

AVORTUL HORMONAL SI CHIMIC

În literatura de specialitate nu găsim acești termeni, ci doar „avortul medicamentos” și „avortul chirurgical”.

De ce am schimbat această clasificare?

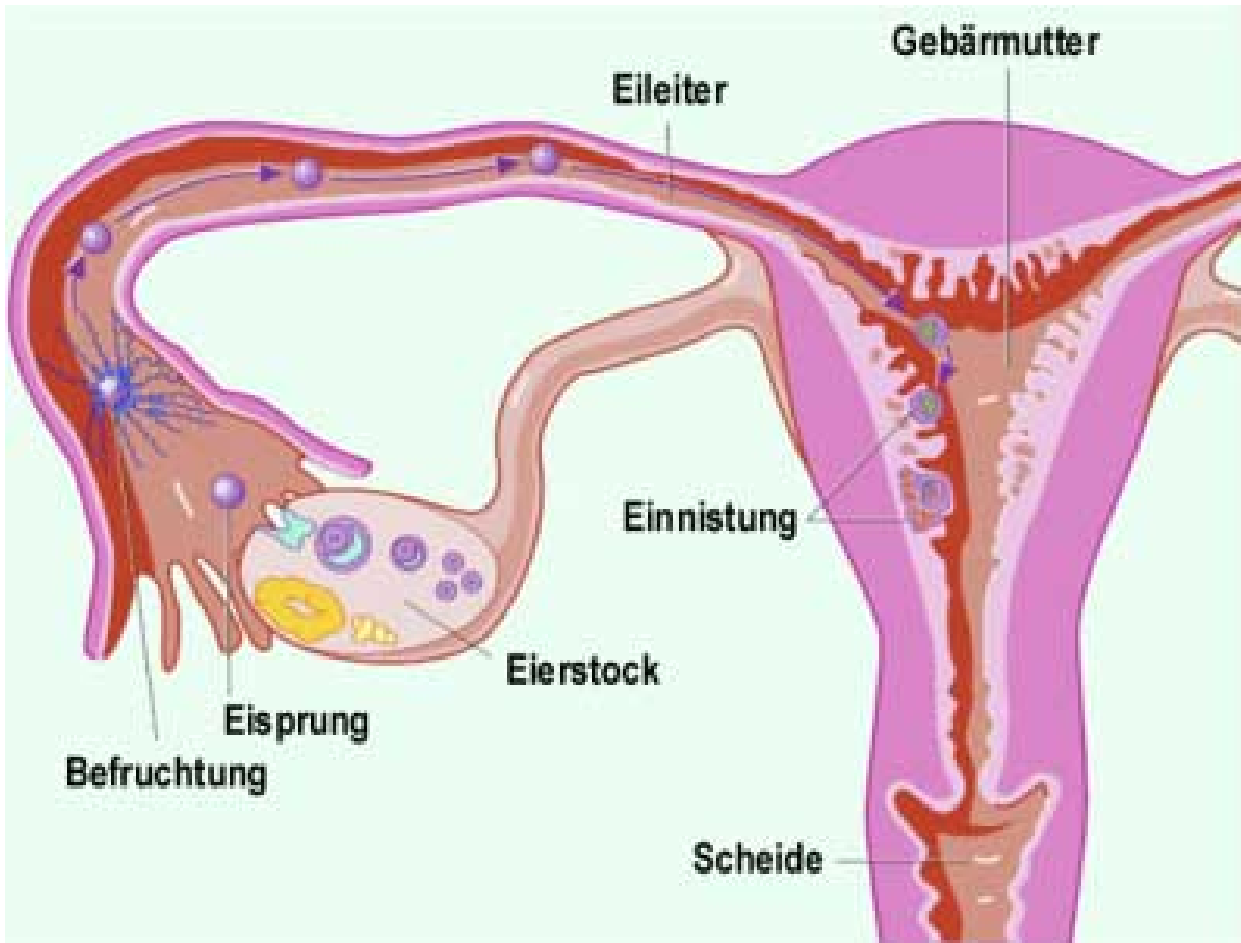
După definiție, un medicament este „o substanță naturală sau de sinteză, utilizată pentru a vindeca, a ameliora sau a preveni o boală”. Nu acelaș lucru îl putem spune despre o substanță sintetizată în laborator, indiferent de compoziția ei (hormon, antihormon, etc.) care are ca scop distrugerea unui embrion, respectiv curmarea unei vieți însuflețite. Aici nu prevenim o boală ci o viață. Cu totul altceva este când distrugem celule canceroase sau un țesut nociv. Din acest motiv am realizat o altă clasificare a avortului, dar și a metodelor contraceptive și avortive. Astfel, am înlocuit termenul de „medicamentos” cu cel „chimic”.

Avortul hormonal însă nu este recunoscut de către literatura de specialitate.

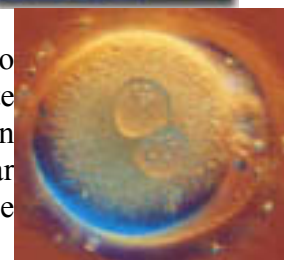
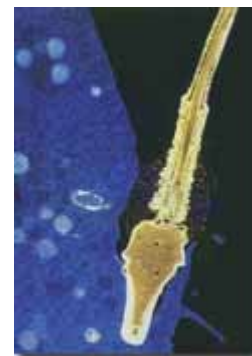
Avortul chirurgical are o definiție mai precisă. Se înțelege prin acest avort „terminarea sarcinii prin orice mijloace, înainte ca fătul să fie suficient dezvoltat pentru a supraviețui,”. Pentru OMS (Organizația Mondială a Sănătății) această limită este la 22 săptămâni de sarcină, cu o greutate a fătului de 500 grame. În România această limită este considerată la 28 săptămâni de sarcină cu o greutate a fătului de mai puțin de 1000 grame. Puțini însă sunt medicii care recunosc embrionul ca fiind om de la concepție și astfel să definească mai corect avortul. Astfel, Dr. Vasule Luca, medic ginecolog din București afirmă: "se înțelege prin avort întreruperea intempestivă a sarcinii, spontană sau provocată, înainte ca produsul de concepție să se poată adapta condițiilor de viață extrauterină, pentru supraviețuirea sa. Limita inferioară însă a vârstei sarcinii corespunzătoare viabilității fetale este imprecisă (...). Nu există discuție asupra momentului acestui întreruperi: la începutul sarcinii sau în stadiile mai avansate. Învioabilitatea embrionului uman este un principiu etern al tuturor țărilor avansate”.

Pentru a înțelege ce înseamnă un avort hormonal, chimic și chirurgical, este nevoie de explicarea tuturor stadiilor de dezvoltare embrionară și fetală, începând de la concepție până la avort, precum și de cunoașterea momentului și a locului acțiunii contraceptivelor.

- a.) Fecundarea,
- b.) Migrarea oului de la locul concepției în cavitatea uterină,
- c.) Implantarea (nidația),
- d.) Dezvoltarea embrionară (până la 3 luni de sarcină),
- e.) Dezvoltarea fetală (peste 3 luni de sarcină).



- a.) **Fecundarea:** reprezintă fenomenul prin care spermatozoidul fuzionează cu ovulul matur, rezultând oul sau zigotul, începutul unui nou individ. Ea are loc în 1/3 externă a trompei uterine (ampulă). **Conceptia propriu-zisă:** amândoi pronuclei (masculin și feminin) cresc în mărime, migrează către centrul oului, își pierd membranele și își pun pe linia ecuatorială în comun seturile cromozomiale: 23 (tatăl) + 23 (mama). Din acest moment se formează o nouă ființă umană cu număr diploid de cromozomi (46), dar cu **genoame diferite!** Adică acest nucleu NU este identic nici cu cel al mamei, nici cu cel al tatălui, motiv pentru care nici o mamă nu are dreptul să-l considere „doar al ei”. Deci toate caracterele copilului sunt cuprinse în acest nou nucleu și în consecință va fi un **individ nou, unic, nerepetabil**, care ar trebui să aibă și un statut de persoană umană, dar legile noastre neagă acest lucru.

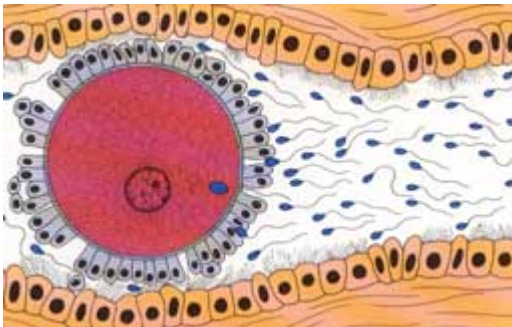


b.) Transportul oului (a embrionului): acesta începe să migreze spre uter. După aprox. 35-38 ore de la penetrația spermatozoidului în ovul , oul începe să se dividă ducând la 2 celule , mitozele următoare succedându-se rapid: la 45 de ore va avea 4 celule, la 66 de ore 8 celule iar la sfârșitul celei de a 3-a zi va avea 16 celule, când este denumit **morulă** și ajunge în cavitatea uterină. Fiecare celulă din acest moment se numește celulă stem.

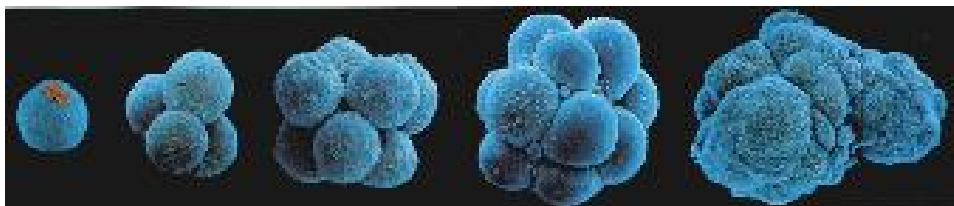
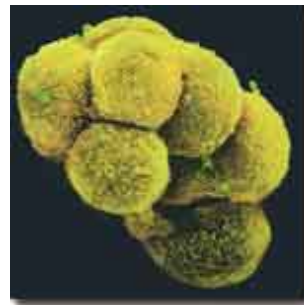
Celulele stem embrionare, prin definiție, „sunt acele celule embrionare provenite din primul stadiu al dezvoltării umane. Un embrion aflat între 3 și 5 zile conține celule stem angajate în crearea de diferite țesuturi și organe pentru viitorul făt”. Trebuie specificat faptul că celulele stem ale unui embrion vor da naștere oricărei celule, țesut, organ din corpul fătului.. spre deosebire de o celulă obișnuită care se poate diviza și să dea naștere la o nouă celulă , dar de același tip, celulele stem sunt pluripotente, adică prin diviziune ele pot da naștere oricărui tip de celule din cele 220 de celule diferite existente în corpul uman. Celulele stem au și capacitatea de a se reînnoi, se pot autoreproduce de mai multe ori. Am dat această explicație pentru ca să se înțeleagă mai bine importanța celor 14 zile de preimplantare când pot fi extrase aceste celule din embrion sau chiar făcute experiențe pe el, fără ca să fie considerat acest lucru vămarea sau distrugerea unei vieți.

Trecerea oului prin trompă (3-4 zile) este favorizată de către secreția hormonilor estrogeni care cresc peristaltismul, adică contracțiile trompelor uterine și grăbesc transportul oului spre uter. La **transportul oului** contribuie mult niște cili ai mucoasei trompelor precum și lichidul secretat la acest nivel, unele prostaglandine (hormoni), etc. În timpul trecerii prin trompă se **hrănește** prin schimburi nutritive de la acest nivel (glicogen care se descompune în aminoacizi și glucide).

Deplasarea oului prin trompa uterină:



Morulă: 16 celule

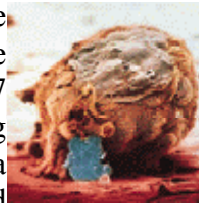


În cavitatea uterină, morula acumulează lichid, formându-se o cavitate în interior, luând denumirea de blastocist care se divide în continuare, ajungând la peste 100 de celule și

cu diametrul de 0,1 mm. În continuare blastocistul înoată încă câteva zile în uter, într-un lichid secretat de către mucoasa uterină și crește în continuare prin diviziuni continue. De aceea afirmă și renumitul embriolog Erich Blechschmidt că „dezvoltarea embrionului este una continuă, de la concepție, care rămâne de fapt și cel mai important moment.”

Notă: Până în acest moment acest embrion NU este considerat un COPIL, ci doar din momentul implantii, adică doar din momentul încuibării lui în uterul mamei, când se formează placenta și încep schimburile nutritive prin vasele sanguine cu mama.

c.) Implantarea (Nidația): După 5-7 zile de la concepție blastocistul începe să se implanteze în uter, necesitând aproximativ 7 zile până la nidarea completă. Deci se scurg 10-14 zile (în medie **2 săptămâni**) de la fecundație până în acest moment când



embrionul, pătruns practic în mucoasa uterină, începe să se hrănească de la mamă prin intermediul vaselor sanguine. Acest lucru se realizează datorită formării placentei prin unirea unei părți a embrionului (trofoblast) cu mucoasa uterină a mamei. Este important de remarcat faptul că această unire comportă un *fenomen unic*, observat doar în această situație: *nucleii a două țesuturi diferite, respectiv a copilului și al mamei, împart aceeași citoplasmă fără a produce un rejeț (!)* cum se întâmplă la un transplant al unui țesut străin. Există în mod paradoxal o *toleranță imunologică a mamei față de un țesut străin !* În final se realizează un echilibru între cele două părți, se formează placenta care va fi învelișul embrionului prin care se va hrăni de la mamă dar care va avea și un rol de apărare.



d.) Dezvoltarea embrionară:

Copilul poartă denumirea de **embrion** începând cu momentul implantării până în luna a 3-a (după unii autori până în ziua 75 -a).

săptămâna a 3-a: se formează *placenta*, dezvoltarea ei finalizându-se abia la 3 luni. Placenta (partea embrionară, respectiv corionul), secretă un hormon care se elimină prin urină și care ne ajută la detectarea timpurie a sarcinii. Așa zisul test de sarcină devine pozitiv datorită prezenței în urină al acestui hormon., numit *HCG* (gonadotropină corionică). Din ziua a 14-15-a apare linia „primitivă”. Jaap van der Wal numește apariția liniei primitive “degetul lui Dumnezeu”. Dacă se privește o înregistrare filmată a acestui eveniment, spune el, primul lucru care îți vine în minte este desenarea unei linii, cu degetul, pe nisip.

Acum, celulele embrionului se dispun pe 3 straturi (ectoderm, mezoderm și endoderm) din care se vor forma viitoarele organe și întregul organism (organogeneza).



- săptămâna a 4-a: la sfârșitul acestei săptămâni embrionul măsoară cca. 4,5 mm. El are o formă arcuită (curbă) și un cap mai dezvoltat în raport cu restul corpului. La o lună, embrionul este de 10.000 de ori mai mare decât oul fecundat și se dezvoltă rapid în continuare. Inima pompează cantități tot mai mari de sânge prin sistemul circulator. Placenta formează o barieră unică ce permite ca sângele mamei să rămână separat, dar în același timp, permite hranei și oxigenului să treacă prin ea la embrion. Acesta se scaldă deja într-o cavitate amniotică voluminoasă. Forma umană devine clar vizibilă. Apar primele organe de simț: ochii, urechea internă și gura. Încep să se formeze structurile care vor determina dezvoltarea mușchilor și a oaselor (în mod special vertebrele și coastele), a dermului și a cordoanelor nefroge (din care ulterior se vor dezvolta rinichii).



- săptămâna a 5-a: apar mugurii viitoarelor membre și a celor 5 degete de la miini. Ochii se închid la culoare pe măsura ce se produce pigmentarea. Încep să se formeze emisferele cerebrale (telencefalul). Apar celulele olfactive care, înfundându-se în țesutul subiacent, determină formarea foselor nazale. Apare intestinul, ficatul și pancreasul care vor continua să se dezvolte căpătind o formă definitivă la sfârșitul săptămânii a 8 - a.



-săptămâna a 6-a: Incepind cu ziua a 40 a se pot deosebi și înregistra undele cerebrale cu ajutorul Electroencefalogramă (EEG). De acum creierul începe să coordoneze miscarea mușchilor și a organelor. Din acest moment putem vorbi despre avortul legal, la cerere (avortul chirurgical amintit mai sus) care se efectuează din săptămâna a 6-a și până la 12 săptămâni de sarcină.



-săptămâna a 7-a: Embrionul începe să se miște spontan iar aceste mișcări sunt vizibile cu ajutorul ecografului. La început mișcările nu au amplitudine dar, pe măsura dezvoltării sistemului muscular și osos, dar mai ales a sistemului nervos, el va începe să facă sărituri, să-și ducă mânuțele la gură sau să-și prindă piciorușele, să se răsucescă. Mama va simți primele mișcări abia în luna a patra (la cele care sunt la prima naștere) sau cel mai devreme la sfârșitul lunii a treia (la cele care au mai născut). Această sensibilitate tardivă este datorată mai multor factori: în săptămânile 7-14 embrionul nu este destul de puternic pentru a efectua mișcări ample; mișcările lui sunt amortizate de lichidul amniotic în care se scaldă ca un astronaut; datorită dimensiunilor sale reduse el nu presează încă asupra peretelui uterin a cărui strat extern este acoperit cu o membrană senzitivă. Stratul intern al uterului nu este prevăzut cu inervații senzitive. Se formează maxilarele, iar rădăcinile celor 20 de dinți de lapte apar în gingii.



-săptămâna a 8-a: Începând cu această săptămână embrionul își schimbă denumirea, fiind numit pe viitor **făt**, cuvânt care provine din latină și înseamnă tânăr sau copil. (După unii autori - declarații mai recente -, această perioadă intervine mai devreme, adică din săptămâna a 7-a chiar, când se termină organogeneza). Fătul măsoară cca 2 cm și cântărește aproape 1 gram. Membrile au toate cele trei segmente (braț, antebraț, mână, coapsă, gambă, laba piciorului) iar degetele și articulațiile sunt bine individualizate. Acum toate organele interne există. Inima bate de mai bine de o lună, stomacul produce sucuri gastrice și rinichii încep să funcționeze. Intestinul s-a diferențiat deja în părțile sale succesive: esofag, stomac și intestin. Abdomenul are deja o formă rotunjită. Aparatul respirator se dezvoltă intens și capătă o structură arborescentă, de o parte și de alta a inimii. Aceasta a ajuns la forma sa externă definitivă și la compartimentarea în patru cavități. Totuși circulația sanguină va rămâne într-o formă primitivă până la naștere pentru că ea nu cuprinde decât marea circulație. Mica circulație, cea pulmonară, va deveni funcțională doar la naștere. Până atunci oxigenarea sângelui se va face prin placentă și nu prin plămâni.



-săptămâna a 9-a: Ampretele sunt deja evidente în piele. Fătul își va îndoi degetele în jurul unui obiect pus în palmă lui. Fizionomia este clar umană: ochii încă foarte laterali și fără pleoape, nasul, urechile, gura, separate de fosele nazale prin vâlul palatin, limba, toate sunt la locul lor.



- săptămâna a 10-a: Uterul se dublează în mărime. Fătul se poate uita cu ochii întredeschiși, își poate mișca limba și poate înghiți, își poate încrunta fruntea.



săptămâna a 11-a: Acum fătul are cam 4 cm. Apare urinarea. Mișcările mușchilor devin mai coordonate. Încep să funcționeze mugurii gustativi.



-săptămâna a 12-a: Fătul are deja cca. 30 de grame. Își exersează musculatura: își întoarce capul, își îndoaie degetele de la picioare, își deschide și închide gura, face sărituri, încearcă să stea în cap.



(Asociația **Primul Pas**, Iasi, Bd. T Vladimirescu Nr. 89, Bl. 89. Ap. 2 Parter
Telefon: 032 / 277901 E-mail: primpas@mail.dntis.ro)

e.)Dezvoltarea fetală: durează de la 3 luni până la naștere. (vezi caseta video cu dezvoltarea embrionară).

CONCLUZII. ÎNTREBĂRI. RĂSPUNSURI:

1.) Când începe viața?

La începutul secolului nostru, *profesorul Prenant*, inițiatorul endocrinologiei sexuale, spunea: "Embrionul se formează, dacă nu chiar se animează (se însuflețește), din momentul în care doi nucleu, mascul și femel, se unesc pentru a-i da naștere. Din acest moment orice practică nu mai este anticoncepțională ci **postconcepțională**: orice profilaxie devine atunci un mic asasinat motivat de micimea victimei, simplă celulă la început, o masă celulară microscopică ulterior". El continuă: "Acest asasinat este cu atât mai grav cu cât este premeditat și victima luată prin surprindere, mai odios decât un altul pentru că victima este lovită în întuneric și pentru că ea nu poate scoate nici chiar un strigăt, un plânset, pentru a-și apăra dreptul său la existență, de a implora milă de la mama care îl omoară...".

Prof. Dr. Mina Minovici arată că "o propagandă anticoncepțională, prin repercusiune este o propagandă criminală în favoarea avortului, atunci când dau greș mijloacele întrebuițate pentru împiedicarea impregnării."

Prof. Dr. Balthasar Staehelin, medic psihiatru și psihoterapeut din Zurich, Elveția, afirmă: "Practica noastră psihoterapeutică arată că trupul se găsește în strânsă relație cu psihicul său prin Duhul lui Dumnezeu. Fiecare om și fiecare embrion poartă în sine încă din momentul concepției chipul lui Hristos. Asadar însuflețirea omului are loc din momentul concepției și nu mai târziu în cursul sarcinii." (Pius Stoessel, "Myriam, de ce plângi? – Trauma avortului –", pag. 131).

Prof. Dr. Erich Blechschmidt, embriolog de renume mondial din Goettingen, Germania, afirmă: "Un om nu devine om. El este om...în fiecare etapă a dezvoltării sale, începând cu momentul concepției."

Prof.dr. Rudolf Ehmman, medic ginecolog și director la Clinica de Obstetrica-Ginecologie a Spitalului Cantonal Stans din Elveția, declară: "Viața copilului îi aparține și nu

avem dreptul de a decide asupra ei. Nu am nici o îndoială că omul își începe existența din momentul concepției, a contopirii spermatozoidului cu ovulul. O dovadă științifică pentru acest fapt este fecundarea in vitro . Orice altă definiție a începutului vieții este nefondată." (revista Concepte, cap. "Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbește. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog." Dr. med. Rudolf Ehmann - medic primar ginecologie/obstetrică la spitalul cantonal Stans, Elveția, CH – 6370, în colaborare cu Otto Döpfer).

2.) De ce nu este recunoscută existența omului din momentul concepției de către Disciplina Medicală?

„S-a căutat ani de zile să se ascundă efectul de avort timpuriu al pilulei și al spiralei, știindu-se foarte bine că o divulgare promptă a acestui fapt ar fi determinat multe femei să se abțină de la folosirea pilulei” afirmă Prof. Dr. Rudolf Ehmann din Elveția în renumita sa scriere „Concepte”. Acest medic, amintit mai sus, își continuă ideea, afirmând: „Această tactică face parte din arsenalul managementului și este sintetizată în formula „Verbal engineering precedes social engineering”, adică „Manipularea prin limbaj - manipulare a societății”.

Următorul exemplu ne arată aceasta foarte limpede: Un grup de ginecologi din mai multe țări întruniți în cursul anilor '60 (anul introducerii contraceptivelor hormonale și a steriletului pe piață), „fixa” drept „început” al vieții omului implantarea, deci și definirea începutului stării de sarcină începând cu acest moment. În acest fel, **primele 14 zile după fecundare rămân fără nici o apărare!** Pe vremea aceea, această doctrină era importantă pentru modul de acțiune abortiv al spiralei care era deja binecunoscut grupului respectiv.

Nu este greu de tras o concluzie foarte importantă: medicina a avut nevoie de acest **compromis** pentru a-și putea justifica folosirea metodelor contraceptive și mai ales avortive în această perioadă de preimplantare, dar și pentru justificarea tuturor tehnicilor ce urmau să se efectueze în viitor: fertilizarea in vitro/ teste pe embrioni / experimente pe embrioni / stabilirea stării de sănătate sau boală a embrionilor prin teste genetice, embrionii considerați bolnavi fiind eliminați / folosirea steriletului și a unor substanțe chimice pentru eliminarea embrionilor sănătoși dar nedorțiți, etc. Acest compromis al medicinei s-a putut face doar prin manipularea limbajului și a societății, inclusiv al studenților de medicină și în consecință a medicilor.

Pentru fertilizarea-in-vitro această graniță a celor 14 zile este de foarte mare importanță. Într-adevăr, fertilizarea-in-vitro lucrează direct cu embrioni ca materie primă și în unele țări în acest interval de timp este permisă utilizarea embrionului în scopuri de cercetare. Iată de unde rezultă „lărgimea de orizont” a deciziei grupului. În timpul fertilizării „in vitro”, embrionii rezultați prin punerea în contact (în condiții speciale create în laborator) a mai multor ovule recoltate de la femeie cu spermatozoizii recoltați de la bărbat, trebuie implantați în primele 3 zile în uter, deci în momentul când are aprox. 5-8 celule și când încă nu este considerat om. De aceea dacă unul sau chiar toți embrionii sunt „eliminați”, nu va fi considerat avort. Având în vedere că șansa de reușită în cazul unei fertilizări in vitro este de max. 25%, după unii autori chiar 10%, avem câteva avorturi la fiecare fertilizare! Si asta fiindcă dorim cu orice preț un copil, chiar și cu prețul de a-i omorâ câțiva frați. Tot în acest interval de 14 zile până la nidație, se fac unele cercetări pe embrioni, în urma cărora ei decedează. De asemenea, dacă se implantează în uter mai puțini embrioni decât se „produc în

eprobetă”, restul fie că sunt congelați, fie sunt distruși sau sunt supuși unor teste și/sau experimente .

Tot în această perioadă de *prenidație* se practică diagnosticul genetic al embrionilor, obținuți prin fertilizarea in vitro. Acest diagnostic, numit *Dg. genetic de preimplantare*, este folosit de cuplurile cu risc crescut de transmitere a unui defect genetic, care doresc să se asigure de nașterea unui copil sănătos (?!). Această analiză genetică implică analiza unei singure celule, obținută prin biopsia unui embrion obținut in vitro. Deci cu un ac special, sub microscop se scoate o celulă din cele 5, 6 sau 7 celule, care apoi este supusă unui test genetic. Dacă se constată că acest embrion are o tară genetică, el va fi „eliminat”, deci avortat. În ce fel? Se injectează o cantitate importantă de calciu intracardiac, deci în inima embrionului care va muri prin stop cardiac. Chiar și dacă embrionul este sănătos, testul comportă totuși un risc major, putând fi distrus embrionul sau, dacă este menținut , nu putem afirma cu certitudine că el va supraviețui sau nu va fi totuși bolnav.

Prof. Dr. H.Tristram Engelhardt jr., în cartea sa „*Fundamentele Bioeticii Creștine*” afirmă: ”Întrucât prin FIV concepția are loc în afara soției, există o ruptură duhovnicească semnificativă (...). Funcțiile sexuale reproductive și cele unitive au fost separate”. Îl dă ca exemplu pe Sf. Vasile cel Mare care susținea că „ucigaș este cel ce ucide un embrion neformat sau imperfect, întrucât acesta, deși nu e încă o ființă completă, era menit să se desăvârșească în viitor, potrivit succesiunii neapărate a legilor firii”. Autorul cărții mai afirmă că este imoral ca embrionii „în exces” să fie congelați sau distruși și dă o penitență cuplului: ”Pentru a nu fi vinovat de avort, un cuplu care a produs un exces de embrioni, are obligația *prima facie* de a avea copii în fiecare an, până când tuturor embrionilor li s-a dat posibilitatea de a se naște”, lucru care nu se întâmplă în realitate.

Devine vizibilă aici o foarte bine încheată ideologie a valorii și non-valorii (Wert-Umwert-Ideologie), pe care sociologa *Gerlinda Smauz* a sintetizat-o, într-un text din 1983, în felul următor: „**Când trebuie uciși oameni, li se atribuie mai întâi prin definiție un statut inferior, non-uman. Este și cazul fătului: pentru a-l putea ucide legal în trupul mamei, se decide că nu i se vor recunoaște nici un fel de calități specifice omului.**” Ideea se aplică, desigur, și pentru oul omenesc fecundat până la realizarea completă a implantării, datorită faptului că începutul vieții omului s-a hotărât, din motive pur utilitariste, să fie considerat la sfârșitul implantării”.

AVORTUL HORMONAL

Am denumit avortul hormonal ca fiind acel „avort produs de către pilula contraceptivă hormonală (estrogen și/sau progesteron), avort ce are loc timpuriu, în primele 14 zile de viață a embrionului, deci înainte de implantarea lui în uter”.

Cum se explică acțiunea avortivă a pilulei contraceptive? De ce este falsă definiția ei?

Pilula conține doi hormoni sexuali feminini, Progesteron și Estrogen. După literatura de specialitate, contracepția hormonală reprezintă modalitatea de prevenire a sarcinii cu ajutorul hormonilor sexoizi (Progesteron și Estrogen) administrați *oral (pe gură), parenteral (injectabil), vaginal sau prin implant intradermic (sub piele)*.

În realitate **efectul lor contraceptiv** este minor în comparație cu **efectul lor abortiv** precum și al efectelor secundare asupra întregului organism! Dr. Rudolf Ehmann din Elveția (amintit mai sus), consideră că s-a pus pe piața **cel mai sinucigas medicament** care a existat vreodată!

Ce sunt acești hormoni?

- hormonii **naturali** (estrogen și progesteron) se secretă de către organism (ovare) sub acțiunea unor stimuli veniți de la creier. Ei se inactivează rapid în organism, eliminându-se astfel orice cantitate suplimentară a lor în timp de 24 de ore ;
- hormonii **sintetici** (estrogen și progesteron cu structura chimică modificată , sintetizați în laborator), au și metabolismul modificat, nefiind inactivați în întregime și într-un interval scurt de timp de organism. Stocându-se aproape jumătate din cantitatea lor în ficat (60% din estrogen și 40% din progesteron), ei acționează vreme îndelungată . În acest fel se explică de ce și după întreruperea administrării lor, reacțiile secundare continuă să existe, motiv ce a îngrijorat pe medici dar nu suficient încât să se sisteze de tot acest toxic " medicament " .

Sunt rediate mai jos ambele efecte ale contracepției hormonale (a pilulei) administrată cu scopul „prevenirii” unei sarcini: efectul contraceptiv și cel avortiv:

A.) Efectul contraceptiv:

- atât estrogenul cât și progesteronul blochează secreția hormonilor din creier (hipofiză) care, în mod normal induc ovulația, adică eliberarea ovului din ovar. Ca urmare este **inhibată ovulația** și nu mai poate avea loc fecundarea . Organismul este de fapt păcălit, el recunoaște această nouă stare ca și " o sarcină " . O femeie însărcinată nu mai are ovulație cu toate că se secretă în continuare o cantitate mare de hormoni de către placentă. În cazul nostru acești hormoni sunt introduși prin intermediul pilulei. O parte din modificările care au loc în timpul sarcinii, vor avea loc și la cele care " consumă pilula " , motiv pentru care apar multele lor efecte secundare, în lanț.(vezi cursul despre CO).
- inhibiția ovulației se realizează numai cu cantități mari de progesteron, motiv pentru care și reacțiile secundare sunt mai mari și mai numeroase. De aceea s-a

- recurs la combinarea celor doi hormoni - progesteron și estrogen - dar nu au scăzut efectele secundare deoarece se sumează și cele provocate de către estrogen;
- progesteronul produce obstacole în ascensiunea spermatozoidelor: modifică mucusul secretat de către colul uterin prin îngroșarea acestuia, împiedicând înaintarea spermatozoidelor spre uter ;
 - împiedică penetrarea ovulului de către spermatozoid prin scăderea activității unor enzime ;
 - când se folosesc cantități mici de hormoni, nu se mai inhibă hipofiza, deci ovulația va avea loc. Din acest moment ele nu mai sunt contraceptive ci își vor exercita doar acțiunea lor abortivă.

B.) Efectul abortiv:

a.) asupra trompelor uterine:

- modifică **motilitatea** specifică a trompei, dependentă de un *echilibru hormonal estrogeno-progestativ* (estrogenii măresc peristaltismul tubar, adică contracțiile musculare, iar progesteronul îl diminuează). Astfel, progesteronul sintetic administrat singur împiedică înaintarea oului care, fie că se va opri și va muri, eliminându-se, fie va încerca să se nideze, adică să se implanteze aici unde nu va avea suficient loc pentru creșterea și dezvoltarea lui. Ca urmare se formează o sarcină extrauterină (tubară) care va produce o ruptură a trompei cu o hemoragie masivă, deseori fatală pentru femeie.
- progesteronul *reduce secreția mucoasei trompei uterine*, deci o „usucă“. Nu se mai secretă substanțele necesare hrănirii copilului în cele 3 zile de migrare prin trompe. Așa cum am arătat mai sus, în timpul trecerii prin trompă, copilul se **hrănește** prin schimburi nutritive de la acest nivel (glicogen care se descompune în aminoacizi și glucide). Embrionul, din lipsă de hrană nu se mai divide și moare, deci se produce din nou un avort hormonal (precoce).
- dacă pilula conține ambii hormoni iar embrionul ajunge uneori în mucoasa uterină, aici va găsi un loc cu totul neprielnic dezvoltării sale, datorită conținutului estrogenic, care usucă mucoasa uterină, după cum este redat mai jos.

b.) asupra mucoasei uterine (a endometrului):

- **estrogenul (mai ales din pilula microdozată, cu cantități mici de hormoni), face mucoasa uterină inaptă pentru implantarea embrionului** prin uscarea (atrofierea) glandelor și al arterelor spiralate care hrănesc embrionul după nidație. Ca urmare, embrionul nu se mai implantează în uter și va fi eliminat, deci avem din nou un avort hormonal, produs de așa zisele contraceptive.

C.) Efectul exclusiv abortiv al contracepției " de urgență " (pilula " de a doua zi ") :

Această piluală nu se administrează în scop preventiv, deci nu o putem numi contracepție. Ea se administrează când concepția deja a avut loc, *în primele 72 de ore de la concepție* (deci *3 zile de la contactul sexual*) când embrionul format este la nivelul trompei uterine și începe migrarea către uter, dar doza mare de hormoni (valabilă pentru câteva luni, în mod normal !) încetinește mișcările trompei uterine pentru a nu putea înainta copilul ; se atrofiază mucoasa uterină, implicit cea a trompelor uterine (se usucă glandele care hrănesc copilul) și acesta nu se mai poate hrăni. Dacă totuși supraviețuiește până în uter aici nu se va putea nida negăsind condiții prielnice, deci va fi avortat și ne întâlnim din nou cu situația unui **avort hormonal !**

Dozele și combinațiile de hormoni sunt următoarele:

- a.) Estorprogestative:(Metoda Yuzpe): este o asociere între **50** micrograme de estrogen (etinilestradiol) și **250** micrograme de progestativ (levonorgestrel) ; doza este foarte mare și apar efecte secundare precum: vărsături , dureri de cap, dureri de sân, deseori hemoragii !
- b.) Estrogei: DES: se folosesc **2,5 – 5 mg /zi** de EE (etinilestradiol), reprezentând **doza pentru 2-3 ani** dacă ar lua zilnic o pilulă de 30 micrograme !Efectele secundare sunt atât de importante încât metoda a fost părăsită ;
- c.) Progestativele: preparatul Postinor (Ungaria): 4 tb. de câte 0.75 levonorgestrel sau Norethisteron (China): **5 mg/zi**, timp de 10-14 zile !Este cea mai folosită metodă.

AVORTUL CHIMIC (MEDICAMENTOS)

Avortul chimic (denumit medicamentos în literatura de specialitate) este deci un avort voluntar, efectuat prin administrarea unor substanțe pe diferite căi: oral, parenteral, intravaginal, intracervical (în colul uterin).

Acest avort are loc după nidația embrionului în uter. Din acest motiv și literatura de specialitate nu mai denumește ca fiind substanțe contraceptive ci avortive.

Clasificare (după literatura de specialitate):

- a.) după vârsta sarcinii:
 - < 9 săptămâni de sarcină ;
 - 9-14 săptămâni de sarcină ;
 - > 14 săptămâni de sarcină.

- b.) după substanțele utilizate:
 - soluție salină hipertona,
 - uree,
 - rivanol.
 - prostaglandine,
 - antiprogestative,
 - combinații.

- c.) după modul de administrare:
 - generală (intravenos) ;
 - locală (intravaginal, intracervical, intraamniotic – în uter, extraamniotic).

Avortul medicamentos este utilizat în Europa din 1989 și aproximativ 200.000 de femei din acest an au ales această metodă în locul chiuretajului.

Mifepristone este utilizat de rutină în 16 țări europene , primele fiind Franța, Marea Britanie și Suedia, apoi au urmat China, Israel, Africa de Sud, Tunisia și recent SUA.

În **România** , regimul mifepriston/ mifepristol a fost folosit pentru prima oară în Târgu Mureș pe 150 paciente, în cadrul unui studiu OMS.

Tipuri de substanțe folosite la ora actuală:

1.) Prostaglandine: PGE₂, PGE₂ alfa și PGF₂ alfa.

Mecanismul de acțiune constă în: stimularea mușchilor uterini, provocând contracțiile acestuia indiferent de vârsta gestațională precum și o maturare a colului uterin (dilatare), asemănătoare cu cea din timpul avortului spontan. Ele sunt folosite și pentru a induce o naștere, când acest lucru este necesar, prin provocarea contracțiilor uterine.

2.) Antiprogestative:

Aceste substanțe sunt antihormoni, antiprogesteronice. **Mifepristone (RU 486)**, descoperit în aprilie **1980**, a fost antagonistul de progesteron atât de mult așteptat de către clinicienii interesați în controlul fertilității.

Mecanismul de acțiune al antiprogestativelor constă în (după literatura de specialitate): inhibă biosinteza progesteronului care este esențial pentru funcția reproductivă normală (progesteronul joacă un rol important în ovulație, facilitează transportul oului fertilizat prin trompa uterină și pregătește mucoasa uterină, adică endometrul, pentru a se putea implanta și hrăni produsul de concepție). În timpul sarcinii, progesteronul păstrează uterul într-o stare de pasivitate (necontractil) care este esențială pentru dezvoltarea normală a fătului). Privarea de progesteron previne astfel implantația. RU 486 transformă uterul inactiv într-unul activ prin declanșarea contracțiilor uterine într-un interval de timp de 24 până la 36 de ore. De asemenea crește sensibilitatea la efectul prostaglandinelor (descrise mai sus) aproximativ de 5 ori.

În realitate ce se întâmplă?

- la mucoasa uterină: separă placenta de embrion (corionul de trofoblast), rupe practic copilul de sursa lui de hrană ;
- la nivelul musculaturii uterine: provoacă contracții uterine, favorizând eliminarea embrionului ;
- la nivelul colului uterin: îl înmoaie și îl dilată, asemenea unei pregătiri pentru un avort (sau naștere) ;

Notă: Trebuie menționat faptul că această substanță chimică **distruge embrionul până la o vârstă de 49 de zile, deci o lună și jumătate !**

3.) Inhibitorii biosintezei hormonilor steroizi: cei mai bine cunoscuți inhibitori de hormoni steroizi sunt inhibitorii de 3 beta HSD, incluzând azastene, trilostane și epistane. Deoarece 3 beta HSD se află și în suprarenală, inhibarea ei afectează și sinteza cortizolilor.

Epistone a fost sintetizat de compania farmaceutică Sterling-winthrop din Anglia.

4.) Inhibitorii receptorilor de progesteron: mifepriston (RU 486), lilopristone (ZK 98734) și onapristone (ZK 98.299).

Mifepristonul (amintit mai sus), este un 11-beta substituent și d.p.d.v. chimic poate fi considerat un derivat de 19 nortestosteron care blochează acțiunea progesteronului la nivel celular, prin legarea de receptorul de progesteron. Mifepristonul posedă amândouă activități: antiglucocorticoidă (adică antisteroidiană) și antiprogestională (adică abortivă).

5) Vaccinuri (CO imunologică):

La această clasificare a literaturii de specialitate am adăugat și vaccinurile.

Prin definiție un vaccin este " un produs biologic preparat din germeni patogeni sau din secreții microbiene care se administrează prin injecții sau pe cale bucală unui om sau unui

animal în scop preventiv (pentru a căpăta imunitate împotriva bolilor infecțioase) sau în scop de tratament (curativ)”.

Literatura de specialitate le numește și contracepție imunologică. S-a încercat crearea de astfel de vaccinuri pentru a preveni formarea unei vieți (efect contraceptiv) sau de a curma viața unui embrion (efect avortiv). S-au obținut până la ora actuală următoarele (sub rezultatul așteptărilor medicilor):

- a.) *vaccinul antispermatic*: nu este suficient de eficient datorită faptului că nu se pot neutraliza un număr atât de mare de spermatozoizi iar revenirea la o funcție normală a spermatozoidilor este dificilă și nu este o metodă ușor acceptată de bărbat ; în consecință s-a propus ca tot femeia să accepte vaccinul !Ar fi avut un efect **contraceptiv**.
- b.) *vaccinul antiovul*: s-a încercat realizarea unui vaccin anti-zona pellucida (împotriva membranei gelatinoase a ovulului) ; astfel organismul formează anticorpi împotriva acestui vaccin care vor împiedica pătrunderea spermatozoidilor în ovul, fiind **contraceptiv** dar împiedică și nidarea (!) fiind deci și **abortiv !**
- c.) *vaccinul anticorionic*: este vaccinul care a ajuns deja în **faza de încercări clinice (!)**; el este îndreptat împotriva gonadotrofinei corionice, deci **împotriva placentei** care nu se mai poate dezvolta ; după declarația OMS, acest vaccin reprezenta în anii 1990 o mare speranță !**Este avortiv !**

Notă: Niciodată în medicină nu s-a realizat un vaccin care săucidă un om, un copil, în propriul organism al mamei !

AVORTUL CHIMIC combinat cu cel MEDICAMENTOS

STERILETUL sau *D.I.U. (dispozitiv intrauterin)*, este un obiect produs dintr-un material solid care se introduce în cavitatea uterină și care împiedică nidația ovului provocând eliminarea lui, deci avortul !De aceea D.I.U. sunt considerate a fi mijloace abortive și nu contraceptive cum este specificat în literatura de specialitate care dezinformează lumea în mod voit.

Pentru a potența efectul steriletului, se adaugă și hormoni, respectiv progesteronul, motiv pentru care l-am denumit și avort hormonal, nu doar chimic.De data ceasta substanța sintetizată este un metal: cupru, aur sau argint.

În **1986, la al XII-lea „Congres mondial asupra fecundității și sterilității”**, se recomandă D.I.U. drept cea mai utilizată metodă contraceptivă (!), dezinformând din nou populația unui glob întreg.

Clasificarea steriletului (după materialul din care este construit):

- 1.) bioactive: care conține în afară de metal și substanțe hormonale (progesteron),
- 2.) inerte: care conțin doar metal sau plastic,

Mod de acțiune: Ce se întâmplă în realitate în cele 14 zile după concepție, înaintea implantării?

- aceste dispozitive sunt recunoscute de către organism ca un obiect străin lui, împotriva căruia reacționează . Astfel apar modificări la nivelul uterului, a colului uterin și a trompelor uterine (aici medicina recunoaște că efectul principal al acțiunii D.I.U.este antinidatoriu, dar menționează în continuare că este contraceptiv);
- modificările produse sunt biochimice (inflamatorii, vasculare, de sângarare), traumatice (atrofia, adică uscarea mucoasei uterine), mecanice (ocupă cavitatea uterină și nu are loc oul pentru nidație), imunologice (scade toleranța uterului la prezența ovulului fecundat, a blastocistului), hormonale (produse de progesteron);
- toate aceste modificări fac endometrul impropriu implantării, embrionul negăsind un mediu propice implantării și astfel este eliminat, adică avortat!
- efectul **contraceptiv** al D.I.U. este minor: astfel mediul nefavorabil acționează și asupra: a.) spermatozoizilor, constatându-se modificări calitative, ei fiind “captați” de către endometrul inflammat și ajung doar într-o cantitate redusă în trompe; de asemenea cuprul are un efect toxic asupra spermatozoizilor, b.) a mucusului cervical care este îngroșat decât de progesteron, împiedicând astfel înaintarea spermatozoizilor ; c.) a trompelor uterine, perturbând și încetinind migrarea spermatozoizilor spre trompe;
- **efectul abortiv** este realizat și prin a.) **modificările ovulului fecundat** de către mediul *hormonal și inflamator* de la nivelul mucoasei uterine, eliminându-l ;de asemenea *cuprul are un efect toxic* și asupra oului, b.) modificările de la nivelul **trompelor uterine** prin scăderea contracțiilor acestora și astfel se încetinește drumul oului către uter, oul murind, practic se usucă, neavând suficientă hrană și în cele din urmă este avortat.c.) **modificările hormonale și inflamatorii** de la nivelul mucoasei uterine, descris mai sus.
- **alte efecte negative ale D.I.U.:**a.) **hemoragiile:**4,4-15%; b.) **infecția:**bariera complexă antiinfecțioasă reprezentată de mucusul colului uterin este parțial distrusă de inserția steriletului și a prezenței unui corp străin care este firul steriletului, astfel microorganismele colonizează ascendent mucoasa uterină, sterilă în condiții normale și scade deci apărarea antiinfecțioasă a mucoasei; în continuare colonizarea se produce și la nivelul trompelor uterine, putând genera o infecție gravă, a întregii regiuni genitale numită *pelvipertonită* sau chiar *peritonită* c.) **perforația:** în timpul introducerii intrauterin sau ca urmare a migrării lui transuterine, accidente posibile mai ales dacă se introduce steriletul după un avort sau în utere cicatriciale (după cezariană, cicatrici postavort sau postinfecții, etc.), d.) **expulzia:** prin contracții uterine apărute imediat după inserție, organismul încercând să elimine acest corp străin , cu o rată de minim 20 expulzii / 100 de femei/an!e.) **sarcina extrauterină:**minim 3/100 femei/an!

Un Părinte compara acest sterilet cu **" UN ȘARPE CARE SUGE SÂNGELE COPILULUI !**

Autor: Dr. Christa Todea-Gross