

SPIS TREŚCI

TRZEBA MÓWIĆ O IN VITRO.....	2
PRASA LEKARSKA NIE MOŻE URZĄDZAĆ PROPAGANDY IN VITRO!	18
SKANDAL!!! Nie wpuścili dziennikarza prawy.pl na TARGI IN VITRO!	24

TRZEBA MÓWIĆ O IN VITRO

Rozmowa z prof. Aliną T. Midro,
kierownikiem Zakładu Genetyki Klinicznej
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
rozmawia Tomasz Krzyżak

Po mojej rozmowie z księdzem Franciszkiem Longchamps de Berier, pod jego adresem padło sporo ostrych słów.

Niesłusznie. Ksiądz profesor dotknął bardzo złożonej i trudnej problematyki zmian genetycznych i zadał sobie trud poznania i przedstawienia objawów klinicznych bardzo rzadkich czterech zespołów genetycznych, które u dzieci poczętych z pomocą in vitro obserwowano z większą częstością. Mamy na to dowody naukowe, bo np. zespół Beckwitha – Wiedemana, o którym w populacji dzieci poczętych naturalnie występuje z częstością 1:13 700 a u dzieci po in vitro 6:15 162 jak obliczyli Francuzi (Viot i wsp 2010), ale to jest jedno z nielicznych rzadkich schorzeń, które mają takie dokładne opracowanie częstości występowania u dzieci i konieczne są dalsze badania, choć problem jest jeszcze bardziej skomplikowany niż się wydaje..

Mamy dowody? Rzecznik Praw Dziecka stwierdził kilka dni temu, że nie ma żadnych naukowych badań, które potwierdzają tezy o zagrożeniach genetycznych u dzieci poczętych w ten sposób.

Można też przewrotnie zapytać, jakie były robione badania, które by to wykluczyły. Nie słyszałam, aby w Polsce ktoś podjął się oceny zaburzeń genetycznych u dzieci po in vitro, ale na świecie takie badania kontrolne są przeprowadzane i rodzice są uprzedzani o ryzyku powstawania tych zaburzeń,. Same szacunki wielkości ryzyka pozostawiają jeszcze dużo wątpliwości Robiono takie badania na przykład w Szwecji, we Francji, Holandii, Belgii, Australii, USA, w Niemczech i wielu innych Te badania nie są u nas jeszcze upowszechnione. Udało mi się niektóre dane prezentować w środowisku naukowym i opinii publicznej z uwagi na moje zainteresowania naukowe sprawami epigenetycznej regulacji funkcji genów rzadkich schorzeniach, które sama diagnozowałam w poradni genetycznej. W Białymstoku przedstawiałam to na konferencjach w 2010, 2011, 2012 i jedno z moich opracowań przeglądowych na bazie ok. 30 prac naukowych wybranych z kilkuset, co zostało opublikowane w ponad 100 stronicowych Materiałach Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Otoczmy troską życie”, wraz z innymi referatami. Jest tam pełna bibliografia i osoby zainteresowane tematem mogą sięgnąć do tego opracowania. Jest też w języku polskim książka Sta-

niśława i Małgorzaty Cebrat pt. „Człowiek przejrzysty” na temat genetycznych zagrożeń człowieka wywołanych procedura in vitro.

Ale przecież wady genetyczne występują również u dzieci poczętych w sposób naturalny.

Tak. Ale u dzieci poczętych in vitro niektóre zespoły wad występują kilka razy częściej, albo pojawiają się schorzenia, których nigdy nie obserwowano w danej rodzinie. Okazuje się, że dojrzewanie komórek jajowych poza organizmem matki, a następnie rozwój wczesnego zarodka in vitro dokonują się w innych warunkach i czynniki środowiskowe takie jak światło, skład płynów odżywczych i inne, mogą wywołać zmiany w przebiegu procesów molekularnych. Jest jedną z przyczyn obumierania dziecka na różnych etapach rozwoju prenatalnego, wpływając na niski wskaźnik skuteczności tej metody, mierzony liczbą urodzeń dzieci, w stosunku do liczby prób ich uzyskania.

Jakie to zmiany?

Między innymi dotyczy to szczególnego zjawiska wyłączenia niektórych genów na jednym z alleli pary rodzicielskiej, zwanych genami imprintingowymi od słowa angielskiego „imprintnig”- piętnowanie, naznaczenie. Są to takie geny, których ekspre-

sja jest wyciszana za pomocą mechanizmu metylacji fragmentów DNA. Jest to tzw. znakowanie epigenetyczne a jego zaburzenia nazywane są epimutacjami. Wyciszenie, czyli „napiętnowanie” poprzez metylację najczęściej promotora danego genu następuje w czasie zapłodnienia i we wczesnych stadiach rozwojowych. Z tego względu naruszenie prawidłowych warunków zapłodnienia może prowadzić do zaburzeń mechanizmu piętnowania genomowego bądź jego utrzymania w kolejnych fazach rozwoju, a to z kolei może prowadzić do wywołania schorzeń epigenetycznych u dziecka poczętego w wyniku procedur zapłodnienia pozaustrojowego in vitro.

Strasznie to skomplikowane.

Rzeczywiście. Niestety bez zrozumienia żadna dyskusja nie będzie miała sensu. Pokazało to dobitnie zamieszanie po wywiadzie księdza Longchamps de Berier. Ocena rysów twarzy jest jednym z elementów badania fenotypu morfologicznego, który ulega modyfikacji pod wpływem zmian w podłożu genetycznym. Wykorzystuje się to do diagnozy. Kombinacja poszczególnych współwystępujących cech określanych jako spectrum cech danego zespołu daje nam rozpoznanie kliniczne schorzenia genetycznego. Wymaga one jeszcze potwierdzenia odpowiednim testem genetycznym czy takie zmiany są rzeczywiście w podłożu genetycznym I sprawdzenia, jakie wady narządów wewnętrznych mogą też występować równolegle. Dzisiaj znamy tylko część

spośród wielu tysięcy schorzeń genetycznych, które się mogą manifestować u człowieka zmianami morfologicznymi, które są cenna wskazówka diagnostyczną. Możemy dzisiaj też korzystać z komputerowych baz danych, aby usprawnić ocenę indywidualnego zbioru cech danego człowieka w relacji do cech wywołanych możliwymi zaburzeniami podłoża genetycznego.

Ja odniosłem wrażenie, że znaczna część osób, która się wypowiedziała na ten temat wcale wywiadu nie przeczytała.

Być może. Wygłaszaniu niesprawiedliwych osądów w odniesieniu jednego zdania mogłoby o tym świadczyć. Dziwę się panu Redaktorowi Adamowi Michnikowi, który jest laureatem Nagrody św. Kamila, którą odbierał na moich oczach przed kilku laty, że pozwala na publikacje nierzetelnych komentarzy dodatkowo z pejoratywnym wydźwiękiem używanych sformułowań w stosunku do osób z zespołami genetycznymi.

Wróćmy do genetyki. W którym momencie zapłodnienia pozaustrojowego może dojść do zaburzeń genetycznych?

Przy in vitro komórki rozrodcze łączy się ze sobą w naczyniach hodowlanych poza organizmem matki. Komórki narażone są na działanie światła i płynów odżywczych, a także na zmiany w procesach zachodzących w pęcherzyku jajowym wystymulowanym sztucznie do dojrzewania przez podanie środków hormonalnych zdrowej kobiecie w celu otrzymania większej liczby komórek jajowych niż wytwarza kobieta podczas naturalnego cyklu. Właśnie wtedy dochodzi do zaburzeń znakowania genów poprzez biochemiczne reakcje metylacji nukleotydów. Uproszczę to jeszcze bardziej. Pierwsze dziecko z próbówki w Polsce było również dzięki wodzie dejonizowanej przywiezionej z Anglii, bo nasza białostocka – nawet destylowana – nie nadawała się. To jest najlepszy przykład zagrożeń poczętego w szkle dziecka.

Możemy wyróżnić jakieś formy kliniczne spowodowane efektem tego nieprawidłowego piętnowania, o którym pani mówi?

Oczywiście. Wspominał już o kilku z nich ksiądz de Berier. Mechanizmy prowadzące do tych zmian klinicznych mogą być różnorodne i bardzo złożone. Ich powstawanie w wyniku zmian środowiskowych skutkujących wystąpieniem epimutacji, to tylko jedna przyczyna z wielu możliwych. Na modelach zwierzęcych już dawno udowodniono związek tych zaburzeń z procedurą in vitro a u ludzi także poprzez badania

materiału z poronień po in vitro, nie tylko poprzez trudną i nie zawsze dostępną oceną dzieci urodzonych po in vitro

Są też inne możliwe mechanizmy działania niż zaburzenia piętnowania genomowego.

Już w 1999 roku zapoznałam się w Brukseli pracą naukowców badających częstość zmian chromosomowych u dzieci urodzonych w wyniku procedury in vitro. Okazało się, że wówczas także częściej dochodzi do nie rozdzielania się chromosomów w czasie podziału komórkowego niż by to wynikało z wieku matki. Jeden z chromosomów może się gdzieś zatrzymać lub przejść nieprawidłowo razem z innym w parze homologicznej. I wtedy mamy częściej występujący zespół cech opisany przez dr Downa czy Turnera, itd. Ja osobiście badałam już w poradni genetycznej dzieci z zespołem Downa, które przyszły na świat po in vitro. Przypadek???

Podczas tej medialnej burzy największe oburzenie wywołały słowa księdza dotyczące dodatkowej bruzdy na twarzy oraz stwierdzenie, że są w Polsce lekarze, którzy na pierwszy rzut oka rozpoznają dziecko poczęte in vitro.

Osobiście ataki na księdza odebrałam jako potrzebę obrony wielkich interesów klinik in vitro. Może się mylę, jeśli profesorowie, którzy się wypowiadają nie mają tam zatrudnienia. W nauce nazywa się to konflikt interesów, jeśli publikuje się wyniki badań związanych z korzyściami materialnymi.

Co ciekawe, wypowiadały się osoby, które albo nie znają, albo jeszcze nie doceniają wiedzy z zakresu współczesnej dysmorfologii niezbędnej w rozpoznawaniu zespołów cech wskazujących na obecność zmian genetycznych. Być może nie znają jeszcze znaczenia pojęcia tzw. „facial gestalt” używanego w dysmorfologii, ważnego działu genetyki klinicznej.

Odniosę się do stwierdzenia o lekarzach. Przecież ksiądz nie powiedział, że rozpoznania dokona każdy lekarz. Powiedział, że „są tacy lekarze” – a to znaczna różnica. W niektórych zespołach wad genetycznych o których już wspominałam, pojawiają się zmiany morfologiczne na twarzy. Na podstawie współwystępowania grupy określonych cech jesteśmy w stanie rozpoznać konkretny zespół wad genetycznych i próbować potwierdzić to odpowiednio dobranym testem genetycznym czy cytogenetycznym. Dobrze, jeśli dany gen, którego mutacje prowadzą do takich zmian jest już poznany, czy oczekujemy na podstawie oceny klinicznej też zmian grupy genów lub ich przegrupowań w obrębie segmentów chromosomowych.

Może to zrobić każdy lekarz?

Nie. To wymaga ogromnej wiedzy. Zespoły genetyczne klinicznie możemy rozpoznawać także dzięki dysmorfologii, czyli nauki o cechach morfologicznych fenotypu morfologicznym jest bowiem bardzo dużo cech, które my nazywamy dysmor-

ficznymi. To są takie cechy (ok. 200-800), których zestaw może nam pomóc postawić diagnozę kliniczną. Ale musimy ją zweryfikować jeszcze testem genetycznym. Ilustracją tego o czym mówię, niech będą dzieci z zespołem Downa, zespołem najczęściej występującym spośród około 20 tysięcy znanych już zespołów genetycznych. Skośnie ustawione szpary powiekowe, zmarszczka nakątna, nisko osadzone uszy - to tylko kilka niektórych cech z szerokiego spectrum objawów z Downa. Dzieśięć cech z tzw. spectrum cech zaobserwowanych u dziecka wystarcza nam do tego, by postawić rozpoznanie kliniczne, wymagające oczywiście weryfikacji testem cytogenetycznym. I wtedy dowiemy się, że te dzieci są dlatego do siebie podobne, jak rodzeństwo, bo mają dodatkowy materiał z chromosomu 21. Niektóre moje diagnozy kliniczne sprzed 20 lat mogłabym weryfikować dopiero dzisiaj, kiedy odkryty jest właśnie dany gen, jak dla zespołu Floating-Harbor czy Hajdu-Cheney, ale dorośli już pacjenci dzisiaj boją się tej weryfikacji i nie wyrażają zgody na proponowane im teraz badanie, być może z powodu utrwalonych stereotypów negatywnego społecznego odbioru zaburzeń genetycznych.

Reasumując: można rozpoznać dany zespół, jeśli się go zna. I genetycy, którzy wiedzą, że obecność niektórych zespołów cech wskazujących na obecność schorzenia natury genetycznej jest większa u dzieci poczętych metodą *in vitro*, z dużą dozą

prawdopodobieństwa mogą to stwierdzić na podstawie rysów twarzy. Żeby jednak postawić ostateczną diagnozę, muszą zrobić weryfikujące testy.

Miała pani w swojej praktyce lekarskiej taki przypadek?

Tak. Pamiętam, że gdy opowiadałam studentom o fenotypie morfologicznym cech zespołu Wolfa-Hirschhorna, który najpierw znałam z podręcznika na podstawie fotografii publikowanych i dopiero po pięciu latach trwania moich wykładów przyszła do mnie mama z kilkumiesięcznym dzieckiem. Po pierwszym spojrzeniu na jego twarz wiedziałam o jaki zespół chodzi. Oczywiście, weryfikację potwierdzałam testem genetycznym. Aby być dobrze zrozumiana dodam, że to dziecko nie było po in vitro. To tylko podaję jako przykład, że znajomość współwystępowania określonych rysów twarzy jest pomocna przy stawianiu rozpoznania. Mogłabym mnożyć takie przykłady i zainteresowanych zachęcam do przeczytania mojej książki „Istnieć, żyć i być kochanym”.

Czyli z czystym sumieniem możemy obalić mit o stygmatyzacji dzieci z in vitro?

Tak. Jestem przekonana, że lekarze pierwszego kontaktu, czy ginekolodzy czy nawet tzw. ludzie na ulicy nie rozpoznają większości konkretnych zespołów cech wskazujących na obecność schorzeń genetycznych, bez odpowiedniej wiedzy. Na przykład

Jacqueline Kennedy miała specyficzną cechę dysmorficzną, która dodawała jej tylko urody. Genetycy wiedzą, że to hiperteloryzm, czyli jedna z cech należąca do genetycznego spectrum różnych zespołów genetycznych. Czy z tego powodu była dyskryminowana? Jedna jaskółka wiosny nie czyni. Jak widać jest to trudna dyscyplina i wymaga dużej praktyki i doświadczenia, bo nie ma jednej cechy a wiele, których znajomość współwystępowania jest wskazówką do dalszych badań.

Skąd zatem tyle krzyku?

Może z niewiedzy? Nieuprzedzeni o zagrożeniach związanych z in vitro rodzice są przekonani, że ich kochane przecież dziecko jest zdrowe i będą walczyć o jego dobry wizerunek. Stąd być może te agresywne postawy. Dlatego uważam, że trzeba o tym rozmawiać. I uważam, że dobrze się stało, że zainteresowanie księdza tą problematyką rozpętało taką dysputę, wskazując, jak my, polskie społeczeństwo, jesteśmy tak nietolerancyjni wobec istnienia naturalnych odmienności genetycznych natury ludzkiej.. Jestem dla niego pełna podziwu za chęć zgłębiania tajemnic trudnej dziedziny, w imię prawdy i pobudzenia do refleksji nad naszym działaniem. Moje wywiady w prasie sprzed roku nie miały takiego odzewu, pomimo mojej profesorskiej fachowości. Być może dzisiaj inaczej wyglądałaby taka dyskusja, wobec podniesionych przez księdza problemów.

Pani Profesor, ale pojawiają się zarzuty, że badania dotyczące wad genetycznych u dzieci zrodzonych z in vitro są mało wiarygodne.

Bo sprawa poczęcia danego dziecka z in vitro jest ukrywana w wielu przypadkach. Rodzice nie życzą sobie badań, nie zgłaszają się na nie i nie wiem, ilu zaproponowano badanie genetyczne, skoro lekarze pierwszego kontaktu nie rozpoznają schorzeń genetycznych. Boją się też genetyki rodzice dzieci poczętych naturalnie. Wpływa to na wiarygodność badań epidemiologicznych ilościowych. Kolejna przeszkoda ograniczająca wiarygodność to trudności w doborze odpowiednich grup kontrolnej np. takiej, która pozwoliłaby odgraniczyć wpływ statusu zdrowotnego par niepełnych na powstawanie zaburzenia u dziecka. Kolejna to ogromna liczba zaburzeń genetycznych w swej różnorodności i trudności w rozpoznaniu wszystkich rzadkich możliwych zaburzeń. Pomocne więc są tu badania jakościowe, wynikające ze znajomości procesów molekularnych i metabolicznych podczas zapłodnienia i wczesnego rozwoju. Problem z in vitro jest taki, że my cały czas uczestniczymy w wielkim eksperymencie na człowieku. Czytałam opracowania wskazujące, że nawet w Stanach Zjednoczonych sama metoda nie została dobrze zbadana pod względem wszystkich możliwych działań ubocznych, przez zastosowanie procedur porównywalnych do zalecanych, przy wprowadzaniu innych metod ingerencji medycznych. Słabym punktem

jest też brak kontroli. Nie wiadomo w wielu przypadkach, co dzieje się z dzieckiem po urodzeniu. Nie można go monitorować. Nie wszystkie schorzenia genetyczne też ujawniają się tuż po urodzeniu. Niektóre zaburzenia pojawiają się dopiero z wiekiem i jak wskazują najnowsze holenderskie badania z 2012, dzieci po in vitro wykazują większą wrażliwość na zaburzenia, związane z dojrzewaniem, czy większą podatność na schorzenia kardiologiczne czy cukrzycę. Nie wiem też, czy endokrynolodzy czy interniści nasi znają ten problem i jakie jest ich zdanie. W tym kierunku należałoby opracowywać programy profilaktyczne. I to musielibyśmy też jako społeczeństwo spróbować zrozumieć.

Ale nie potrafimy, bo chcemy mieć dzieci. Dlatego mimo zagrożeń decydujemy się na in vitro.

Moim zdaniem istnieje niebezpieczeństwo pójścia na łatwiznę przez pokusę rezygnacji z badań poszukujących wszystkich możliwych przyczyn bez i (nie)plodności oraz rozpoczęcia lub odstąpienia od leczenia przyczyn niepłodności po ich zdiagnozowaniu. O stosowaniu procedury bez wykluczenia innych przyczyn mogą świadczyć wyniki uzyskania potomstwa, w wyniku zastosowania naprotechnologii, po nieudanych próbach in vitro czy przychodzenie do mnie na badania genetyczne np. w związku z wynikiem diagnostyki prenatalnej, dopiero po ponownej próbie in vitro wskazującym

na nosicielstwo zmian chromosomowych, będących przyczyną niepłodności. Nie wiem, jaka jest skala tego problemu, bo to są tylko moje osobiste przykładowe doświadczenia, budzące zrozumiwały niepokój.

W sprawie zapłodnienia pozaustrojowego nie mamy w Polsce żadnych uregulowań. Praktycznie „wolna amerykanka”.

Nie słyszałam, aby były zalecenia kontrolowania dzieci pod względem możliwych zaburzeń genetycznych. Leży mi jednak na sercu sprawa miejsca genetyki klinicznej w naszym kraju. Do tej pory nie zostały w Polsce ratyfikowane rekomendacje Rady Europy z 2010 roku na temat zasad wprowadzenia genetyki do ochrony zdrowia i szkolenia profesjonalistów. Byłam członkiem międzynarodowej komisji ekspertów w Strasburgu, która je opracowywała. Przedstawiciel naszego Ministerstwa Zdrowia był podczas zatwierdzania tekstu rekomendacji w Strasburgu.. i nic. Okazuje się, że w Polsce łatwiej jest zrobić dyskusję na temat finansowania in vitro z budżetu państwa, niż wprowadzić rozwiązania systemowe. Proszę sobie wyobrazić, że dwadzieścia lat walczyliśmy o to, by genetyka kliniczna była wprowadzona jako specjalizacja dla lekarzy. Stało się to ostatecznie dopiero w 2003 roku. W 2006 została wprowadzona laboratoryjna genetyka medyczna jako specjalizacja dla diagnostów laboratoryjnych ... i co dalej?

Konieczna jest taka specjalizacja?

Oczywiście. W swojej praktyce miałam taką historię, że po Czarnobylu rozpoznałam u dziecka zespół TAR, w skład którego wchodzi wady redukcyjne kończyn i zaburzenia hematologiczne. Czy powstał w związku z tym wydarzeniem? Nie mogłam jednak tego sprawdzić poprzez test genetyczny czy moja diagnoza zespołu TAR jest słuszna i aż 26 lat czekałam na odkrycie genu, którego uszkodzenie prowadzi do tego zespołu. Jedną z dodatkowych wad w obrębie twarzy i niektóre cechy dysmorficzne nie były jeszcze opisywane wcześniej o czym się dowiedziałam po przestudiowaniu kilkunastu prac opisujących dzieci z tym zespołem, które wówczas były dostępne. Za zgodą rodziców opisałam to spostrzeżenie w anglojęzycznym czasopiśmie. Otworzyło to drogę innym do rozpoznawania i zapewnienia odpowiedniej opieki - ku radości innych rodzin, które już z tego mogły skorzystać i potem doprowadzić, udostępniając swoją krew do badań, do wykrycia uszkodzeń konkretnego genu. Dobro do nas w ten sposób wróciło. I tu mamy przykład kłopotów i trudności w genetyce. Mamy kilkanaście tysięcy różnych schorzeń genetycznych, co można sprawdzić w amerykańskiej bazie danych OMIM, ale nie wszystkie potrafimy jeszcze zdiagnozować czy weryfikować odpowiednio dobranym testem genetycznym. Brakuje nam lekarzy z tak trudną specjalizacją a społeczeństwu wiedzy o problemach osób z zaburzeniami

genetycznymi. Stąd wypowiedzi, dotyczące możliwości wystąpienia zaburzeń genetycznych po in vitro mogą być odbierane jeszcze niewłaściwie, z dużą dawką niepotrzebnych emocji.

PRASA LEKARSKA NIE MOŻE URZĄDZAĆ PROPAGANDY IN VITRO!

<http://www.pch24.pl/prasa-lekarska-nie-moze-uradzac-propagandy-in-vitro-,12879,i.html>



Dr hab. Andrzej Lewandowicz w imieniu portalu stronaoinvitro.pl wystosował list do redaktora naczelnego „Gazety Lekarskiej”. Zarzuca mu propagowanie na łamach swojego pisma procedurę in vitro. Przyczynkiem do napisania listu stał się artykuł Sławomira Zagórskiego „Ćwierć wieku in vitro w Polsce”. Zamieszczamy treść listu.

Sz.P. Redaktor Naczelny „Gazety Lekarskiej”

dr n.med. Ryszard Golański

redakcja@gazetalekarska.pl, naczelny@gazetalekarska.pl

Gazeta Lekarska to nie miejsce na lobbing in vitro

Szanowny Panie Redaktorze,

Stanowczo protestujemy przeciwko wykorzystywaniu oficjalnego miesięcznika Naczelnej Rady Lekarskiej do bezkrytycznego propagowania procedury biotechnologicznej in vitro stosowanej na ludziach. Artykuł „ćwierć wieku in vitro w Polsce” Sławomira Zagórskiego w „Gazecie Lekarskiej” (1/2013), pozostawiony bez komentarza, tj. relacja z kongresu środowiska klinik in vitro zorganizowanego w listopadzie 2012 r. w Białymstoku, choć wpisuje się w ideologię partii rządzącej, to przemilcza wszystkie zagrożenia związane z tą manipulacją ludzką rozrodczością. Trudno go nazwać obiektywną relacją z konferencji, zwłaszcza w dziale „Nauka”.

W oderwaniu od rzeczywistości odnośnie medycznych konsekwencji i moralnych aspektów zagadnienia, relacja z kongresu przedstawia procedurę zapłodnienia poza-

ustrojowego jako nie podlegającą żadnym dyskusjom. Autor z uporem idzie po linii socjotechniki stosowanej przez branżę sztucznego rozrodu, przytaczając tezę nie do zaakceptowania z punktu widzenia logiki, według której in vitro ma być „metodą leczenia”.

Manipulacje na ludzkim embrionie kwituje „rewelacyjnymi” doniesieniami, według których mrożenie zarodków i rozmrażanie do transferu w naturalnej fazie cyklu ma zwiększać szansę na urodzenie dziecka. Być może pod tym kątem trzeba będzie zmienić wytyczne – prorokuje.

To czysto instrumentalne podejście do człowieka, które żadną miarą nie może być przenoszone z weterynarii, nawet gdyby wiązało się z postulowaną, większą wydajnością.

Takie podejście sugeruje, że autor artykułu, nie mówiąc o organizatorach relacjonowanej konferencji, nie liczy się z wiedzą i wrażliwością moralną innych lekarzy, którzy bez konfliktu interesów mogą wypowiadać się w tej sprawie obiektywnie. Autor nie zająknął się o znanych doniesieniach dotyczących zagrożeń zdrowotnych i zwiększonym ryzyku wad wrodzonych u dzieci poczętych wskutek procedury in vitro. Nie odniósł się także do kwestii stosowania technik jawnie eugenicznych w związku z

diagnostyką preimplantacyjną oferowaną przez kliniki in vitro. Z założenia, które trudno nawet ukryć, prowadzi ona do zabijania chorych lub nierokujących zarodków ludzkich. Czy przemilczenia tych kluczowych zagadnień w dziale „Nauka” można usprawiedliwić np. „suchą relacją z konferencji”? A jeśli tak, to czy jednostronność relacji nie rzutuje na sam kongres?

Przykładem instrumentalnego traktowania człowieka, przywołanym przez autora jednak w pozytywnym świetle, jest medialne wykorzystywanie zaproszonej tam 25-letniej dziewczyny poczętej techniką in vitro. To typowy chwyt reklamowy klinik wspomaganego rozrodu, odzierający człowieka z intymności, w zamian za zareklamowanie „skuteczności” techniki. Czy można traktować człowieka jako „eksponat pokazowy” dla propagowania prymatu biotechnologii nad etyką, nawet jeśli on się na to (z różnych względów) zgodził?

Nie można również pozostać obojętnym wobec tez przytaczanych w tekście, jakoby działalność propagowana przez biznes in vitro, tj. „oncofertility” stanowi „pomoc w uzyskaniu potomstwa, osobom które dotknęła choroba nowotworowa”. Są granice pomocy, z czego każdy lekarz powinien zdawać sobie sprawę. Każda choroba niesie za sobą konsekwencje. Nie można ich przełamywać przedmiotowo traktując po dro-

dze drugą osobę, tj. embrion ludzki i sprowadzając prokreację do niegodziwych technik sztucznej reprodukcji.

Nie na wszystkim można zarobić, a na pewno nie na postawionych pod ścianą pacjentach nowotworowych, którym składa się niemoralne propozycje, wykorzystując do tego lekarzy realizujących wylobbowane i przemycane wytyczne.

Stanowczy sprzeciw budzi dalsza relacja odnośnie dawstwa komórek rozrodczych. Czy opinia o „polskich ekspertach”, według których „gamety nie powinny być przekazywane w celach zarobkowych, nie wyklucza się jednak rekompensaty za poniesione koszty i niedogodności”, nie zdradza zakłamania ukrytego pod gładzszymi słowami? Podobnie można pięknie ubrać w słowa inne odmiany współczesnego handlu „żywym towarem”.

Trudno oczekiwać obiektywizmu i odniesienia do niezmiennych norm moralnych od organizatorów konferencji upowszechniającej procedurę *in vitro* w celu czerpania korzyści pod pretekstem zapewnienia prawa do „posiadania” dziecka. To tak, jakby oczekiwać tego samego od uczestników międzynarodowych konferencji wspierających tzw. aborcję w imię prawa do „wyboru” i nieposiadania dziecka.

„Gazeta Lekarska” reprezentująca samorząd lekarski, pismo współfinansowane ze składek wszystkich lekarzy (standardowa wysokość składki 40 zł na miesiąc), nie może być jednak miejscem lobbingu na rzecz procedur, które są moralnie niegodziwe.

Prosimy nie stwarzać pozorów, że świadome środowisko lekarskie wręcz entuzjastycznie popiera działania pseudomedyczne, w tym biotechnologiczne manipulacje na ludzkim embrionie.

Z poważaniem,

dr hab. Andrzej Lewandowicz

w imieniu redakcji serwisu stronaoinvitro.pl

redakcja@stronaoinvitro.pl

Do wiadomości: Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Naczelna Izba Lekarska, Zespół Ekspertów KEP ds. bioetycznych, media, prasa, Katolickie Stowarzyszenie Dziennikarzy, Fundacja Pro Prawo do życia, inne.

SKANDAL!!! Nie wpuścili dziennikarza prawy.pl na TARGI IN VITRO!

No pewnie! Jeszcze ktoś spróbowałby informować o naprotechnologii. No i „szerzyć nienawiść” wskazując, iż in vitro to niszczenie życia poczętego (nie mówiąc o innych zagrożeniach życia kobiet oraz zdrowia matek i tak poczętych dzieci)

„Z powodu niezwykle delikatnej tematyki wystawy, w trosce o dobro odwiedzających, obecność dziennikarzy podczas Międzynarodowych Dni Płodności nie będzie

możliwa” - taką odpowiedź otrzymaliśmy, od organizatorów Międzynarodowych Dni Płodności, kiedy zwróciliśmy się o akredytację na udział w wystawie.

Międzynarodowe Dni Płodności odbywały się w Warszawie w miniony weekend (9-10 III). Była to pierwsza tego typu wystawa w Polsce. Jej hasłem promującym było zdanie „Marzenie o dziecku...”

Organizatorzy wystawy, na stronie internetowej, informowali, że jej przewodnim celem było udostępnienie wiedzy jak zostać rodzicem, pozostawiając każdemu wolny wybór. Wejście na wystawę było płatne. Patronat honorowy nad Międzynarodowymi Dniami Płodności objął prof. dr hab. n. med. Sławomir Wołczyński oraz Stowarzyszenie na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji "Nasz Bocian" oraz Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.

W targach wzięli udział wystawcy z: Polski, Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Turcji, Ukrainy, Czech, Danii i Rosji. Zwiedzającym oferowali usługi i produkty wspomagające płodność u kobiet i mężczyzn oraz wsparcie w leczeniu niepłodności.

Klienci targów mogli pogłębić swoją wiedzę m.in. na temat: "Czy powinniśmy mieć wątpliwości etyczne robiąc zabieg In - vitro ?", "Joga hormonalna - wsparcie w walce z niepłodnością", "Macierzyństwo zastępcze w USA, Rosji, Czechach i na Ukrainie".

Wśród prelegentów można było usłyszeć m.in.: prof. Mariana Szamatowicza, prof. Zbigniewa Lwa-Starowicza, prof. Romualda Dębskiego, prof. Jana Hartmana, prof. Tansu Kucuka.

Dodatkowo w ramach wystawy odbyło się jednodniowe sympozjum: "Problemy z prokreacją i jak sobie z tym radzić" pod przewodnictwem prof. Sławomira Wołczyńskiego i prof. Romualda Dębskiego. Na sympozjum zaproszono blisko 200 lekarzy. Wzięli oni również udział w wystawie.

Jak dowiedziała się redakcja portalu prawy.pl obecność dziennikarzy na Międzynarodowych Dniach Płodności nie była możliwa. „Prosimy o wyrozumiałość i uszanowanie praw osób odwiedzających wystawę do prywatności, ochrony wizerunku i tożsamości” – napisała w dalszej części wspomnianego już e-maila, reprezentująca zespół organizacyjny Międzynarodowych Dni Płodności, Violetta Komar. Równocześnie otrzymaliśmy zapewnienie o przesłaniu nam materiałów prasowych dotyczących przebiegu wystawy.

Uwzględniając powyższy argument poprosiliśmy o możliwość wejście jedynie na wykłady w drugim dniu wystawy. Odpowiedzi jednak nie otrzymaliśmy.

W najbliższym czasie z pewnością otrzymamy materiały informujące o Międzynarodowych Dniach Płodności. Jednak otrzymanie pisemnego, subiektywnego sprawozdania z przebiegu wystawy i wykładów od jej organizatorów uniemożliwia nam m.in. zadanie pytań prelegentom.

Agata Bruchwald
Źródło: portal Prawy.pl

--

Biuro Prasowe

Katolickiego Stowarzyszenia Dziennikarzy