

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące stosowania przepisów ustawy z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Tekst znowelizowany 25.03.2024 r.

Konsultacja prawna: dr hab. nauk prawnych Jacek Skrzydło prof. Uniwersytetu Łódzkiego,

Filip Dąbrowski 1, Dorota Agata Bomba-Opon 2, Wojciech Cnota 3, Krzysztof Czajkowski 4, Bożena Gorzelak-Leszczynska 5, Hubert Huras 6, Mariusz Grzesiak 7, Sebastian Kwiatkowski 8, Piotr Kaczmarek 9, Katarzyna Kosińska- Kaczyńska 10, Przemysław Kosiński 11, Adam Lemancewicz 12, Agnieszka Seremak- Mrozikiewicz 13, Mirosław Wielgoś 2,14, Piotr Węgrzyn 10, Dariusz Wydra 15, Ewa Wender-Ożegowska 16, Mariusz Zimmer 17, Piotr Sieroszewski 18

1. Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej CMKP
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 Położnictwa i Perinatologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie
7. Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
8. Klinika Położnictwa i Ginekologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
9. Klinika Ginekologii, Rozrodczości i Terapii Płodu oraz Diagnostyki i Leczenia Niepłodności Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
10. Klinika Perinatologii, Położnictwa i Neonatologii CMKP
11. Klinika Położnictwa, Perinatologii i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
12. Kliniki Perinatologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
13. Klinika Perinatologii Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
14. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa
15. Katedra Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Klinika Położnictwa i Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersyteckie Centrum Medyczne w Gdańsku
16. Klinika Rozrodczości Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
17. II Katedra i Klinika Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
18. I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego 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, poczucie 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 dyskusji społecznej, rozpoczętej bezpośrednio po zmianie ustrojowej.

Określono wówczas trzy przesłanki determinujące dopuszczalność zabiegu 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.

W dniu 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 uznana za niezgodną z ówczesnie obowiązującą Konstytucją wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 (K 26/96).

Kolejną zmianę stanu prawnego przyniósł wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku (K 1/20), kwestionujący zgodność ze standardem konstytucyjnym punktu 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 o planowaniu rodziny, 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 ustawy o planowaniu rodziny, 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.

Zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, 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 1 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 art. 157a § 2 k.k., 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.

Podkreślić należy z całą stanowczością, że w sytuacji kolizji wskazanych wyżej dóbr, bezwzględne pierwszeństwo powinno mieć zdrowie i życie kobiety. Prawo do planowania rodziny i wynikające z niego uprawnienie do legalnego przerwania ciąży, w warunkach określonych w art. 4a ustawy z 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, jest bowiem dobrem osobistym (wyrok SA w Krakowie z 12.05.2015, I ACA 204/15), a bezprawne uniemożliwienie kobiecie wykonania zabiegu przerwania ciąży, w sytuacji dopuszczalnej przez prawo, otwiera możliwość dochodzenia przez zainteresowanych roszczeń odszkodowawczych (wyrok SA w Białymstoku z 24.04.2013, I ACA 787/12). Odmowa przerwania ciąży w tych przypadkach, w których miałyby być ona dokonana ze względów zdrowotnych, oznacza naruszenie prawa do poszanowania życia prywatnego chronionego przez art. 8 Europejskiej konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, a w poważniejszych przypadkach – także naruszenie art. 3, zakazującego poniżającego i nieludzkiego traktowania (wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 30.10.2012, P. i S. v. Polska).

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

Powyższe akty prawne opisują sytuacje, które znajdują się w zakresie decyzji lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa.

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

Uwagi ogólne.

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

Podkreślić tu należy z całą stanowczością, że sformułowanie „zdrowie” obejmuje zarówno fizyczny, jak i psychiczny dobrostan pacjentki. W preambule ustawy 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. Harmonizuje to z deklaracją Światowej Organizacji Zdrowia ze standardów której wynika, 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.

Szczegółowy tryb postępowania regulują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i opieki Społecznej z 22.01.1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu.

Przy podejmowaniu decyzji medycznych należy wziąć pod uwagę aktualną sytuację zdrowotną ciężarnej, a także jej wpływ na przyszłe zdrowie fizyczne i psychiczne kobiety oraz na dobro płodu. Decyzja o terminie zakończenia ciąży powinna zostać podjęta po wyczerpaniu możliwości terapeutycznych. Nie może to jednak prowadzić do zwiększenia niebezpieczeństwa utraty zdrowia lub życia przez ciężarną, a w szczególności nie może być pretekstem do odmowy przeprowadzenia zabiegu w sytuacji, gdy spełnione są przesłanki ustawowe lub bezzasadnego opóźniania jego wykonania.

Wystąpienie okoliczności wskazujących, że ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, stwierdza lekarz posiadający tytuł specjalisty w zakresie medycyny właściwej ze względu na rodzaj choroby kobiety ciężarnej (§ 2 ust. 1 przywołanego wyżej rozporządzenia). Taki dokument w świetle obowiązującego stanu prawnego jest jedynym, którego przedstawienia można zażądać od pacjentki. W wyjątkowych przypadkach, przy powstaniu uzasadnionych wątpliwości dotyczących zgodności tego dokumentu z faktycznym stanem zdrowia pacjentki, może być konieczne przeprowadzenie konsultacji celem wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości.

Uwagi szczególne.

W przypadku konieczności zakończenia ciąży po 22 tygodnie+6 dni, sposób porodu powinien być dostosowany do aktualnego stanu ciężarnej i płodu, należy też bezwzględnie poinformować lekarza neonatologa - w celu ustalenia planu leczenia noworodka po urodzeniu.

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

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 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.

REKOMENDOWANY SPOSÓB DOKONANIA TERMINACJI CIĄŻY

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

- **W I trymestrze ciąży**, w sytuacji szybko pogarszającego się stanu zdrowia ciężarnej, dopuszczalne jest wykonanie zabiegu wyżeczkowania lub odessania jamy macicy. Zabieg ten powinien być wykonany w osłonie antybiotykowej podanej i.v. okołozabiegowo.

- **W I trymestrze ciąży, w przypadkach mniej pilnych oraz ciążach II trymestru**, 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 II trymestrze ciąży**, przy małej efektywności farmakoterapii, rekomendowana jest preindukcja poronienia cewnikiem Foley'a (założonym nad ujście wewnętrzne szyjki macicy) a następnie podanie oksytocyny dożylnie lub prostaglandynami podawanymi dożylnie.

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 przebytym cięciu 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)

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/łożyska 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).

PODSUMOWANIE

Zgodnie z art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny, stan zdrowia kobiety ciężarnej, który stanowi zagrożenie dla jej życia i zdrowia (także psychicznego) jest przesłanką do zakończenia ciąży oraz pozwala na legalną jej terminację, niezależnie od czasu jej trwania.

Procedura ta powinna być możliwa do przeprowadzenia w każdym oddziale położniczo-ginekologicznym, jako że szpital świadczący usługi medyczne w wyżej wymienionym zakresie ma obowiązek zapewnić fachowe, godne i bezpieczne warunki do jej przeprowadzenia.

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

W każdym przypadku sposób i termin zakończenia ciąży ustalać powinien specjalista położnictwa i ginekologii, mając na uwadze troskę o dobrostan ciężarnej. Pacjentka powinna być poinformowana o planie postępowania i leczenia oraz wyrazić pisemną zgodę na ustalony plan postępowania. Po 23 tygodniu ciąży pacjentka powinna zostać poinformowana o możliwości opieki nad dzieckiem, w tym opieki paliatywnej, zgodnie ze standardami neonatologicznymi.