

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników stosowania przepisów ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Filip Dąbrowski 1, Dorota Agata Bomba-Opon 2, Wojciech Cnota 3, Krzysztof Czajkowski 4, Bożena Gorzelak-Leszczyńska 5, Mariusz Grzesiak 6, Sebastian Kwiatkowski 7, Piotr Kaczmarek 6, Katarzyna Kosińska- Kaczyńska 2, Przemysław Kosiński 1, Adam Lemniewicz 8, Agnieszka Seremak- Mrozikiewicz 9, Przemysław Oszukowski 6, Mirosław Wielgos 2, Piotr Węgrzyn 9, Dariusz Wydra 11, Ewa Wender-Ożegowska 9, Mariusz Zimmer 12, Piotr Sieroszewski 13

1. I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
2. Klinika Położnictwa i Perinatologii Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie
3. Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa w Rudzie Śląskiej,
4. II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
5. Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
6. Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
7. Klinika Położnictwa i Ginekologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
8. ...
9. Klinika Rozrodczości, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
10. Klinika Położnictwa, Perinatologii i Ginekologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie
11. Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny
12. II Katedra i Klinika Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
13. I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu w Łodzi

"Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników przedstawiają aktualny sposób postępowania, który może być modyfikowany i zmieniony w uzasadnionych przypadkach, po wnikliwej analizie danej sytuacji klinicznej, co w przyszłości może stanowić podstawę do modyfikacji i aktualizacji zaleceń"

WSTĘP

Przerwanie ciąży wewnątrzmacicznej, nazywane również terminacją lub aborcją jest jednym z najstarszych zabiegów ginekologicznych. Powody takiej decyzji bywały bardzo zróżnicowane, jednak wciąż pozostają aktualne – sytuacja społeczna i rodzinna: zła sytuacja materialna, zbyt liczne wcześniejsze potomstwo, lęk przed samotnym wychowywaniem dziecka, ostracyzm społeczny, choroby własne i młodszych dzieci, poczęcie dziecka w wyniku gwałtu czy wreszcie strach przed śmiercią lub kalectwem w wyniku porodu.

W Polsce, do roku 1932 terminacja ciąży była czynem bezwzględnie karanym. Wtedy też wprowadzono do prawa przesłanki zezwalające na przerwanie ciąży powstałej wyniku gwałtu lub wskazań medycznych. W czasach powojennych doprecyzowano jedynie, że względy medyczne muszą być orzeczone przez komisję lekarską, a prawne - przez prokuratora. Sytuacja zmieniła się po wejściu w życie ustawy z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, w której dodano możliwość wykonania terminacji ze względu na trudne warunki życiowe kobiety ciężarnej.

W drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia doprecyzowano, że następuje to na podstawie oświadczenia ciężarnej co skutkowało dużo szerszym dostępem do legalnego przerywania ciąży.

Ustawą z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży określono nowe wskazania do zakończenia ciąży, wynikające z ożywionej dyskusji społecznej rozpoczętej bezpośrednio po zmianie ustrojowej.

Określono wówczas trzy przesłanki determinujące zabieg terminacji ciąży:

1. Gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (bez ograniczeń ze względu na wiek płodu).
Wystąpienie tej okoliczności stwierdza lekarz inny niż dokonujący przerywania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety,
2. Gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby, zagrażającej jego życiu do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej.
Wystąpienie tej okoliczności stwierdza lekarz inny niż dokonujący przerywania ciąży
3. Do 12 tygodnia od poczęcia- gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.
Wystąpienie tej okoliczności stwierdza prokurator.

4 stycznia 1997 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o planowaniu rodziny, która dopuszczała przerywanie ciąży również wówczas, gdy kobieta ciężarna znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej. Nowelizacja ta została jednak zawieszona wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997.

Kolejną zmianą w prawodawstwie był wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku, wykreślający punkt 2 przesłanek, czyli możliwość przerywania ciąży z powodu prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby płodu, zagrażającej jego życiu.

W myśl art. 4b ustawy - osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki medycznej przysługuje prawo do bezpłatnego przerywania ciąży w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

Zgodnie zaś z art. 4c osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powzięły wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE WYKONYWANIA TERMINACJI CIĄŻY ZE WZGLĘDU NA ZAGROŻENIE ZDROWIA I ŻYCIA CIĘŻARNEJ

Zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma bezwzględny obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Zgodnie z art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny, stan zdrowia, który stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia ciężarnej jest przesłanką do zakończenia ciąży.

Jak podkreśla „Stanowisko Komitetu Bioetyki PAN z 25 lipca 2023r w sprawie ochrony zdrowia i życia kobiet ciężarnych” w myśl artykułu 157a paragraf 2 Kodeksu Karnego - lekarz ma obowiązek ratować życie i zdrowie ciężarnej nawet kosztem śmierci płodu.

Jednocześnie art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej nakazuje podjęcie starań o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.

Powyższe akty prawne opisują sytuacje znajdujące się w zakresie decyzji lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa. Przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych należy wziąć pod uwagę aktualną sytuację zdrowotną ciężarnej a także jej wpływ na przyszłe zdrowie fizyczne i psychiczne kobiety oraz na dobro płodu.

Należy podkreślić, że art. 4a ust, 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny pozwala na legalne zakończenie ciąży niezależnie od czasu jej trwania. – zatem aktualne (w chwili opracowywania niniejszej Rekomendacji) przepisy prawa nie wprowadzają ograniczeń czasowych dla dopuszczalności przerywania ciąży ze wskazań medycznych.

W przypadku chorób wnikających ciążę, zarówno somatycznych jak i psychicznych, niezależnie czy występowały przed ciążą, czy też zostały przez nią wywołane, obowiązkiem lekarza położnika i ginekologa jest podjęcie próby leczenia ciężarnej. Należy pamiętać, że ewentualna terapia w ciąży niejednokrotnie wymaga współpracy interdyscyplinarnej, np. z kardiologami, gastroenterologami, chirurgami, onkologami czy psychiatrami.

Decyzja o terminie zakończenia ciąży powinna zostać podjęta po wyczerpaniu możliwości terapeutycznych i potwierdzona stosownymi konsultacjami specjalistów w dziedzinie odpowiedniej do rodzaju choroby ciężarnej.

Jako że terminacja ciąży jest standardowym zabiegiem medycznym, nie wymagającym specjalistycznego sprzętu, w przypadku ustalenia wskazań do jej przeprowadzenia z powodu zagrożenia zdrowia lub życia ciężarnej, procedura ta powinna być możliwa do przeprowadzenia w każdym oddziale ginekologiczno-położniczym. Każdy szpital świadczący usługi medyczne w wyżej wymienionym zakresie - ma obowiązek zapewnić fachowe, godne i bezpieczne warunki do przeprowadzenia tej procedury.

W przypadku chorób infekcyjnych o piorunującym przebiegu, z uwagi na dobro ciężarnej, rekomendowane jest postępowanie w oparciu o ocenę sytuacji dokonaną w danej placówce, samodzielnie przez lekarza specjalistę położnictwa i ginekologii.

Postępowanie u ciężarnych z przedwczesnym odpływaniem płynu owodniowego zostało szczegółowo opisane w dokumencie „Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące rozpoznawania i postępowania w ciążach powikłanych przedwczesnym odpływaniem płynu owodniowego”

W sytuacji, w której do konieczności zakończenia ciąży dochodzi po 22 tygodni +6 dni, o konieczności zakończenia ciąży należy bezwzględnie poinformować lekarza neonatologa - w celu ustalenia planu leczenia dziecka po urodzeniu.

W przypadku ciąży młodszej niż 33 tygodnie+6 dni należy dążyć do podania pełnego cyklu sterydoterapii w celu przyspieszenia dojrzewania płuc płodu.

REKOMENDOWANY SPOSÓB DOKONANIA TERMINACJI CIĄŻY

W przypadku zakończenia ciąży w celu ochrony zdrowia i życia ciężarnej, sposób przeprowadzenia procedury zależy w głównej mierze od pilności wskazań i przeszłości położniczej pacjentki

W sytuacji szybko pogarszającego się stanu zdrowia ciężarnej w I trymestrze ciąży, w pierwszej kolejności dopuszczalne jest wykonanie zabiegu wyłęczkowania jamy macicy. Zabieg ten powinien być wykonany w osłonie antybiotykowej, podanej i.v. okołozabiegowo.

W przypadkach mniej pilnych i ciążyach w II trymestrze, wskazane jest dążenie do farmakologicznej indukcji poronienia/porodu przedwczesnego. Zalecanym postępowaniem powinno być podawanie mizoprostolu zgodnie z wytycznymi FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) Schemat dawkowania przedstawia tabela nr 1.

W trakcie indukcji poronienia bardzo istotne jest monitorowanie parametrów stanu ogólnego pacjentki oraz wykładników stanu zapalnego. W przypadku braku uzyskania skutecznego efektu wprowadzenia procedury indukcji, przy jednoczesnym braku stanu zapalnego potwierdzonym prawidłowymi parametrami pacjentki, dopuszczalne jest powtórzenie schematu leczenia - bezpośrednio lub po odczekaniu 12-24 godzin.

Należy podkreślić, że wg rekomendacji FIGO stosowanie mizoprostolu u pacjentek po przebytych cięciach cesarskim jest bezpieczne także przed 23 tygodniem ciąży.

TABELA 1 – Rekomendowane dawki mizoprostolu w przypadku terminacji ciąży i indukcji martwego urodzenia (zmodyfikowane za FIGO 2023).

≤12 tygodni	13-17 tygodni	18-24 tygodni	25-27 tygodni	≥28 tygodni	Po porodzie
Terminacja ciąży Mizoprostol 800µg BU/SL/PV co 3 godziny	Terminacja ciąży Mizoprostol 400µg BU/SL/PV4 co 3 godziny	Terminacja ciąży Mizoprostol 400µg BU/SL/PV4 co 3 godziny	Terminacja ciąży Mizoprostol 200µg BU/SL/PV co 4 godziny	Terminacja ciąży Mizoprostol 25-50µg co 4 godziny PV lub Mizoprostol 50-100µg co 2 godziny PO	Profilaktyka krwotoku porodowego Mizoprostol 600µg SL x 1
Poronienie zatrzymane/ Puste jajo płodowe Mizoprostol 800µg BU/SL/PV co 3 godziny	Poronienie zatrzymane Mizoprostol 400µg BU/SL/PV4 co 3 godziny	Obumarcie płodu Mizoprostol 400µg BU/SL/PV4 co 3 godziny	Obumarcie płodu Mizoprostol 200µg BU/SL/PV co 4 godziny	Obumarcie płodu Mizoprostol 25-50µg co 4 godziny PV lub Mizoprostol 50-100µg co 2 godziny PO	Leczenie krwotoku porodowego Mizoprostol 800µg SL x 1
Poronienie niekompletne 400µg mizoprostol SL x 1 600µg mizoprostol PO x 1 800µg mizoprostol BU x 1	Poronienie niekompletne Mizoprostol 400µg co 3 godziny BU/SL	Poronienie niekompletne Mizoprostol 400µg co 3 godziny BU/SL	Indukcja porodu Mizoprostol 25-50µg co 4 godziny PV Lub Mizoprostol 25-50µg co 2 godziny PO	Indukcja porodu Mizoprostol 25-50µg co 4 godziny PV Lub Mizoprostol 25-50µg co 2 godziny PO	LEGENDA: Dopoliczkowo (BU) Podjęzykowo (SL) Dopochwow (PV) Doustnie (PO)

Do rekomendowanych standardów FIGO bezpiecznej farmakologicznej terminacji należy również zastosowanie schematu z wykorzystaniem mifepristonu (preparat nie jest zarejestrowany w Polsce)

W przypadku terminacji ciąży w II trymestrze, przy małej efektywności farmakoterapii, rekomendowane jest stymulowanie czynności skurczowej cewnikiem Foley'a (założonym nad ujście wewnętrzne szyjki macicy) a następnie podanie oksytocyny dożylnie lub prostaglandynami podawanymi dożylnie.

Z uwagi na ryzyko rozwinięcia infekcji wewnątrzmacicznej oraz potencjalny negatywny wpływ przedłużającej się indukcji na stan psychiczny ciężarnej, należy dążyć do zakończenia procedury w ciągu 72 godzin od jej rozpoczęcia. Ryzyko nieprawidłowego oddzielenia trofoblastu w poronieniach w II trymestrze determinują konieczność zabiegowej kontroli jamy macicy (łyżeczowanie, bądź zabieg próżniowy).

W sytuacji, kiedy wywołanie poronienia powyższymi metodami jest niemożliwe (np. łożysko przodujące, szew szyjkowy brzuszny) konieczne jest zakończenie ciąży na drodze operacyjnej (histerotomia).

W przypadku konieczności ukończenia ciąży po 22 tygodnie +6 dni, sposób porodu powinien być dostosowany do aktualnego stanu ciężarnej i płodu, po przeprowadzeniu konsylium położniczo-neonatologicznego dotyczącego planu leczenia dziecka już po urodzeniu.

W przypadku ciężarnych z rozpoznaną chorobą psychiczną będącą wskazaniem do ukończenia ciąży, decyzja o momencie jej zakończenia powinna zapaść podczas konsylium z uczestnictwem lekarza specjalisty ginekologii i położnictwa, neonatologii, psychologa i specjalisty właściwego dla rodzaju choroby ciężarnej (psychiatry)

KOMENTARZ DOTYCZĄCY WSKAZAŃ DO ZAKOŃCZENIA CIĄŻY

W preambule ustawy USTAWA z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

ustawodawca podkreśla, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa.

To stanowisko pozostaje w zgodzie z deklaracją Światowej Organizacji Zdrowia mówiącej, że zdrowie to „całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”.

Zakończenie ciąży jest zatem dopuszczalne także w sytuacji, gdy dalsze trwanie ciąży jest zagrożeniem dla zdrowia psychicznego ciężarnej.

W opinii ekspertów PTGiP lekarz specjalista w zakresie właściwym ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej może stwierdzić wystąpienie okoliczności medycznych uzasadniających przeprowadzenie zakończenia ciąży jedynie po osobistym zbadaniu pacjentki.

Jak zapisano powyżej- przed podjęciem decyzji o zakończeniu ciąży należy dążyć do wyczerpania wszystkich możliwości diagnostycznych i terapeutycznych a powyżej 22 tygodnie+6 dni- zapewnić odpowiednie warunki do porodu i opieki nad dzieckiem. Dotyczy to zarówno leczenia choroby podstawowej matki, jak również wdrożenia sterydoterapii (przed ukończonym 33+6 tygodni ciąży) oraz neuroprotekcji (przed ukończonym 32 tygodniem ciąży)

W każdym przypadku drogę porodu, jak i jego termin ustalać powinien specjalista położnictwa i ginekologii, mając na uwadze troskę o dobrostan matki i płodu. Pacjentka powinna być poinformowana o planie postępowania i leczenia, zarówno jej, jak i nowonarodzonego dziecka oraz wyrazić pisemną zgodę na ustalony plan postępowania.

Należy również zapewnić możliwość przeprowadzenia wymienionych procedur zakończenia ciąży w ośrodkach o stopniu referencyjności odpowiednim do wieku ciąży. Każdy szpital świadczący usługi medyczne w wyżej wymienionym zakresie ma obowiązek zapewnić fachowe, godne i bezpieczne warunki do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży wewnątrzmacicznej.