazyjna. Nie domaga się ona ingerencji chirurgicznej na organizmie matki, a więc i znieczulenia ogólnego, nie narusza integralności jej układu rozrodczego i nie pozbawia jej możliwości ponownego zajścia w ciążę, a także jest tańsza. Zastosowanie tej metody zakłada jednak odpowiedni stan ciąży oraz zdrowia matki. Według lekarzy partykularnym wskazaniem dla takiego postępowania jest ciąża ektopowa w szyjce macicy, jajniku lub części śródściennej jajowodu. Ponadto kobieta musi mieć stabilność hemodynamiczną, brak ostrego krwawienia do jamy brzusznej oraz musi być wolna od takich przeciwwskazań, jak karmienie piersią, niedobór immunologiczny, choroba wątroby, nerek, płuc, wrzody na żołądku, ciężka niedokrwistość, alkoholizm¹³. Leczenie metotreksatem ma też swoje minusy. Niekiedy jest ono bardzo uciążliwe, zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego kobiety. Ponadto, mimo zastosowania tej terapii dochodzi do pęknięcia jajowodu i obfitego krwawienia domagającego się natychmiastowej ingerencji chirurgicznej¹⁴.

¹² Czasami można się spotkać z opiniami, że taka specyfika działania metotreksatu (na trofoblast) jest moralnie dopuszczalna (w oparciu o zasadę czynu o podwójnym skutku). Trudno się zgodzić z takimi stwierdzeniami, gdyż na tym etapie rozwoju płodu, nie da się oddzielić, ani fizycznie, ani tym bardziej moralnie, oddziaływania na trofoblast od oddziaływania na blastocystę jako taką (czyli na embriion na tym etapie rozwoju), lub też tylko na tworzący się /utworzony/ w blastocysty węzeł zarodkowy. Ze względu na biologiczną i egzystencjalną jedność blastocysty każde niszczenie trofoblastu powoduje bezpośrednie zniszczenie embriionu. O takim rozdzieleniu można mówić dopiero w czasie dalszego rozwoju płodowego, kiedy z trofoblastu powstaje łożysko, a płód rozwija się dalej oddzielony od niego.

¹³ Por. J. Skrzypczak. *Ciąża ektopowa*. W: *Położnictwo i ginekologia*. Red. G.H. Bręborowicz. T. 1: *Położnictwo*. Warszawa: PZWL 2008 s. 94-98; Z. Słomko. *Ciąża ektopowa*. W: *Medycyna perinatalna. Suplement*. Warszawa: PZWL 1994 s. 254-256; L. Speroff, M.A. Fritz. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Warszawa: MediPage 2007 s. 1507-1509.

¹⁴ Por. L. Speroff, M.A. Fritz. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Warszawa: MediPage 2007 s. 1508-1509.

W praktyce nie są to jedyne możliwości rozwiązania ciąży ektopowej. W przypadku wczesnego wykrycia takiej ciąży i dobrej kondycji zdrowotnej matki, możliwe jest również powstrzymanie się od natychmiastowych ingerencji i wyczekiwanie połączone z uważną obserwacją. Dostyc częste są bowiem przypadki samowyleczenia. Leon Speroff, Marc A. Fritz piszą: „Nie wszystkie podejrzewane, a nawet udowodnione przypadki ciąży ektopowej wymagają leczenia. W wybranych przypadkach właściwe jest postępowanie wyczekujące z wysokim prawdopodobieństwem powodzenia”¹⁵. Klinicyści podają warunki takiego postępowania: ciąża musi być umiejscowiona w jajowodzie, brak jest oznak jego pęknięcia, w tym krwawienia, a średnica rozrostu nie jest większa niż cztery centymetry. Jednocześnie konieczna jest wspomniana obserwacja, która koncentruje się na rejestrowaniu zmian klinicznych, mierzeniu stężeń β -hCG i badaniu USG¹⁶. Takie rozwiązanie (samowyleczenie) sprawdza się w przypadku jednej czwartej matek. W przypadku 70% przypadków ciąża ektopowa kończy się spontanicznym poronieniem. Dostyc powszechne jest również samoczynne obumarcie embrionu. Zbigniew Słomko podkreśla, że „już w 1955 r. Lund w grupie obserwowanych 258 kobiet z rozpoznaną ciążą ektopową uzyskał w 57% samowyleczenie. W latach 1980-1988 pojawiło się 6 opisów obserwacji ciąży ektopowej jajowodowej bez ingerencji chirurgicznej lub chemioterapii. Warunkiem postępowania zachowawczego było laparoskopowe potwierdzenie wspomnianego wyżej braku krwawienia i nienaruszony jajowód. Tylko u 17% obserwowanych chorych podjęto leczenie operacyjne wobec rosnącego miana hCG lub objawów klinicznych. Natomiast u 83% nastąpiło samowyleczenie i obniżenie stężenia hCG. Niestety, obniżenie poziomu hCG nie zawsze oznacza samowyleczenie, może ono również nastąpić przy pęknięciu jajowodu, stąd konieczna jest wnikliwa obserwacja

¹⁵ *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Warszawa: MediPage 2007 s. 1502.

¹⁶ Por. J. Skrzypczak. *Ciąża ektopowa*. W: *Położnictwo i ginekologia*. Red. G.H. Bręborowicz. T. 1: *Położnictwo*. Warszawa: PZWL 2008 s. 94-98; Z. Słomko. *Ciąża ektopowa*. W: *Medycyna perinatalna. Suplement*. Warszawa: PZWL 1994 s. 254-256; L. Speroff, M.A. Fritz. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. Warszawa: MediPage 2007 s. 1502.

chorych”¹⁷. Ryzyko śmierci matki w wyniku wykrwawienia jest bowiem wysokie. Cytowany Z. Słomko podaje również, że w USA stanowi ono przyczynę śmierci 12% wszystkich matek, które zmarły w związku z ciążą. Inny uczony podaje, że na 102.100 ciąż ekotopowych, zmarło 86 matek. W 85% przypadków powodem był krwotok, w 5% zakażenie, a w 2% powikłania anestezyjologiczne¹⁸.

Należy zaznaczyć, że znane są również przypadki donoszenia ciąży ekotopowej i urodzenia zdrowego dziecka. Odnotowano je w 1998 roku w Polsce, w 2006 r. w Anglii¹⁹, w 2008 w Australii²⁰.

II. Ciąża ekotopowa – wymiar (bio)etyczny

Dotychczasowe analizy zobrazowały, z jakimi wyzwaniem medycznymi i etycznymi jest związana praktyka lekarska w przypadku omawianej ciąży. Przedmiotem dalszych analiz będzie wyłącznie postępowanie w przypadku ciąży ekotopowej wcześniej rozpoznanej. W przypadku pęknięcia tkanki/organu i krwawienia praktycznie jedynym zadaniem lekarza jest ratowanie życia kobiety zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Samej ciąży nie da się już bowiem uratować.

Podstawowe imperatywy moralne związane z szacunkiem należnym ludzkiemu życiu od chwili poczęcia wykluczają takie rozwiązanie ciąży ekotopowej, które byłoby wprost wymierzone w ludzki embrion. Innymi słowy, działanie chirurgiczne i farmakologiczne, którego bezpośrednim celem, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i intencjonalnym, byłoby zniszczenie embrionu, jest zawsze

¹⁷ Ciąża ekotopowa. W: *Medycyna perinatalna. Suplement*. Warszawa: PZWL 1994 s. 256.

¹⁸ Por. Z. Słomko. *Ciąża ekotopowa*. W: *Medycyna perinatalna. Suplement*. Warszawa: PZWL 1994 s. 258.

¹⁹ Ciąża rozwijała się w pęcherzu płodowym przyczepionym do więzadeł w jamie brzusznej (*Molly żyje! Dziecko z ciąży pozamacicznej urodziło się zdrowe*. „Human Life International – Polska” (2006.08.07). [Http://www.hli.org.pl/xoops/modules/news/article.php?storyid=23](http://www.hli.org.pl/xoops/modules/news/article.php?storyid=23)).

²⁰ Ciąża rozwijała się w prawym jajniku matki i dziecko urodziło się zdrowe przy pomocy cesarskiego cięcia (“BBC News”. *Ovary Baby Survives Against Odds* (31.05.2008). [Http://newsvote.bbc.co.uk/mpapps/pagetools/print/news.bbc.co.uk/2/hi/health/7427907.stm](http://newsvote.bbc.co.uk/mpapps/pagetools/print/news.bbc.co.uk/2/hi/health/7427907.stm); także *Na przekór medycynie dziecko z ciąży pozamacicznej urodziło się zdrowe*. „Puls pro-life” (03.06.2008). [Http://www.pro-life.org.pl/2008/06/na-przekr-medycynie-dziecko-z-cizy.html](http://www.pro-life.org.pl/2008/06/na-przekr-medycynie-dziecko-z-cizy.html)).

niemoralne. Ocena ta czerpie swój autorytet z prawa naturalnego, z osobowej godności każdej istoty ludzkiej od chwili poczęcia, a dla człowieka wierzącego także z długiej tradycji chrześcijańskiej, które swój wyraz znalazło między innymi w Deklaracji Kongregacji Nauki Wiary *Quaestio de abortu procurato* (1974), a następnie w encyklice *Evangelium vitae* (1995). Papież Jan Paweł II deklaruje: „mocą władzy, którą Chrystus udzielił Piotrowi i jego Następcom, w komunii z Biskupami – którzy wielokrotnie potępili przerywanie ciąży, zaś w ramach wspomnianej wcześniej konsultacji wyrazili jednomyślnie [...] aprobatę dla tej doktryny – oświadczam, że bezpośrednie przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel czy jako środek, jest zawsze poważnym nieładem moralnym, gdyż jest dobrowolnym zabójstwem niewinnej istoty ludzkiej”²¹.

Idealnym rozwiązaniem – jeżeli stan ciąży i kliniczne okoliczności na to pozwalają – jest postawa wspomnianego wyżej wyczekiwania z nadzieją, że problem sam się rozwiąże. Moralnie słuszna jest więc obserwacja, czy embriion sam nie obumrze lub nie nastąpi spontaniczne poronienie, nie tracąc również nadziei, że ciąża będzie się dalej rozwijała, nie stwarzając nadmiernego zagrożenia dla życia matki. Najtrudniejsze z moralnego punktu widzenia jest rozpoznanie bliskiego w czasie pęknięcia jajowodu lub szyjki macicy, przeważnie po 7-10 tygodniach ciąży. Po stwierdzeniu takiej sytuacji lekarze muszą szybko i zdecydowanie działać. Jakie postępowanie jest zgodne z szacunkiem należnym życiu ludzkiemu?

Moralisci kierujący się wskazaniem Magisterium Kościoła uważają, że moralnie dopuszczalne jest usunięcie tkanki lub organu (jego części), w którym embriion się zagnieździł. Taką ingerencję uznają za dopuszczalną najczęściej w oparciu o „zasadę czynu o podwójnym skutku”. Warto zaznaczyć, że rozwiązanie to nie jest nowe²². Co najważniejsze, znajduje ono poparcie w oficjalnym stanowisku Magisterium Kościoła. Już pod koniec XIX wieku meksykański biskup z Sinaloa

²¹ Rzym 1995 nr 62; por. także Kongregacja Nauki Wiary w Deklaracji *Quaestio de abortu procurato* (Rzym 1974 nr 7), przytaczając nauczanie pap. Piusa XII podkreśla, że niedopuszczalne jest „zamierzone zniszczenie płodu, to mianowicie, które ma charakter celu lub środka do celu” (*Przemówienie do Stowarzyszenia Lekarzy Włoskich od św. Łukasza* (12.11.1944)).

²² Por. np. A. Eschbach. *Casus de ectopicis seu extrauterinis concepibus de procuratione abortus*. Romae: Drukarnia S. Joseph 1894.

przedstawił Świętemu Oficjum (dziś Kongregacja Nauki Wiary) do rozstrzygnięcia trzy kwestie: 1) przyśpieszenia porodu, 2) przerwania ciąży i wyjęcia płodu jeszcze niedojrzałego przy pomocy cięcia cesarskiego oraz 3) ciąży ektopowej²³.

Pierwsze pytanie brzmiało: „Eritne licita partus acceleratio, quoties ex mulieris arctitudine impossibilis evaderet fetus egressio suo naturali tempore? (tł. JW.: „Pytanie: [Czy] dozwolone jest przyśpieszenie porodu, kiedy, ze względu na ciasnotę [miednicy] kobiety, stanie się niemożliwe wyjście dziecka [to znaczy poród] w naturalnym dla niego czasie?).

Drugie pytanie brzmiało: „Et si mulieris arctitudo talis sit, ut neque partus praematurus possibilis censeatur, licebitne abortum provocare aut caesaream suo tempore perficere operationem? (tł. JW.: „Czy, jeżeli ciasnota [miednicy] kobiety jest taka, że nawet poród przedwczesny jest uważany za niemożliwy, dozwolone jest spowodowanie aborcji lub dokonanie w określonym czasie cięcia cesarskiego?).

Trzecie pytanie brzmiało: “Estne licita laparotomia, quando agitur de praegnatione extrauterina, seu de ectopicis conceptibus?” (tł. J.W.: „(Czy) jest dozwolona laparotomia [=zabieg operacyjny otwarcia jamy brzusznej i dokonania zabiegu chirurgicznego] w przypadku ciąży pozamacicznej lub płodu ektopowego?”

Na powyższe pytania wspomniana Dykasteria dała odpowiedź w dniu 04.05.1898. Odpowiedź tę zatwierdził Ojciec św. w dniu 06 maja tegoż roku.

Odpowiedź na pytanie pierwsze brzmiała: „Partus accelerationem per se illicitam non esse, dummodo perficiatur iustis de causis et eo tempore ac modis, quibus ex ordinariis contingentibus matris et fetus vitae consulatur” (tł. JW.: „Samo w sobie przyśpieszenie porodu nie jest niedozwolone, byleby dokonano je dla słusznych powodów, oraz w takim czasie i na takie sposoby, jak w zwyczajnych warunkach życie matki i płodu zostaje otoczone opieką”).

Odpowiedź na drugie pytanie brzmiała: „Quoad primam partem: negative, iuxta decretum feria IV, 24 Iulii 1895, de abortus illiciteitate. – Ad secundam vero quod spectat: nihil obstare, quominus mulier, de qua agitur, caesareae operationi suo tempore subiciatur” (tł. JW.: „Odnośnie pierwszej części [pytania]: [odpowiedź

²³ H. Denzinger. *Enchiridion Symbolorum, definitionum et declarationum de rebus fidei et morum*. Red. P. Hünermann. Bologna : Edizioni Dehoniane 2003⁴ s. 1170 nr 3338.

jest] negatywna, zgodnie z dekretem ze środy 24 lipca 1895 na temat niedopuszczalności aborcji. – Odnośnie drugiej części, nie ma żadnej przeszkody, aby matka, o którą chodzi, w swoim czasie została poddana zabiegowi cięcia cesarskiego”).

Odpowiedź na trzecie pytanie brzmiała: „Necessitate cogente, licitam esse laparatomiam ad extrahendos e sinu matris ectopicos cenceptus, dummodo et fetus et matris vitae, quantum fieri potest, serio et opportune provideatur” [tł. J.W: „W przypadku naglącej konieczności, dozwolona jest laparotomia celem wyjęcia z łona matki płodu ektopowego, byleby się zatroszczyło w poważny i odpowiedni sposób, na ile to możliwe, o życie płodu i matki”.

W powyższej wypowiedzi trzeba zwrócić uwagę na fakt, że Święte Oficjum odnosi się do postępowania lekarskiego w przypadku nieprawidłowego przebiegu ciąży, a mianowicie rozstrzyga kwestię przyśpieszenia porodu celem jego ułatwienia, przerwania ciąży, przedwczesnego wyjęcia płodu przy pomocy cięcia cesarskiego oraz postępowania w przypadku ciąży ektopowej. Tym samym stanowisko Stolicy Apostolskiej w ostatniej kwestii odnosi się klarownie do ciąży pozamacicznej i postępowania medycznego w tym przypadku. Postępowania tego w rozumieniu dokumentu nie należy więc utożsamiać z przyśpieszeniem porodu, z przerywaniem ciąży, ani z cięciem cesarskim. Działanie takie – zarządzenie ciąży ektopowej – ma też z moralnego punktu widzenia swoją własną kwalifikację i zostaje ono uznane przez Święte Oficjum za etycznie dozwolone pod pewnymi warunkami: jeżeli jest możliwe uratowanie życia dziecka, to należy je ratować; należy się też zatroszczyć, na ile to możliwe, o zdrowie i życie matki. Konsekwentnie nie można mówić o moralnej winie lekarza, który postępując według powyższych wskazań, nie zdołał uratować dziecka. Nie oznacza to jednak, że może je uśmiercić działaniem bezpośrednim w nie wymierzonym.

Mimo takiego stanowiska Stolicy Apostolskiej niektórzy autorzy wyrażali, a niekiedy nadal wyrażają swoje wątpliwości co do słuszności przedstawionego rozwiązania, gdyż nie widzą różnicy między rozwiązaniem ciąży ektopowej i działaniem aborcyjnym. Powód może tkwić również w tym, że powyższa odpowiedź Stolicy Apostolskiej nie zajmuje się stroną praktyczną takiej ingerencji.

Konieczne jest więc wyjaśnienie specyfiki działań medycznych tak, aby można było w jej przypadku zastosować określone zasady moralne. Innymi słowy, konieczne jest właściwe określenie przedmiotu i metody ingerencji²⁴.

Mając na uwadze naturę zawsze niemoralnej aborcji, należy wykluczyć takie postępowanie, które ma charakter „bezpośredniego zabicia jeszcze nie narodzonego życia ludzkiego, niezależnie od tego, czy zabójstwo stanowi cel sam w sobie, czy też jest tylko środkiem do celu”²⁵. Zgodnie z tradycyjnym nauczaniem katolickim inny charakter ma jednak takie działanie, które polega na eksplantacji całego organu lub jego części zagrażającej życiu kobiety-matki, mimo że bytuje w nim ludzki embrion lub nawet płód. W omawianym przypadku rozwiązania ciąży ektopowej b e z p o ś r e d n i m źródłem zagrożenia nie jest embrion, ale zmiany dokonujące się w tkance organu, w którym on się rozwija. Jak już podkreślono, w wyniku zagnieżdżenia się w niej embrionu, ulega ona rozciąganiu przekraczającemu jej zdolności dostosowawcze oraz „trawieniu” przez wrastający w nią trofoblast, a wraz z tymi procesami zaostrza się ryzyko jej rozdarcia/pęknięcia i wykrwawienia się kobiety. Konieczne jest usunięcie tej tkanki, a niekiedy nawet całego organu. Skutkiem ubocznym tej ingerencji jest – niestety – niemożliwe do uniknięcia zakończenie ciąży i wtórna śmierć dziecka. Na powyższą ingerencję medyczną trzeba więc spojrzeć z perspektywy dwóch klasycznych zasad moralnych-

²⁴ Przykładem poważnej rozbieżności w interpretacji przedmiotu omawianej ingerencji jest argumentacja pojawiająca się w dyskusji na temat usunięcia niszczonej przez raka macicy kobiety ciężarnej, jaką przeprowadziły dwie znane w świecie nauki osobistości: Arthur Vermeersch (profesor teologii moralnej i etyki uniwersytetu gregoriańskiego w Rzymie) i Agostino Gemelli (lekarz i humanista, rektor uniwersytetu Serca Jezusowego w Mediolanie): A. Vermeersch. *De causalitate per se et per accidens, seu directa et indirecta*. „Periodica de re morali, canonica et liturgica” 21:1932 z. 2 s. 101*-116*; A. Gemelli. *De l'avortement indirect. Application à l'avortement des notions de causalité per accidens et de causalité indirecte*. „Nouvelle Revue Théologique” [cz. 1] 65:1933 t. 60 nr 6 s. 500-527; [cz. 2] 65:1933 t. 60 nr 7 s. 577-599; A. Vermeersch. *Avortement direct ou indirect. Réponse au T.R.P. Gemelli, OFM*. „Nouvelle Revue Théologique” 65:1933 t. 60 nr 7 s. 600-620; A. Gemelli. *Encore l'avortement indirect. Réponse au T.R.P. Vermeersch, S.I.* „Nouvelle Revue Théologique” 65:1933 t. 60 nr 8 s. 687-693. Por. także podsumowanie tej dyskusji: G. Ceriani. *Aborto diretto o indiretto? Ai margini di una polemica tra Padre Gemelli e Padre Vermeersch*. „La Scuola Cattolica” 62:1934 s. 79-86; por. także A. Gennaro. *Isterectomia. Liceità della estirpazione di un utero gravido canceroso. Note e documenti*. Torino 1943.

²⁵ Jan Paweł II. Encyklika *Evangelium vitae*. Rzym 1995 nr 62.

bioetycznych: zasady całościowości i zasady „voluntarium indirectum” (czynu o podwójnym skutku).

Pierwsza z tych zasad²⁶ została wstępnie nakreślona już przez pap. Piusa XI. Omawiając problem sterylizacji, uczy on, że „człowiek rozporządza częściami swojego ciała tylko do tych celów, do których ze swej natury są przeznaczone. Nie można ich niszczyć lub kaleczyć lub w jakiś inny sposób udaremnić naturalnego ich przeznaczenia, chyba że tego domaga się zdrowie całego organizmu”²⁷. Papież Pius XII dodaje ze swej strony: „Pacjent nie jest absolutnym dysponentem samego siebie, swojego ciała, swojego ducha; nie może więc dysponować w sposób dowolny samym sobą, kierując się własnym upodobaniem. Sam motyw, którym się kieruje, nie jest jeszcze wystarczający, ani decydujący. [...] Jednakże, na mocy zasady całościowości, to znaczy na mocy prawa użycia i posługiwania się organizmem jako całością, może on zadysponować pojedynczymi częściami, niszcząc je lub okaleczając, wtedy i w takiej mierze, jak to jest konieczne dla dobra całości, dla zagwarantowania jej istnienia, dla uniknięcia, a także dla zaradzenia ciężkim i długotrwałym szkodom, które nie mogłyby być w inny sposób uniknione, ani którym nie można w inny sposób zaradzić”²⁸. W świetle tak sformułowanej zasady naruszenie integralności ciężarnej kobiety w postaci usunięcia fragmentu lub całego organu jest moralnie dopuszczalne, gdyż jest podyktowane koniecznością ratowania tej całości, jaką stanowi jej organizm, a ostatecznie jej życie (jeżeli tego celu nie można osiągnąć przy pomocy innego działania, mniej inwazyjnego, minimalizując jego negatywne skutki).

²⁶ Szerokie omówienie zasady całościowości z licznymi odniesieniami: por. J. Wróbel. *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków: SCJ 1999 s. 355-398.

²⁷ Encyklika *Casti connubii*. Rzym 1930. Tekst polski w: „Chrześcijanin w świecie” 18:1986 nr 148-149 s. 122.

²⁸ *La sperimentazione medica sull'uomo*. Przemówienie do uczestników pierwszego kongresu histopatologii systemu nerwowego (14.09.1952). W: *Biologia, medicina ed etica. Testi del Magistero cattolico*. Red. P. Verspieren. Brescia: Queriniana 1990 s. 288.

Druga z tych zasad²⁹, niezmiennie przywoływana w nauczaniu Magisterium Kościoła, uznaje za dozwoloną ingerencję medyczną, z którą jest związany skutek uboczny zły (w omawianym przypadku: śmierć embrionu czy płodu), jeżeli zostają spełnione cztery warunki:

1) czyn sam w sobie jest moralnie dobry lub przynajmniej obojętny (moralny charakter omawianej ingerencji usunięcia tkanki zagrażającej życiu kobiety uzasadnia zasada całościowości);

2) skutek bezpośredni tego czynu jest dobry (jest nim faktycznie uratowanie życia matki);

3) skutek bezpośredni (dobry) jest celem działającego, a zły co najwyżej tolerowany (zakłada się, że intencją motywującą postępowanie lekarza jest ratowanie życia matki; warunek ten nie byłby spełniony, a ingerencja byłaby niemoralna, gdyby lekarz intencjonalnie zmierzał do zniszczenia rozwijającego się dziecka, czyli osiągnięcie takiego skutku – śmierci dziecka – stanowiłoby motyw jego postępowania; warunek ten nie byłby moralny również w takim przypadku, jeżeli możliwe byłoby jednoczesne uratowanie życia matki i dziecka, nawet ze znaczną stratą w zakresie ich zdrowia³⁰);

4) istnieją proporcjonalnie ważne racje dla spełnienia tej ingerencji (uratowanie życia matki jest już taką racją, zwłaszcza, że lekarz nie jest w stanie uratować życia dziecka).

Powyższe zestawienie zasad postępowania, włącznie z ogólnymi zasadami moralnymi, pozwala łatwo odgadnąć, jaka winna być natura koniecznej ingerencji

²⁹ Szerokie omówienie zasady czynu o podwójnym skutku z licznymi odniesieniami: por. Wróbel. *Człowiek i medycyna* s. 331-353.

³⁰ Por. Piux XII. Przemówienie do „Frontu Rodziny” i Stowarzyszenia Rodzin Wielodzietnych *Iis qui interfuerunt Conventui, Romae habito, Sodalitatis vulgo nuncupatae «Fronte della Famiglia» atque Consociationum inter Familias copiosae prolis*. 26 listopada 1951 r. AAS 43:1951 t. 18 s. 857: “Niewinne życie ludzkie, niezależnie od tego, w jakim stanie się znajduje, winno być chronione od pierwszego momentu swojego istnienia przed jakimkolwiek zamierzonym [bezpośrednim] zamachem [...]. Zasada ta odnosi się tak do życia dziecka, jak i matki. Nigdy i w żadnym przypadku Kościół nie nauczał, że życie dziecka winno być przekładane nad życie matki. Jest rzeczą błędną ujmowanie tej kwestii w postaci alternatywy: albo życie dziecka, albo życie matki. Nie, ani życie matki, ani życie dziecka nie mogą stać się przedmiotem aktu bezpośredniego zniszczenia. Czy to w odniesieniu do jednej czy do drugiej strony ważny jest tylko jeden wymóg: czynić wysiłek, aby ocalić życie obydwu, matki i dziecka”.

rozwiązującej ciężę ektopową. Celem bezpośrednim i zamierzonym działania lekarza w omawianym przypadku musi być tkanka lub organ matki, ale tylko w obrębie zmian stwarzających zagrożenie dla jej życia i przy minimalizowanych skutkach negatywnych, mimo że w tę tkankę jest wrośnięty embrion i w wyniku tego zabiegu obumrze on. Jego śmierć w przypadku takiego działania ma charakter skutku ubocznego, niezamierzonego.

Powyższa interpretacja znajduje autorytatywną afirmację w kilku wypowiedziach Magisterium Kościoła. Dokument Kongregacji Nauki Wiary z 12 lipca 2009 roku, przytaczając w pewnym momencie słowa pap. Piusa XII z 26.11.1951 r., uczy: „Gdy chodzi o problem pewnych terapii mających na celu zachowanie zdrowia matki, to trzeba dobrze rozróżnić między dwoma odmiennymi przypadkami: z jednej strony zabiegiem powodującym bezpośrednio śmierć płodu, zwanym czasem niewłaściwie aborcją «terapeutyczną», który nigdy nie może być dozwolony, gdyż jest bezpośrednim zabójstwem niewinnej istoty ludzkiej, a z drugiej strony zabiegiem, który sam w sobie nie jest aborcją, choć może wywołać jako uboczny skutek śmierć dziecka: «Jeśli na przykład ratowanie życia przyszłej matki, niezależnie od tego, że jest ona w stanie ciąży, wymagałoby pilnie operacji chirurgicznej czy innego zabiegu terapeutycznego, który miałby jako uboczny skutek, bynajmniej nie chciany ani nie zamierzony, jednak nieunikniony, śmierć płodu, to takiego aktu nie można by nazwać bezpośrednim zamachem na niewinne życie. W takich warunkach operację można uznać za dozwoloną, tak jak inne podobne zabiegi medyczne, zawsze pod warunkiem, że chodzi o dobro wysokiej wartości, jakim jest życie, i że niemożliwe jest przesunięcie jej po urodzeniu dziecka ani zastosowanie innego skutecznego środka»³¹.

³¹ Kongregacja Nauki Wiary. *Wyjaśnienie na temat aborcji* (12.07.2009). [Http://storico.radiovaticana.va/pol/storico/2009-07/301864_wyjasnienie_kongregacji_nauki_wiary_o_aborcji.html](http://storico.radiovaticana.va/pol/storico/2009-07/301864_wyjasnienie_kongregacji_nauki_wiary_o_aborcji.html) (link z 12.07.2009); por. także Congregazione per la Dottrina della Fede. *Chiarificazione sull'aborto procurato*. “L'Osservatore Romano”, 149:2009 nr 157 s. 7 (link z 11.07.2009); także [Http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20090711_aborto-procurato_it.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20090711_aborto-procurato_it.html) (link z 11.07.2009); por. także Pius XII. Przemówienie do „Frontu Rodziny” i Stowarzyszenia Rodzin Wielodzietnych *Iis qui interfuerunt Conventui, Romae habito, Sodalitatis vulgo nuncupatae «Fronte della Famiglia» atque Consociationum inter Familias copiosae prolis*. 26.11.1951 r. AAS 43:1951 t. 18 s. 859.

Zamykając powyższą kwestię, należy dodać, że zgodnie z chrześcijańskim spojrzeniem na ludzkie ciało i zwłoki człowieka, tkanki z embrionem nie powinno się wyrzucać do odpadów, ale winno się pozwolić mu obumrzeć w „godnym miejscu”, a następnie jego szczątki pochować również w miejscu przeznaczonym na ten cel, gdyż „zwłokom ludzkiego płodu przysługuje ten sam szacunek i godne podejście, jak zwłokom człowieka dorosłego”³². Szczegółowe wskazania podaje Instrukcja Kongregacji Nauki Wiary *Donum vitae*: „Zwłoki embrionów lub płodów ludzkich, pochodzące z dobrowolnych przerwania ciąży czy też nie, powinny być uszanowane tak jak zwłoki innych istot ludzkich. W szczególności nie mogą być przedmiotem okaleczenia i sekcji zwłok, jeśli ich śmierć nie została ustalona i bez zgody rodziców lub matki. Ponadto powinno się zawsze uwzględniać wymóg moralny, że nie było w tym żadnego współdziałania w dobrowolnym przerywaniu ciąży i nie spowodowało się zgorzenia. Zarówno w przypadku martwych płodów, jak i osób dorosłych, wszelka praktyka handlowa powinna być uważana za niegodziwą i zabronioną”³³. Analogiczne stwierdzenie pojawia się w *Karcie Pracowników Służby Zdrowia*³⁴ oraz w *Katechizmie Kościoła Katolickiego*³⁵.

³² P. Morciniec. *Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych. Studium teologicznomoralne*. Opole: Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego 2000 s. 246-248; tenże *Bioetyka personalistyczna wobec zwłok ludzkich*. Opole: Wyd. Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego 2009 s. 163-164.

³³ Nr I, 4.

³⁴ Por. Papieska Rada d.S. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Watykan 1995 nr 146: „[...] Płodowi już umarłemu należy szacunek właściwy zwłokom ludzkim. Zakłada to, że nie można niszczyć go jak jakiegokolwiek odpadku. W granicach możliwości powinien być odpowiednio pogrzebany”.

³⁵ Por. Poznań: Pallottinum 2002² nr 2300: „Ciała zmarłych powinny być traktowane z szacunkiem i miłością wypływającą z wiary i nadziei zmartwychwstania. Grzebanie zmarłych jest uczynkiem miłosierdzia względem ciała; jest uczczeniem dzieci Bożych, będących świątynią Ducha Świętego”.

Bp Józef Wróbel SCJ

Bibliografia:

Źródła:

Pius XI. *Casti connubii*. Rzym 1930;

Piux XII. Przemówienie do „Frontu Rodziny” i Stowarzyszenia Rodzin Wielodzietnych *Iis qui interfuerunt Conventui, Romae habito, Sodalitatis vulgo nuncupatae «Fronte della Famiglia» atque Consociationum inter Familias copiosae prolis*. 26.11.1951 r. AAS 43:1951 t. 18 s. 855-860.

Pius XII. *La sperimentazione medica sull'uomo*. Przemówienie do uczestników pierwszego kongresu histopatologii systemu nerwowego (14.09.1952). W: *Biologia, medicina ed etica. Testi del Magistero cattolico*. Red. P. Verspieren. Brescia: Queriniana 1990 s. 285-294;

Jan Paweł II. Encyklika *Evangelium vitae*. Rzym 1995;

Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja *Quaestio de abortu procurato*. Rzym 1974;

Kongregacja Nauki Wiary. *Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia «Donum vitae»*. Rzym 1987;

Congregazione per la Dottrina della Fede. *Chiarificazione sull'aborto procurato*. “L'Osservatore Romano”, 149:2009 nr 157 s. 7 (link z 11.07.2009); także [Http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20090711_aborto-procurato_it.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20090711_aborto-procurato_it.html) (link z 11.07.2009);

Kongregacja Nauki Wiary. *Wyjaśnienie na temat aborcji* (12.07.2009). [Http://storico.radiovaticana.va/pol/storico/2009-07/301864_wyjasnienie_kongregacji_nauki_wiary_o_aborcji.html](http://storico.radiovaticana.va/pol/storico/2009-07/301864_wyjasnienie_kongregacji_nauki_wiary_o_aborcji.html) (link z 12.07.2009);

Papieska Rada do Spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia. *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Watykan 1995;

H. Denzinger. *Enchiridion Symbolorum, definitionum et declarationum de rebus fidei et morum*. Red. P. Hünermann. Bologna : Edizioni Dehoniane 2003⁴;

Literatura etyczna i teologicznomoralna:

Ceriani G. *Aborto diretto o indiretto? Ai margini di una polemica tra Padre Gemelli e Padre Vermeersch*. „La Scuola Cattolica” 62:1934 s. 79-86;

Eschbach A. *Casus de ectopicis seu extrauterinis concepibus de procuratione abortus*. Romae: Drukarnia S. Joseph 1894;

Gemelli A. *De l'avortement indirect. Application à l'avortement des notions de causalité per accidens et de causalité indirecte*. „Nouvelle Revue Théologique” [cz. 1] 65:1933 t. 60 nr 6 s. 500-527;

Gemelli A. *De l'avortement indirect. Application à l'avortement des notions de causalité per accidens et de causalité indirecte*. „Nouvelle Revue Théologique” [cz. 2] 65:1933 t. 60 nr 7 s. 577-599;

Gemelli A. *Encore l'avortement indirect. Réponse au T.R.P. Vermeersch, S.I.* „Nouvelle Revue Théologique” 65:1933 t. 60 nr 8 s. 687-693 ;

Gennaro A. *Isterectomia. Liceità della estirpazione di un utero gravido canceroso. Note e documenti*. Torino 1943.

Morciniec P. *Bioetyka personalistyczna wobec zwłok ludzkich*. Opole: Wyd. Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego 2009;

Morciniec P. *Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych. Studium teologicznomoralne*. Opole: Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego 2000;

Otowicz R. *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*. Kraków: Wyd. WAM 1998 s. 147-184.

Vermeersch A. *Avortement direct ou indirect. Réponse au T.R.P. Gemelli, OFM*. „Nouvelle Revue Théologique” 65:1933 t. 60 nr 7 s. 600-620;

Vermeersch A. *De causalitate per se et per accidens, seu directa et indirecta.* „Periodica de re morali, canonica et liturgica” 21:1932 z. 2 s. 101* -116*;

Wróbel J. *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych.* Kraków: SCJ 1999;

Wróbel J. *Kiedy ciało może przyjąć duszę.* „W drodze” 1990 nr 3(199) s. 19-29;

Literatura medyczna:

“BBC News”. *Ovary Baby Survives Against Odds* (31.05.2008).
[Http://newsvote.bbc.co.uk/mpapps/pagetools/print/news.bbc.co.uk/2/hi/health/7427907.st](http://newsvote.bbc.co.uk/mpapps/pagetools/print/news.bbc.co.uk/2/hi/health/7427907.st)

Bartel H. *Embriologia.* Warszawa: PZWL 2007 s. 99.

Ciąża ectopowa. W: *Wielka encyklopedia medyczna.* Red. E. Cravetto. T. 4. Warszawa: Editorial Planeta DeAgostini S.A. 2011 s. 123-125.

Ciąża o przebiegu nieprawidłowym. W: *Położnictwo i ginekologia.* Red. G.H. Bręborowicz. T. 1: *Położnictwo.* Warszawa: PZWL 2008 s. 77-182.

Molly żyje! Dziecko z ciąży pozamacicznej urodziło się zdrowe. „Human Life International – Polska” (2006.08.07).
[Http://www.hli.org.pl/xoops/modules/news/article.php?storyid=23](http://www.hli.org.pl/xoops/modules/news/article.php?storyid=23));

Na przekór medycynie dziecko z ciąży pozamacicznej urodziło się zdrowe. „Puls pro-life” (03.06.2008). [Http://www.pro-life.org.pl/2008/06/na-przekr-medycynie-dziecko-z-cizy.html](http://www.pro-life.org.pl/2008/06/na-przekr-medycynie-dziecko-z-cizy.html));

Skrzypczak J. *Ciąża ectopowa.* W: *Położnictwo i ginekologia.* Red. G.H. Bręborowicz. T. 1: *Położnictwo.* Warszawa: PZWL 2008;

Słomko Z. *Ciąża ectopowa.* W: *Medycyna perinatalna. Suplement.* Warszawa: PZWL 1994 s. 245-247, 259-266;

Speroff L., Fritz M.A. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność.* Warszawa: MediPage 2007.

Streszczenie:

Jeden z trudnych przypadków, z którymi spotyka się praktyka biomedyczna, dotyczy etycznego postępowania w przypadku ciąży ektopowej (pozamacicznej). Dość powszechne jest przekonanie, że ciąża ektopowa musi być szybko zakończona, gdyż takie postępowanie daje dobre rokowania i pozwala zminimalizować ryzyko śmierci matki. W sytuacjach niecierpiących zwłoki rozwijający się płód usuwa się na drodze ingerencji inwazyjnej. W przypadku wczesnie rozpoznanej ciąży ektopowej medycyna wybiera raczej oddziaływanie farmakologiczne, przeważnie przy pomocy metotreksatu (methotrexate). W wymiarze praktycznym powyższe działania są jednak bezpośrednio wymierzone w embrion, powodując jego zniszczenie.

W przypadku wczesnego wykrycia takiej ciąży i dobrej kondycji zdrowotnej matki, możliwe jest również powstrzymanie się od natychmiastowych ingerencji i wyczekiwanie połączone z uważną obserwacją. Dość częste są bowiem przypadki samowyleczenia. Znane są również rzadkie przypadki donoszenia ciąży ektopowej i urodzenia zdrowego dziecka.

Z punktu widzenia chrześcijańskiego wykluczone jest działanie wymierzone wprost w ludzki embrion. Dobrym wyborem jest obserwacja, czy embrion sam nie obumrze lub nie nastąpi spontaniczne poronienie, nie tracąc również nadziei, że ciąża będzie się dalej rozwijała, nie stwarzając nadmiernego zagrożenia dla życia matki.

Najtrudniejsze z moralnego punktu widzenia jest rozpoznanie bliskiego w czasie pęknięcia jajowodu lub szyjki macicy, przeważnie po 7-10 tygodniach ciąży. Moralnie dopuszczalne jest usunięcie tkanki lub organu (jego części), w którym embrion się zagnieżdżył. Źródłem zagrożenia dla matki nie jest embrion, ale zmiany dokonujące się w tkance organu, w którym on się rozwija. Konieczne jest jej usunięcie i ona jest celem chirurgicznej ingerencji. Skutkiem ubocznym tej ingerencji jest niemożliwe do uniknięcia zakończenie ciąży i wtórna śmierć dziecka. Taką ingerencję medyczną ocenia się więc z perspektywy dwóch klasycznych zasad

moralnych: zasady całościowości i zasady „voluntarium indirectum” (czynu o podwójnym skutku). Powyższa interpretacja znajduje afirmację w wypowiedziach Magisterium Kościoła (Odpowiedź Świętego Oficjum dana meksykańskiemu biskupowi z Sinaloa z 04.05.1898 – Denz. 3338; Dokument Kongregacji Nauki Wiary. *Wyjaśnienie na temat aborcji* (12.07.2009); także Congregazione per la Dottrina della Fede. *Chiarificazione sull'aborto procurato*. “L'Osservatore Romano”, 149:2009 nr 157 s. 7).

Słowa kluczowe: ciąża ektopowa, aborcja, ludzki embrion.