

# Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w sprawie zdrowia reprodukcyjnego

Racot, 26–28 marca 2004 r.

Do przygotowania rekomendacji Polskie Towarzystwo Ginekologiczne powołało 28 marca 2004 roku Komisję w Sprawie Rekomendacji z wybranych zagadnień zdrowia reprodukcyjnego w składzie:

przewodniczący – prof. dr hab. Marek Spaczyński, Colin Glenne – przedstawiciel UNFPA w Polsce, prof. dr hab. Antoni Bąsta, prof. dr hab. Tomasz Pertyński, prof. dr hab. Leszek Pawelczyk, prof. dr hab. Krzysztof Szaflik, prof. dr hab. Krzysztof Drews, doc. dr hab. Tomasz Niemiec, prof. dr hab. Romuald Dębski, prof. dr hab. Jacek Juszczyk, prof. hab. Sławomir Majewski, dr Paulina Miśkiewicz – łącznik WHO w Polsce, Beata Balińska – UNFPA, Michał Szytk – przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia.

Zgodnie z deklaracją zawartą w Programie Działania, podpisaną przez 179 państw w ramach postanowień Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju (ICPD), Kair 1994 r., oraz zgodnie z rezolucją Zgromadzenia Światowej Organizacji Zdrowia z maja 1995 r. (WHA 48.10), Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała za priorytetowe w skali globalnej zagadnienia z dziedziny zdrowia reprodukcyjnego. Rezolucja zobowiązuje kraje członkowskie do zwrócenia szczególnej uwagi na przyszły rozwój i wzmocnienie programów w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego, w szczególności podkreśla:

- ▶ konieczność dokonania analizy potrzeb, opracowania rekomendacji i prowadzenia działalności edukacyjnej w zakresie zdrowia reprodukcyjnego;
- ▶ potrzebę regularnego monitorowania, rejestrowania i ewaluacji opracowanych rekomendacji na wszystkich poziomach opieki medycznej.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych, proponuje przyjęcie następujących rekomendacji z wybranych obszarów zdrowia reprodukcyjnego:

- ▶ bezpiecznego macierzyństwa (załącznik 1),
- ▶ planowania rodziny i niepłodność (załącznik 2),
- ▶ chorób przenoszonych drogą płciową, a w szczególności zakażeń HIV/AIDS (załącznik 3),
- ▶ chorób nowotworowych narządów płciowych kobiety (załącznik 4),
- ▶ diagnostyki prenatalnej (załącznik 5),
- ▶ menopauzy (załącznik 6).

1. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego stwierdza, że dbałość o zdrowie reprodukcyjne jest jednym z naczelných zadań ginekologii polskiej.

2. W związku z powyższym, Zarząd Główny PTG podejmuje decyzje o rozpoczęciu szkoleń lekarzy ginekologów i położników w zakresie diagnostyki, terapii i aspektów społecznych w położnictwie i ginekologii.
3. Zarząd Główny PTG, działając poprzez ustaloną przez siebie agendę Akademii Kształcenia Podyplomowego PTG przygotowuje w terminie do 30 dni, tj. do 30 kwietnia 2004 roku plan kształcenia podyplomowego w zakresie zdrowia reprodukcyjnego dla ginekologów i położników.
4. Zarząd Główny PTG zwraca się do Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz Polskiego Towarzystwa Wenerologicznego o współpracę przy opracowaniu standardów oraz edukacji w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.
5. Zarząd Główny PTG zakłada, że tylko podjęcie natychmiastowych działań, opartych zarówno o fundusze rządowe, jak i fundusze Unii Europejskiej oraz innych organizacji międzynarodowych, w tym ONZ, uznając za priorytetowe znaczenie prowadzonych przez nas działań, może przyczynić się do próby poprawy sytuacji zdrowotnej w Polsce w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.
6. Zarząd Główny PTG ustanawia doc. dr hab. Tomasza Niemca pełnomocnikiem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego do spraw organizacji, edukacji i standaryzacji w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych rekomendują:

## Załącznik 1. Bezpieczne macierzyństwo

- Cel 1. ograniczenie poziomu umieralności i zachorowalności matek,*
- Cel 2. obniżenie poziomu umieralności i zachorowalności płodów i noworodków,*
- Cel 3. podnoszenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat ciąży i macierzyństwa,*

Ad 1.

1. Poprawa jakości opieki nad matką na wszystkich poziomach, szczególnie na poziomie podstawowym.
2. Poprawa infrastruktury, możliwości diagnostyki i terapii oraz nadzoru świadczonych usług w ośrodkach o różnych formach własności.
3. Systematyczna, krytyczna i wielodyscyplinarna analiza umieralności i zachorowalności matek na poziomie oddziału, regionu i kraju.



Ad 2.

1. Wczesne objęcie ciężarnych opieką medyczną.
2. Aktywna opieka podczas ciąży i porodu poprzedzona opieką przedkoncepcyjną.
3. Ocena jakości wizyt podczas ciąży.
4. Selektywna opieka w ciąży, zależnie od stopnia ryzyka.
5. Poprawa jakości opieki nad ciążą wysokiego ryzyka.
6. Wczesna identyfikacja i nadzór w ciąży powikłanej zaburzeniami wzrastania wewnątrzmacicznego i zagrożeniem porodem przedwczesnym.
7. Intensywny nadzór ambulatoryjny w wybranych przypadkach.
8. Kontrola funkcjonowania systemu referencyjnego.
9. Ograniczenie częstości stosowania leków tokolitycznych oraz skrócenie czasu ich stosowania.
10. Wczesne rozpoznanie i agresywne leczenie zakażeń perinatalnych.
11. Poprawa jakości opieki nad noworodkiem na wszystkich poziomach.

Ad 3.

1. Upowszechnienie szkół dla przyszłych rodziców z uwzględnieniem wiedzy na temat ciąży, porodu i zdrowia przedkoncepcyjnego.
2. Upowszechnienie nowoczesnych form łagodzenia bólu porodowego.
3. Ograniczenie palenia tytoniu, picia alkoholu i stosowania narkotyków wśród matek.
4. Propagowanie wyłącznego karmienia piersią noworodków do 6. mies. życia.

## Załącznik 2. Planowanie rodziny i niepłodność

*Cele:*

1. Propagowanie wiedzy dotyczącej epidemiologii i przyczyn niepłodności partnerskiej.
2. Poprawa świadczonych usług w zakresie leczenia niepłodności.
3. Popularyzacja wiedzy na temat możliwości planowania rodziny.
4. Zwiększenie dostępu do środków antykoncepcyjnych.
5. Ograniczenie liczby niepożądanych ciąż.

Ad 1.

Uświadomienie społeczeństwu w okresie rozrodczym o istnieniu różnorodnych czynników ograniczających płodność, takich jak wiek, czynniki środowiskowe, używki (nikotyna, narkotyki, alkohol), choroby przenoszone drogą płciową, powikłania po zabiegach przerwania ciąży. Upowszechnienie informacji o możliwej profilaktyce i skutecznych sposobach leczenia niepłodności partnerskiej.

Ad 2.

Częściowa refundacja leczenia niepłodności technikami rozrodu wspomaganego. Zwiększenie liczby ośrodków leczenia niepłodności, w tym ośrodków leczenia technikami rozrodu wspomaganego. Weryfikacja ośrodków w aspekcie jakości stosowanych technik leczniczych i skuteczności terapii.

Ad 3.

Wprowadzenie do szkół obligatoryjnych zajęć z zakresu edukacji seksualnej, weryfikacja treści podręczników, uwzględnienie w programie treści związanych z planowaniem rodziny.

Upowszechnienie wiedzy na temat planowania rodziny w środkach masowego przekazu. Opracowanie fakultatywnych podręczników planowania rodziny, dostosowanych do potrzeb młodzieży.

Ad 4.

Wprowadzenie wszystkich środków antykoncepcyjnych na podstawową listę leków oraz częściowa refundacja leków stosowanych w antykoncepcji hormonalnej. Zobligowanie punktów dystrybucji leków do posiadania pełnego asortymentu środków niezbędnych do planowania rodziny. Umożliwienie zakupu w aptece bez recepty środków stosowanych w antykoncepcji postkoitalnej. Pełna refundacja środków antykoncepcyjnych osobom najuboższym prowadzona przez ośrodki opieki społecznej.

Ad 5.

Upowszechnienie wiedzy na temat szkodliwości fizycznej i psychicznej zabiegów przerwań ciąży. Uświadomienie, że zabiegi te nie są metodami regulacji poczęć.

## Załącznik 3. Choroby przenoszone drogą płciową, w szczególności zakażenia HIV/AIDS

W ostatniej dekadzie w Polsce i w najbliższym obszarze geograficznym, a zwłaszcza w krajach za naszą granicą wschodnią, rejestruje się wzrost zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową. Dotyczy to szczególnie zakażeń HIV wśród osób młodych i w konsekwencji – rozwoju AIDS.

Niezbędne jest opracowanie klinicznych i laboratoryjnych standardów rozpoznawania takich zakażeń. Wytyczne te mają na celu włączenie do systemu opieki perinatalnej tych zagadnień oraz spowodowanie pełnej dostępności procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Muszą uwzględniać one także infekcje spoza tradycyjnego kręgu chorób wenerycznych.

*Cel 1. ograniczyć częstość i skalę zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową,*

*Cel 2. ograniczyć częstość zachorowań na HIV/AIDS,*

*Cel 3. ograniczyć występowanie zakażeń HPV oraz raka szyjki macicy.*

*Cel 4. w znaczący sposób podnieść poziom wiedzy ogólnej na temat zagadnień ludnościowych w kontekście profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową i HIV/AIDS.*

Proponowane działania odnoszące się do powyższych zagadnień:

Ad 1.

- Ograniczenie występowania kiły.
- Ograniczenie częstości występowania uleczalnych chorób przenoszonych drogą płciową.
- Efektywna pomoc pacjentom, u których zdiagnozowano chorobę przenoszoną drogą płciową, wyrażających gotowość leczenia.

Ad 2

- Podwójne zabezpieczenie (od niechcianej ciąży i chorób przenoszonych drogą płciową w tym HIV/AIDS) poprzez dodatkowe używanie prezerwatywy w przypadku stosowania innych metod antykoncepcyjnych.
- Rekomendowane wykonywanie testów na HIV wśród kobiet ciężarnych.



- Ograniczenie częstości występowania przypadków przeniesienia HIV z matki na dziecko poprzez odpowiednią opiekę nad ciężarnymi kobietami zakażonymi HIV.

#### Ad 3

- Upowszechnienie diagnostyki w kierunku zakażeń onkogennymi typami brodawczaka ludzkiego (HPV).
- Propagowanie szczepień.
- Wdrażanie programów badań przesiewowych zmierzających do wczesnego wykrycia stanów przedrakowych lub raka szyjki macicy.

#### Ad 4

- Włączenie zagadnień związanych z zapobieganiem rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS do programów nauczania w szkołach, w środkach masowego przekazu, oraz wśród pracowników służby zdrowia.

### Załącznik 4. Choroby nowotworowe narządów płciowych u kobiet

1. Najlepsze wyniki może dać szeroko prowadzone kształcenie społeczeństwa o konieczności wdrożenia zachowań prozdrowotnych. Wiąże się to ze zmianą stylu życia nie tylko jednostki, ale całych populacji. Działalność edukacyjna prowadzona od najmłodszych lat w szkole, w środkach masowego przekazu, a nawet w miejscu pracy powinna spowodować zmniejszenie zachorowań i śmiertelności szybciej, niż najlepsze i najdroższe leki.
2. Lekarze, fachowy personel służby zdrowia, nauczyciele, politycy odpowiedzialni za oświatę i zdrowie powinni również zrozumieć to i dążyć do zmiany zachowań zdrowotnych u ludzi. Wiąże się to z wdrożeniem kształcenia ustawicznego personelu medycznego, typu podyplomowego. Wiemy, że jest to zadanie trudne, gdyż wymaga alokacji środków finansowych.
3. Należy dążyć do poprawy jakości badań przesiewowych i wykrywalności nowotworów narządów płciowych, bowiem wczesne wykrywanie pociąga za sobą konieczność podjęcia odpowiednich działań, mających na celu zahamowanie rozwoju choroby, zanim dojdzie do jej rozprzestrzenienia się i zgonu chorej. Jest to zgodne z rekomendacjami Zarządu Głównego w sprawie tworzenia grup zagrożeń onkologicznych i objęcie ich specjalną opieką.
4. Warto podkreślić, że badanie przesiewowe raka szyjki macicy, polegające na badaniu ginekologicznym, pobieraniu wymazów cytologicznych jest badaniem prostym i tanim. Stosowanie badań mających na celu wczesne wykrywanie raka błony śluzowej trzonu macicy, raka jajnika oraz gruczołu piersiowego jest o wiele bardziej skomplikowane i znacznie kosztowniejsze.
5. Nowotwory narządów płciowych są często przyczyną zgonów kobiet, dlatego lekarze powinni znać epidemiologię, czynniki ryzyka oraz typowe i nietypowe objawy kliniczne tych chorób.

### Załącznik 5. Diagnostyka prenatalna

Diagnostyka prenatalna to szereg metod stosowanych w celu wykrywania wad rozwojowych i schorzeń płodu w okresie ciąży. Celem diagnostyki prenatalnej jest możliwie jak najwcześniejsze rozpoznanie nieprawidłowości rozwojowych płodu.

Warunkiem realizacji jest:

- Zapewnienie powszechnego dostępu do badań prenatalnych.
- Popularyzacja metod diagnostyki prenatalnej w społeczeństwie.

- Poprawa jakości badań ultrasonograficznych.
- Zwiększenie liczby ośrodków prowadzących diagnostykę inwazyjną oraz wykonujących badania genetyczne.

Konsekwencją diagnostyki prenatalnej może być:

- Modyfikacja sposobu prowadzenia ciąży.
- Modyfikacja sposobu, miejsca i czasu ukończenia ciąży.
- Optymalizacja opieki okołoporodowej.
- Terapia prenatalna.
- Terminacja ciąży.
- Psychologiczne i organizacyjne przygotowanie rodziny do urodzenia dziecka z wadą rozwojową.

Na diagnostykę prenatalną składają się dwie grupy metod:

Badania przesiewowe, nieinwazyjne mające na celu wyodrębnienie z grupy niskiego ryzyka ciężarnych z podwyższonym ryzykiem wystąpienia wad rozwojowych płodu:

- diagnostyka ultrasonograficzna – tzw. ultrasonografia genetyczna 11.–14. tydzień ciąży,
- badania biochemiczne – test PAPPa, 8.–12. tydzień ciąży, test potrójny 14.–18. tydzień ciąży.

Metody pozwalające rozpoznać nieprawidłowości rozwojowe:

- diagnostyka inwazyjna – biopsja kosmówki, amniopunkcja, punkcja naczyń płodu,
- diagnostyka ultrasonograficzna – prenatalne rozpoznawanie wad strukturalnych płodu – 18.–22. tydzień ciąży.

Wskazania do przeprowadzenia diagnostyki inwazyjnej:

- Wiek matki 35 i więcej lat w chwili przewidywanego terminu porodu.
- Poprzednie urodzenie dziecka z zespołem Downa lub inną aberracją chromosomową.
- Rodzinne translokacje chromosomowe.
- Nieprawidłowy wynik badania ultrasonograficznego genetycznego.
- Poprzednie urodzenie dziecka z chorobą monogeniczną.
- Poprzednie urodzenie dziecka z otwartymi wadami cewy nerwowej (wady dysraficzne).
- Dodatni wynik testu potrójnego (testu PAPPa).

### Załącznik 6. Wiek menopauzalny kobiet

1. Wdrożenie działań zmierzających do uświadomienia rządowi, organizacjom międzynarodowym i pozarządowym problemom medycznych i ekonomicznych kobiet w wieku okołomenopauzalnym w Polsce.
2. Upowszechnienie wiedzy dotyczącej problemów zdrowotnych kobiet w wieku okołomenopauzalnym oraz o możliwościach ich terapii.
3. Wdrożenie programów profilaktyki zdrowotnej u kobiet w wieku przedmenopauzalnym, szczególnie w grupach wysokiego ryzyka.
4. Dostosowanie programów powszechnego dostępu do opieki medycznej kobiet w wieku okołomenopauzalnym, uwzględniając:
  - wiek,
  - choroby towarzyszące,
  - status socjalny i ekonomiczny,
  - wykształcenie.

