



PERINATOLOGII

GROZI

ZAŁAMANIE

Fot. Dawid Zuchowicz/AG

Rozmowa z prof. Mirosławem Wielgosiem, kierownikiem I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultantem krajowym w dziedzinie perinatologii.

Trybunał Konstytucyjny 22 października ogłosił wyrok w sprawie aborcji w przypadku ciężkich i nieuleczalnych wad płodu, wskazując, że jest niezgodna z Konstytucją RP. Jakie będą konsekwencje tej decyzji?

Konsekwencje są trudne do przewidzenia. Chciałbym wierzyć, że orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego wpłynie w jak najmniejszym stopniu na perinatologię, ale to myślenie życzeniowe. Jednym z następstw może być ograniczenie badań prenatalnych oraz zabiegów wewnątrzmacicznych. Mam wielką nadzieję, że jednak będą warunki do tego, żeby wykorzystywać osiągnięcia medycyny. Na razie my lekarze jesteśmy zdezorientowani tą decyzją.

W jaki sposób ten wyrok może być egzekwowany?

Nie wiem, chyba dzisiaj tego nikt nie wie. Łatwo jednak wyobrazić sobie sytuację, kiedy lekarz podczas badań prenatalnych wykrywa wadę letalną płodu, kobieta

dowiaduje się o nieprawidłowości i być może od tego momentu jej losy będą śledzone, a jeśli dojdzie do poronienia, pojawiają się wątpliwości, czy lekarz się do tego nie przyczynił, czy ona sama się do tego nie przyczyniła. Chciałbym wierzyć, że to obawy na wyrost i jedynie teoria spiskowa, ale one mogą powodować, że niektórzy lekarze nie będą tak chętnie jak dotychczas wykonywali badań prenatalnych. Jeśli zamierza się penalizować aborcję ze względu na ciężkie wady płodu, to nie wiemy, co będzie dalej. Dzisiaj podejmujemy się z pełną odpowiedzialnością skomplikowanych zabiegów wewnątrzmacicznych, mając świadomość związanych z nimi ograniczeń i ryzyka powikłań, ale z pewnością nie chcielibyśmy mieć w przyszłości wrażenia, że mamy nad głową widmo prokuratora, doszukującego się drugiego dna w tym, co w najlepszej wierze i zgodnie z naszą wiedzą robimy.

Wyrok nie zakazuje badań prenatalnych.

Samo orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego nie zakazuje badań prenatalnych, ale ograniczanie aborcji ze

**ORZECZENIE TRYBUNAŁU KONSTITUCYJNEGO
ZOSTAŁO PODJĘTE
NA KANWIE RELIGIJNEJ I ŚWIATOPOGLĄDOWEJ.
ZAPOMNIANO PRZY TYM,
ŻE NIE WSZYSCY W POLSCE
SĄ WYZNAWCAMI TEJ SAMEJ RELIGII
I JEDNEGO ŚWIATOPOGLĄDU**

względu na ciężkie wady płodu może być pierwszym krokiem do następnych obostrzeń związanych z rozrodnością. Jeśli uda się ograniczyć prawa do aborcji, to może ktoś wpadnie ponownie na pomysł, żeby na przykład ograniczyć możliwość wykonywania zapłodnienia metodą *in vitro*. Poza tym zarówno lekarze, jak i pacjentki mogą nie być przekonani do przeprowadzania szeroko pojętych badań prenatalnych, a więc także tych inwazyjnych. Ta pierwsza grupa ze względu na obawy związane z ewentualnymi powikłaniami. Jeśli wada zostanie rozpoznana, a następnie wdrożone inwazyjne działanie diagnostyczne lub terapeutyczne i pojawią się komplikacje, to lekarz może narazić się na zarzuty umyślnego działania. Przy zabiegach wewnątrzmacicznych w jakimś odsetku dochodzi do niezawinionych powikłań, które są nieodzownym elementem pracy lekarza i nie mówimy tu o błędach medycznych i zaniedbaniach. W sytuacji nadmiernych obostrzeń prawnych strach przed pociągnięciem do odpowiedzialności jest w pełni uzasadniony. Pacjentki natomiast mogą stracić zapał do wykonywania badań prenatalnych z powodu braku odpowiedniej wiedzy na temat tego, co one mogą im dać. Niektóre przypuszczalnie będą się bać, że jeśli dowiedzą się o nieuleczalnych wadach płodu, to i tak nie będą miały wpływu na dalsze losy ciąży, a zostaną zmuszone do życia w stresie kilka miesięcy. Dlatego mogą chcieć zmierzyć się z tym możliwie najpóźniej. Trudno odmówić im racji, ale równocześnie pozbawiają się możliwości leczenia wewnątrzmacicznego płodu, gdy byłoby to wskazane i możliwe, albo właściwej opieki okołoporodowej w wymagających tego sytuacjach. Raz jeszcze chcę jednak podkreślić, że większość badań prenatalnych nie dotyczy wykrywania wad letalnych czy jakichkolwiek innych, tylko prawidłowych ciąż. Kobiety zgłaszają się na diagnostykę, żeby sprawdzić, jak rozwija się ich dziecko. Musimy zatem zrobić wszystko, co w naszej mocy, aby liczba badań prenatalnych nie zaczęła spadać, aby nie zniweczyć tego, co przez wiele ostatnich lat udało nam się w Polsce osiągnąć. A udało się naprawdę wiele i nie mamy się czego wstydzić na tle innych państw europejskich.

Perinatologia w ostatnich latach również w Polsce rozwija się bardzo dynamicznie.

Polska perinatologia jest na najwyższym światowym poziomie. Możemy wykrywać wiele nieprawidłowości na etapie życia płodowego, z których duża część jest leczona wewnątrzmacicznie. Wiele z tych zabiegów rozwiązuje problem zdrowotny i dziecko rodzi się zdolne do życia i prawidłowego rozwoju. W przypadku niektórych wad postępowanie prenatalne zwiększa szanse na przeżycie dziecka i podjęcie dalszego leczenia po porodzie.

Przykładem leczenia prenatalnego, które zwiększa szanse na przeżycie, jest wrodzona przepuklina przeponowa.

To wada rozwojowa, a śmiertelność w ciężkich postaciach sięga 90 proc. Ubytek w przeponie powoduje, że narządy z jamy brzusznej przemieszczają się do klatki piersiowej i w efekcie nie rozwijają się płuca. W życiu płodowym wymiana gazowa odbywa się poprzez krew matki, więc na tym etapie płuca nie są czynnym narządem oddechowym, niezbędnym do życia. Jednak po porodzie dziecko bez funkcjonalnie czynnych płuc umiera i nie można go utrzymać przy życiu, nawet stosując najnowocześniejsze respiratory. Aby temu zapobiec, w okresie prenatalnym wykonuje się zabieg polegający na założeniu specjalnego balona do tchawicy płodu. To nie leczy samej przepukliny, ale pozwala na rozwój płuc w życiu wewnątrzmacicznym, co 2-, 3-krotnie zwiększa szanse na przeżycie dziecka po urodzeniu i daje możliwość właściwego leczenia chirurgicznego. Polega ono na tym, że odprowadza się przemieszczone narządy na właściwe miejsce, czyli do jamy brzusznej, i zszywa ubytek w przeponie. Warunkiem powodzenia tego złożonego leczenia jest jednak odpowiednio wczesne wykrycie wady, a następnie skierowanie kobiety ciężarnej do ośrodka, który może tak skomplikowaną procedurę przeprowadzić.

Innym przykładem zabiegu perinatologicznego wykonywanego także w Polsce i zwiększającego szanse na prawidłowy rozwój dziecka jest operacja rozszczepu kręgosłupa.

Można ją wykonać metodą otwartą, polegającą na nacięciu powłok brzusznych i macicy kobiety, żeby zoperować fragment rozszczepionego kręgosłupa jej dziecka. Możemy też zastosować procedurę małoinwazyjną, fetoskopową. W tym przypadku nie robi się szerokiego nacięcia, tylko wykorzystuje narzędzia endoskopowe. Oba rodzaje leczenia pozwalają zabezpieczyć ośrodkowy układ nerwowy dziecka przed szkodliwym działaniem płynu owodniowego. Jeśli nie zrobimy tego prenatalnie, to dojdzie do porażenia kończyn dolnych, zwieraczy cewki moczowej i odbytu. Zmiany

są nieodwracalne, a dziecko do końca życia jest kaleką. Oczywiście, jeśli nie wykonano operacji w okresie płodowym, to dziecko przechodzi wiele zabiegów po porodzie, ale to już jest wtórne działanie, które zazwyczaj nie odwraca zmian.

Prenatalnie można też wykonać zabiegi w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej. Na czym polega ta operacja?

Na skutek połączeń naczyń w łożysku między układami krążenia płodów dochodzi do ciężkich powikłań łącznie ze zgonem jednego lub obu. Terapia wewnątrzmaciczna za pomocą lasera pozwala zamknąć naczynia łączące i zwiększyć szanse na przeżycie obu albo chociaż jednego z bliźniąt.

Część schorzeń nie kwalifikuje się do leczenia wewnątrzmacicznego, ale wymaga pilnej interwencji zaraz po porodzie. Jakie postępowanie powinno być wdrożone?

Badania prenatalne pozwalają wykrywać wady już w życiu płodowym, umieścić kobietę w ośrodku wielospecjalistycznym i przygotować dziecko do zabiegu, w innym wypadku możemy nie zdążyć. Musimy zaplanować czas, miejsce i sposób porodu, ale też ścieżkę postępowania. U samej podstawy leżą jednak badania prenatalne.

Warto z całą mocą stwierdzić, że badania te oczywiście pozwalają rozpoznać wiele nieprawidłowości rozwojowych u płodu, ale największą ich wartością jest przecież to, że w znamienitej większości przypadków pozwalają stwierdzić, że dziecko nie ma żadnych wad anatomicznych, że jest niskie prawdopodobieństwo zaburzeń genetycznych oraz że ciąża rozwija się prawidłowo. Daje to naszym pacjentkom wielkie uspokojenie i nadzieję, że urodzą zdrowe dziecko, a więc coś, co jest bezcenne dla ich psychiki.

Negatywnie w sprawie orzeczenia wypowiedziało się Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

Z pewnością budzi ono wiele obaw w środowisku lekarskim. Pamiętajmy przy tym, że ginekologom wcale nie zależy na tym, żeby przerwać jak najwięcej ciąży. To nie jest procedura, która przynosi lekarzom jakąkolwiek satysfakcję i pewnie większość z nich wolałaby tego nie robić, chociaż nie wszyscy zaślanają się klauzulą sumienia. Chcielibyśmy, żeby kobiety zachodziły w planowane ciąży i rodziły zdrowe dzieci, ale nie zawsze tak jest i musimy mierzyć się również z tymi trudnymi, nierzadko dramatycznymi sytuacjami. Jeśli więc lekarze wypowiadają się negatywnie o takich rozwiązaniach prawnych jak orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, to raczej dlatego, że stoją po stro-



PAP/Radek Pietruszka

POLSKA PERINATOLOGIA JEST

NA NAJWYŻSZYM ŚWIATOWYM POZIOMIE.

MOŻEMY WYKRYWAĆ WIELE NIEPRAWIDŁOŚCI

NA ETAPIE ŻYCIA PŁODOWEGO,

Z KTÓRYCH DUŻA CZĘŚĆ

JEST LECZONA WEWNĄTRZMACICZNIE

nie swoich pacjentek, ich wolności wyboru i prawa do samodecydowania, a nie dla własnych korzyści, bo takich przecież nie ma w przypadku legalnych, zgodnych z prawem działań.

Powiedzmy też sobie jasno, że zarówno do badań, jak i zabiegów wewnątrzmacicznych nikt pacjentek nie zmusza. Decyzję podejmuje kobieta po uzyskaniu niezbędnych informacji. Może powiedzieć, że z jakiegoś powodu nie zgadza się na badania prenatalne albo na zabieg wewnątrzmaciczny, który może się też zakończyć powikłaniami dla niej, co na szczęście rzadko się zdarza. Dotychczas najczęściej kobiety podejmowały to ryzyko, w większości wypadków z bardzo dobrym rezultatem. Kluczowa jest jednak możliwość wyboru, także w aspekcie decyzji o kontynuowaniu ciąży lub jej terminacji w przypadku nieodwracalnych uszkodzeń płodu.

Wielu specjalistów zwraca uwagę, że zaostrenie prawa aborcyjnego przyczynia się do rozwoju podziemia i turystyki aborcyjnej.

Nie wszystkie kobiety stać na to, żeby wyjechać do kliniki w Czechach lub Niemczech i zapłacić kilka tysięcy za zabieg. Część robi to w podziemiu – też przecież nie za darmo, narażając się na powikłania, bo siłą rzeczy będzie się to odbywało w gorszych warunkach.



Fot. iStockphoto.com

JEDNYM Z NASTĘPSTW ORZECZENIA

TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO MOŻE BYĆ OGRANICZENIE

BADAŃ PRENATALNYCH

ORAZ ZABIEGÓW WEWNĄTRZMACICZNYCH.

MAM WIELKĄ NADZIEJĘ, ŻE JEDNAK BĘDĄ WARUNKI DO TEGO,

ŻEBY WYKORZYSTYWAĆ OSIĄGNIĘCIA MEDYCZYNY

Najbardziej pokrzywdzone będą więc kobiety w gorzej sytuacji materialnej, rodzinnej i społecznej.

Jaki jest sens z punktu widzenia medycznego prowadzenia ciąży po zdiagnozowaniu wad letalnych, kiedy wiadomo, że dziecko nie ma szans na rozwój, a często również na przeżycie?

Nie ma to oczywiście żadnego uzasadnienia medycznego, wiąże się jedynie z przedłużaniem cierpienia. Ale przecież ta decyzja nie opiera się na przesłankach medycznych, została podjęta na kanwie religijnej i światopoglądowej. Zapomniano przy tym, że nie wszyscy w Polsce są wyznawcami tej samej religii i jednego światopoglądu. Użyjmy tego skrajnego przypadku bezmózgowia, które wcale nie jest aż tak rzadką wadą. Kilka dni temu mieliśmy w naszej klinice takie rozpoznanie. Wiadomo, że w tej sytuacji my, lekarze, jesteśmy bezradni, nie mamy narzędzi, żeby temu dziecku pomóc.

Mówimy zwykle o cierpieniu dziecka nieuleczalnego, ciężko chorego, ale cierpi również jego matka.

Oczywiście, nie możemy pominąć cierpienia matki, która jest skazana na przeżywanie tej dramatycznej sytuacji w myśl czyichś poglądów, bo przecież nie medycyny. Jeśli wykrywamy taką wadę na wczesnym etapie ciąży i dokonujemy aborcji, to łatwiej kobiecie pogodzić się ze stratą w 10. czy 12. tygodniu niż chodzić w ciąży przez 9 miesięcy, wiązać się z dzieckiem emocjonalnie, następnie urodzić je i bezsilnie patrzeć, jak umiera. Zmuszanie kobiety do przeżywania takiej traumy jest niehumanitarne. Ale pacjentka może mieć inne zdanie i powiedzieć: rozumiem, że to dziecko urodzi się bardzo chore i nie ma szans na przeżycie, ale mimo to chcę je urodzić. Jak najbardziej szanuję taką decyzję, ale szanuję też zupełnie inną, kiedy kobieta decyduje się na aborcję. Rolą lekarza jest przekazanie informacji o stanie płodu, rokowaniach i możliwych rozwiązaniach. Wybór należy do kobiety. Przy czym w takich sytuacjach nie ma łatwych, dobrych i uni-

wersalnych rozwiązań. Kobiety biorą pod uwagę wiele czynników: światopoglądowe, religijne i emocjonalne, ale też materialne, socjalne, zdrowotne czy rodzinne.

Argumentem zwolenników tego wyroku jest to, że wcześniej prawo dopuszczało aborcję nie zawsze z powodu bardzo ciężkich wad. Projekt prezydenckiej nowelizacji ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży zakłada zezwolenie na terminację ciąży z powodu wad letalnych, ale nie z powodu zespołu Downa.

Pod określeniem zespół Downa mieści się dość duże spektrum różnych nieprawidłowości rozwojowych. Od lekkiej niepełnosprawności intelektualnej bez dodatkowych wad rozwojowych po przypadki bardzo ciężkiego upośledzenia umysłowego oraz wad strukturalnych serca, przewodu pokarmowego i wielu innych. Tymczasem na etapie prenatalnym nie jesteśmy w stanie zdiagnozować stopnia niepełnosprawności, możemy najwyżej wykryć niektóre wady towarzyszące, np. serca. Nie wiemy jednak, czy dziecko urodzi się z lekką czy ciężką niepełnosprawnością umysłową. Może w przyszłości będziemy mieli do tego narzędzia diagnostyczne, dziś jeszcze nie mamy.

Poza tym osoby z zespołem Downa służące za przykład przeciwnikom aborcji są szczęśliwe i uśmiechnięte, bo były chciane, ich rodzice mają warunki i odpowiednią determinację, żeby się nimi zająć, a ich matki podjęły decyzję, że chcą je urodzić mimo ciężkiej choroby. Tak zdecydowały, bo miały możliwość wyboru. I rzeczywiście trzeba je za to podziwiać, ale też udzielać wszelkiego możliwego wsparcia, także materialnego i socjalnego. To jest rola opiekuńczego państwa w dobrym tego rozumieniu. Równocześnie będą się rodziły dzieci, bo tak nakazuje ustawa. Przeciwnicy aborcji nie pokazują opuszczonych osób z zespołem Downa i innymi wadami przebywających w domach pomocy społecznej, pozbawionych rodzinnego ciepła, których całym życiem jest niewyobrażalne cierpienie.

Rozmawiała Monika Stelmach