

METODE CONTRACEPTIVE și ABORTIVE :

(dr. Todea-Gross Christa)

Am realizat o nouă clasificare al metodelor contraceptive, luând în calcul atât efectul lor contraceptiv cât și pe cel abortiv.

Redau mai jos o descriere amănunțită al metodelor contraceptive, având ca sursă diferite materiale din literatura de specialitate (vezi bibliografie). Concluziile pe care le trag precum și comentariile adăugate își au originea nu doar în aceste materiale, ci și în experiența mea proprie și cea al altor medici ginecologi din Asociațiile Pro-Life din străinătate.

A.) Clasificare :

- I.) Metode naturale - *contraceptive*
- II.) Metode de barieră (locale) - *contraceptive*
- III.) Contracepția hormonală feminină – *contraceptive și abortive*
- IV.) Contracepția de urgență (postcoitală) - *abortivă*
- V.) D.I.U.(steriletul) - *abortiv*
- VI.) Antihormoni- RU 486 - *abortiv*
- VII.) Vaccinuri –*contraceptive / abortive*
- VIII.) Sterilizarea chirurgicală voluntară - *contracepție definitivă*

I.) Metodele naturale (V. Luca) :

- 1.) Metoda coitului întrerupt,
- 2.) Metoda calendarului (Ogino-Knaus) ;
- 3.) Metoda mucusului cervical (Billings) ;
- 4.) Metoda temperaturii bazale (curbei termice),
- 5.) Metoda simpto-termală (combinată : 3 + 4).

1.) **Metoda coitului întrerupt** este considerată a fi cea mai veche metodă contraceptivă reversibilă, care și în epoca modernă mai are mulți adepți. Eficacitatea acestei metode este în funcție de capacitatea bărbatului de a-și controla momentul ejaculării – lucru nu întotdeauna posibil. Trebuie ținut seama că lichidul preejaculatoriu (din prostată, glande Cowper), conține de asemenea spermatozoizi !

Dezavantaje psihologice sau chiar medicale :

- bărbații se plâng de *neurastenii, tulburări de dinamică sexuală, frustrare ;*
- femeia poate prezenta *congestie pelviană, dureri pelviene, dispareunie (dureri în timpul actului sexual) , frigiditate, tulburări de sensibilitate, lipsa orgasmului .(V.Luca)*

Comentariu: *este vorba de păcatul **onaniei!** (Facere 38, 9-10) Reacțiile descrise mai sus sunt în mod evident rezultatul păcatului săvârșit și iată că existența acestor reacții sunt recunoscute chiar și de către știința medicală !*

2.) **Metoda calendarului / abstinență sexuală /metoda Ogino-Knaus** (după literatura de specialitate) are la bază modificările organelor genitale din perioada ciclului menstrual. Studiind statistic ciclurile menstruale normale ale unui număr mare de femei, în raport cu ovulația, deci cu posibilitățile de fecundație, Ogino și Knaus au dedus că nu toată perioada dintre menstruații este fecundă ci numai o perioadă destul de scurtă, în medie de *8 zile*, restul zilelor sunt improprii fecundației. Dificultatea constă în determinarea acestei perioade , deoarece nu toate ciclurile sunt egale la femei, ele variind între *23 și 40 de zile !* Eșecul este destul de mare din motive obiective sau subiective. Prima cauză obiectivă este fenomenul preovulației când ovulația poate surveni în afara zilelor stabilite iar pe de altă parte un contact sexual poate duce uneori prin impulsurile nervoase declanșate la o ovulație în afara perioadei normale din mijlocul ciclului sau chiar o ovulație suplimentară . A doua cauză obiectivă este completa neregularitate a ciclului. (V.Luca)

3.) **Metoda mucusului cervical (metoda Billings):** John și Evelyn Billings, medici, soț și soție din Australia, au descris în 1973 această metodă care se bazează pe observarea modificărilor mucusului, înainte și după ovulație. Astfel, în primele zile ale ciclului mucusul cervical (sau glera cervicală) lipsește, mucoasa vaginală fiind uscată – sunt « *zilele uscate* » când fertilitatea este scăzută dar nu imposibilă. După 2-3 zile crește secreția hormonilor estrogeni, motiv pentru care la nivelul colului uterin

se secretă o gleră cervicală mai fluidă, dar vâscoasă și opacă. În continuare glera se clarifică, devenind propice ascensiunii spermatozoidelor – sunt « *zilele de vârf* », când se produce ovulația. În această perioadă fertilitatea este maximă. După aceea sub influența progesteronului, glera se tulbură iarăși, devine mai puțin fluidă, pentru ca apoi să dispară treptat. La 3-4 zile după ovulație, fertilitatea scade, fiind minimă când dispare glera cervicală. Se ține seama și de micile simptome ale ovulației: durerea intermenstruală, mica sânferare de la mijlocul ciclului, dureri de sân, apariția acneei și a altor modificări de piele, schimbări comportamentale. (V. Luca)

- 4.) **Metoda temperaturii bazale (a curbei termice)**: se bazează pe *efectul termogen al progesteronului și pe modificarea curbei termice în momentul ovulației* (dacă se consideră o singură ovulație într-un ciclu menstrual). Ovulația se produce fie în ultima zi de temperatură bazală, fie în ziua a 2-a sau a 3-a de creștere a temperaturii bazale. Explicația este dată de creșterea concentrației de progesteron cu efectele termogene menționate. În preajma ovulației, temperatura bazală crește cu $0,2 - 0,4$ °C. Această creștere trebuie să fie de *3 zile la rând* și să fie mare ca temperatura din 6 zile anterioare. Spermatozoidii pot supraviețui în medie 3 zile (în cazuri excepționale și 7 zile !), ca atare 3 zile după ciclu cât și după ovulație există o perioadă de fertilitate. La femeile cu cicluri neregulate această metodă nu poate fi folosită. (V. Luca)
- 5.) **Metoda simpto-termală (combinată)**: se referă la combinarea celor două metode: termică și a mucusului cervical cu simptomele ovulației duc, după părerea specialiștilor, la eficiență contraceptivă bună. (V. Luca)

Comentarii :

- *noi intervenim în planul lui Dumnezeu prin planificare familială (planning familial), indiferent de metodele folosite, chiar dacă li se spune « metode naturale » doar pentru a acoperi răul cu o mantie albă,*
- *aceste metode sunt imorale, ele denotă în final dorința omului de a nu avea copii. Citez aici pe autorul cărții « Fundamentele Bioeticii Creștine », renumitul prof. Dr. Tristram Engelhardt jr. convertit la ortodoxie care afirmă că : « ..folosirea planificării familiale, fie prin mijloace naturale, fie artificiale, nu este niciodată norma, de fapt este împotriva normei iar etosul contraceptiv trebuie întotdeauna condamnat. Norma este încrederea ascetică în providența lui Dumnezeu, în timp ce etosul contraceptiv stă în centrul încrederii cosmopolite liberale în*

puterile omului și în urmărirea confortului și a propriei satisfacții. » (pag. 353, ed. Deisi, Sibiu, 2005).

- **Istoricul Pierre Chaunu** afirmă: “Nu există o contracepție, un avort și o sterilizare ci toate formează un întreg, una dezvoltându-se din cealaltă. Așa cum dragostea, sexualitatea și procreerea sunt un întreg format din adevăruri autonome și totuși nedespărțite , așa și metodele contraceptive artificiale, avortul și sterilizarea nu sunt decât trei etape a uneia și aceeași politici familiale.” (*Dr.med. Rudolf Ehmann; Conferința :“Contracepție și sexualitate. Contracepție - Binecuvântare sau blestem”, 23 octombrie 2000, Zürich*).

II.) **Metodele locale, de barieră :**

1.) **Masculine: prezervativul sau condomul (după literatura de specialitate):**

- este confecționat din latex foarte subțire, care se poate rupe ușor sau poate provoca reacții alergice la femeie ;
- este acoperit cu un lubrifiant sau cu substanțe spermicide care conțin Nonoxinol 9 – o substanță toxică pentru spermatozoizi;
- în cadrul utilizării obișnuite **rata de eșec este mare: 14 sarcini la 100 femei** în primul an de utilizare; (V.Luca)

Comentarii:

- în rândul tinerilor , rata de eșec este mult mai mare, fiind metoda cea mai des folosită;
- **Nonoxinol 9** este toxică și pentru organismul femeii, deoarece absorbit în sânge poate provoca alergii la femeie dar este și teratogen pentru copil provocând malformații ; (R. Ehmann)
- este o metodă folosită în mod abuziv în scopul prevenirii bolilor cu transmitere sexuală, în special S.I.D.A. deși se știe că **nu se previne această boală prin folosirea prezervativului**: astfel, medicul ginecolog Prinz, din München, a stabilit prin calcule statistice că **la un index Pearl de 5, 100 bărbați sunt infectați folosind în exclusivitate prezervativul**. Îl putem asemăna cu ruleta rusească. Este deci clară iresponsabilitatea celor care susțin prezervativul ca o protecție împotriva SIDA: se trece alături de miezul problemei și trebuie să o numim o adevărată înșelătorie periculoasă (**R. Ehmann**). **Indicele Pearl (Planif.)** reprezintă

*rata de eșec adică rata sarcinilor la 100 de femei pe an de utilizare (mai explicit: câte femei din 100 rămân însărcinate care folosesc timp de un an aceeași metodă contraceptivă). Indicele se exprimă de obicei ca un interval de valori. Astfel metodele contraceptive considerate foarte eficiente au un indice Pearl de 0-1 (sarcini / 100 femei/ an de utilizare), cele eficiente 2-9 (sarcini / 100 femei/ an de utilizare) iar cele oarecum eficiente 20-30 (sarcini / 100 femei/ an de utilizare). Prezervativul masculin are un indice Pearl, deci o rată de eșec, de 14 dacă este folosit obișnuit și de 3 dacă este folosit corect și continuu iar prezervativul feminin are o rată de eșec de 21 dacă este folosit obișnuit și de 6 dacă este folosit corect și continuu.(Planif. 1-6, tabel 1.2 – *Eficiența metodelor de contracepție*)*

- *eficacitatea prezervativului în prevenirea infecției cu virusul HIV (virusul imunodeficienței umane) este scăzută deoarece virusul HIV trece prin prezervativ! Spermatozoidul are un diametru de 50 de microni. Găurile mici care apar în od natural în latex (materialul din care este confecționat prezervativul), sunt de 1,0 microni. Virusul HIV are diametrul de 0,1 microni, deci de 10 ori mai mic. Deci ca să facem o comparație, gândiți-vă la o furnică ce trece printr-u coș de baschet. Virusul poate trece liber prin găurile prezervativului. (p.314, Dr. John C. Willke, Barbara H. Willke, „Avortul – Întrebări și răspunsuri. Să-i iubi pe amândoi!”, ed. Pro Vita Media , București 2007)*

2.) Feminine: metode de barieră vaginale (după literatura de specialitate):

- sunt metode de bariera care se afla sub controlul femeii, sunt amplasate în vagin cu puțin timp înainte de contactul sexual;
- exista mai multe tipuri de metode locale/vaginale:
 - a.) **Spermicide** - tablete, ovule, tablete spumante, filme, geluri, creme; spermicidele distrug spermatozoizii sau le afecteaza motilitatea astfel încât acestia nu mai pot ajunge în trompele uterine sa fecundeze ovulul; produc iritații atât la femei cât și la bărbat; **reacțiile secundare** produse de Nonoxinol 9 au fost descrise mai sus;
 - b.) **Diafragma** - o cupola moale de cauciuc care acopera colul uterin si care se foloseste împreuna cu un gel sau o crema spermicida; crește frecvența infecțiilor aparatului genital;
 - c.) **Cupola cervicala** - o cupola mai mica decât diafragma;
 - d.) **Bureți vaginali** – confecționate din colagen / impregnate cu spermicide / tamponane cu clorură de benzalconiu;

Rata de eșec: 20 de sarcini la 100 de femei în primul an de utilizare. (V. Luca)

III.) Contracepția hormonală feminină:

Def. (V.Luca):

- reprezintă modalitatea de prevenire a sarcinii cu ajutorul hormonilor sexoizi, administrați **oral, parenteral,vaginal sau prin implant intradermic**

Istoric :

- în 1900 Haberland a constatat că *corpul galben de sarcină care secretă progesteron inhibă ovulația*, deci ar avea un efect contraceptiv ;
- în 1950 **Colton și Djerassi** sintetizează hormonul progesteron (Norethisteron) ;
- în **1954 Pincus, Chang și Rock** utilizează în Clinică **progesteron sintetic** macrodozat, adică cu o cantitate mare de hormon care, din acest motiv, avea și foarte multe efecte secundare ;
- în **1955** se sintetizează primul hormon **combinat** , estrogen cu progesteron (mestranol, norethynodrel) ;
- în **1960** are loc comercializarea largă în **S.U.A.** a CO ;
- în **1961** apare pe piață și în **Anglia;**
- în 1963 se sintetizează și se utilizează progestative de depozit, adică în cantitate mare care se administrează intramuscular, o dată la trei luni (**D.M.P.A.**);
- în 1964 se sintetizează estroprogestative cu **50** micrograme de estrogen ;
- în 1972 se sintetizează progestative microdozate, cu o cantitate mică de progesteron, respectiv **25-30** micrograme de etinilestradiol, cu scopul de a evita multele reacții secundare apărute, dar, cum se va vedea mai tarziu, nu s-a atins acest scop ;
- în 1975 apar pe piață progestativele cu durată lungă de acțiune prin *implant subdermal (Norimplant)*.
- în **România** vor fi introduse pe piață imediat după revoluția din dec. 1989.
- *un studiu al Sănătăți Reprodusei în România din anul 1999* arată următoarea prevalență a utilizării metodelor contraceptive în România la femeile cu vârsta cuprinsă între 15-44 ani : **36,4% NU** utilizează nici o metodă ; **28,8%** utilizează metoda coitului întrerupt ; **8,5 %** utilizează prezervativul ; **7,9 %** contraceptivele orale ; **7,3 %** steriletul (DIU) ; **5,6 %** metoda calendarului ; **2,8 %** spermicide și **2,5%** sterilizarea permanentă (ligatura trompelor uterine). (**Planif....**)

Comentarii :

- *hormonii folosiți, estrogenul și progesteronul, sunt doi hormoni feminini (vezi cursul despre hormonii sexuali feminini) care administrați unei femei sănătoase (fără tulburări menstruale, deficit de hormoni, chiste ovariene, endometrioză, etc.), produc modificări însemnate la nivelul organelor genitale și a întregului organism, generând un întreg lanț de reacții secundare care provoacă în timp boli cronice grave ale mamei iar asupra copilului efectul este cel al provocării unui avort timpuriu (avort hormonal) în primele 14 zile după concepție,*
- *am numit acest avort timpuriu “**avort hormonal**“, fiind provocat de către hormonii conținuți în pilula contraceptivă. **Dr. Wilke îl numește micro-avort** (p.315). Efectul lor contraceptiv este minor în comparație cu efectul lor abortiv și al efectelor secundare asupra întregului organism ! **Dr. Rudolf Ehmman** din Elveția consideră că s-a pus pe piața **cel mai sinucigas medicament** care a existat vreodată !*

Tipuri de contraceptive și abortive hormonale (clasificare Dr. Luca) :

I.) Contraceptive și abortive hormonale orale :

- a.) estroprogestative combinate
 - normodozate
 - minidoxate,
 - secvențiale
- b.) progestative
 - macrodozate,
 - microdozate,
 - cu acțiune întârziată,
 - asociate cu alte tipuri de mijloace contraceptive.

II.) Contracepția injectabilă,

III.) Implanturi .

Structura C.O (vezi cursul cu hormonii sexuali feminini) :

- structura chimică a hormonilor (estrogen și progesteron) a fost în așa măsură schimbată încât să se atingă efectul maxim al acestora , atât contraceptiv cât și abortiv ;

- astfel se utilizează hormoni cu o structură diferită de cea a hormonilor naturali ;
- după administrare pe cale orală, **estrogenii sintetici**, datorită modificărilor chimice din structura lor, au o durată și un potențial de acțiune mult mai mare decât a celor naturali, fiind mult mai greu metabolizați de către ficat, motiv pentru care cresc însă mult și efectele lor secundare, metabolice.(R. Ehmann).
- componenta **progesteronică** a pilulei contraceptive este un derivat sintetic al progesteronului natural. *Modificări ale progestativelor sintetice modifică activitatea lor biologică. Din acest motiv acțiunea farmacologică a contraceptivelor nu poate fi prevăzută pe baza cantității existente în preparat!*(Planif.)

Comentariu: *hormonii sintetici au un metabolism modificat, nefiind inactivați în întregime și într-un interval scurt de timp de organism, stocându-se astfel în ficat și acționând vreme îndelungată ; în acest fel se explică de ce și după întreruperea consumului lor, reacțiile secundare continuă să existe.*

Acțiunea C.O.

A.) Efectul contraceptiv și avortiv al pilulei:

a.) Estrogenii:

- **inhibă ovulația** prin suprimarea (inhibiția) hormonilor hipofizari (FSH și LH). Astfel acești hormoni hipofizari nu mai stimulează ovarul să secrete hormoni estrogeni endogeni, deci ovarul este practic pus în repaus. (Planif. 5-11) Același lucru se întâmplă de fapt și în cazul unei sarcini, motiv pentru care *organismul este „păcălit” și reacționează asemănător ca într-o sarcină,*
- **inhibă implantarea embrionului în uter**, prin alterarea mucoasei uterine (Planif.5-11), *modificări care vor duce la eliminarea embrionului,*
- accelerează transportul embrionului prin trompa uterină,(Planif.5-11)
- « usucă » **mucoasa trompelor uterine:** nu se mai secretă substanțele necesare hrănirii copilului în cele 3 zile de migrare prin trompe . (V.Luca).

b.) Progesteronul :

- **inhibă ovulația** prin suprimarea (inhibiția) hormonilor hipofizari (FSH și LH). Astfel acești hormoni hipofizari nu mai stimulează ovarul să secrete hormoni progesteroni naturali, endogeni, deci ovarul este practic pus în repaus,(Planif. 5-11)
- **produc o gleră cervicală densă, vâscoasă** (glera fiind secreția colului uterin) care împiedică înaintarea spermatozoizilor spre uter, (Planif. 5-11).

- **împiedică capacitația spermei**, adică împiedică procesul de maturație pe care îl suferă spermatozoizii în mod normal în ascensiunea lor către trompa uterină (este un fenomen spontan dar este mediat și de către celulele foliculare din jurul ovulului, celule care au fost stimulate de hormoni),(Planif.5-11),
- inhibă activitatea enzimelor care permit spermatozoizilor să penetreze ovulul, deci **împiedică fecundarea**.

Comentariu: *Aceste 4 efecte le voi defini ca fiind contraceptive, deoarece împiedică concepția!*

- creează un endometru nefavorabil implantării embrionului, deci **împiedică implantarea embrionului în uter** (în stadiul de blastocist): mucoasă uterină slab dezvoltată, cu glande atrofiate (distruse), cu scăderea glicogenului din glande care ar fi trebuit să hrănească embrionul,(Planif.5-11)
- **încetinesc transportul ovocitului** (embrionului) prin trompa uterină și **modifică secrețiile di trompă**. (Planif.5-11) Acest lucru duce la o hrănire insuficientă a embrionului precum și la imposibilitatea de a ajunge la timp în uter, deci **sunt mari șansele de a muri și de a fi eliminat**.

Comentariu: *Aceste 2 efecte sunt efectele abortive al progestativelor sintetice.*

*De asemenea deducem și din **Schering - Information** că : „Estrogenii și progestagenii influențează mobilitatea tubelor și astfel transportul ovulului, încât ovulul nu mai ajunge în timp util la endometriu pentru a găsi condiții favorabile implantării. În afară de aceasta, se modifică și compoziția secrețiilor tubului și, drept urmare, maturizarea ovulului.”(R.Ehmann, p. 18)*

c.) Combinarea celor doi hormoni : estrogen și progesteron

Prin combinarea lor rezultă pilula combinată, respectiv **contraceptivele orale combinate : COC**

Acțiunea lor este următoarea:

- suprimarea(inhibarea) ovulației, datorită suprimării secreției hormonilor hipofizari FSH și LH,
- blocarea penetrării gherei cervicale de către spermatozoizi, care nu mai pot pătrunde în uter,
- crearea unui endometru nefavorabil implantării embrionului în uter, care astfel va fi eliminat.(Planif.5-11)

Comentariu: *primele două efecte sunt contraceptive, cel de-al treilea este abortiv.*

Un studiu din Olanda arăta că 30% din mostrele de foliculi erau de 18 mm sau mai mult, ceea ce corespunde unei mărimi preovulatorii în stratul exterior. **Indicele Pearl, adică rata de eșec**, este în funcție de concentrația de hormoni, variabilă sau nu:

- La preparatele combinate, trei faze(concentrație mai mare, variabilă) – **1,87%**
La preparatele-trei-faze nu se dă ca sigură inhibarea ovulației. În unele condiții este posibil să se producă în medie o ovulație la fiecare 4 luni.
- La preparatele combinate, (concentrație mai mare, variabilă, două faze) – **3,7%**
- Minipilula (doar cu progesteron, concentrație mică)– **13,7%**

Pentru minipilulă, Ludwig a găsit în mod regulat corpora lutea recente, adică în mod regulat au loc ovulații.

(p.15, Concepte, R. E).

Comentarii:

- ***Cele mai multe metode contraceptive sunt de fapt și metode abortive. Deseori efectul pilulei contraceptive sau a steriletului omoară embrionul. Însăși Firma Shering, una dintre marile companii producătoare de contraceptive, a recunoscut acest efect al pilulei, chiar și al „pilulei ușoare”(micropilula). Într-o scrisoare adresată redactorului ziarului „Informatorul” din Viena, Firma Shering scria: „La fel ca și toate celelalte contraceptive estrogenice și progesteronice, și pilula „ușoară”(micropilula) are aceleași efecte fiziologice care împiedică implantarea embrionului în mucoasa uterină. Efectul ei contraceptiv constă nu doar în aceea că inhibă ovulația și împiedică ascensiunea spermatozoizilor spre trompa uterină ci împiedică dezvoltarea ciclică și normală a mucoasei uterine.” (Cap.III, ” Mai multă lumină. Vindecarea rănilor postavort”, de Manfred Müller, Viena, 2006) ;***
- ***O femeie care ia pilula și rămâne însărcinată, după 14 zile pierde copilul deoarece embrionul nu are nici o șansă să se implanteze în uter datorită efectelor pilulei. Ea va avea deci un avort timpuriu . “ (Cap.III, ” Mai multă lumină. Vindecarea rănilor postavort”, de Manfred Müller, Viena, 2006) ;***
- ***acum pilula se mai numește „ inhibitor de ovulație”. Aceasta înseamnă că ar trebui sa evită fecundația, nefiind prezent nici un ovul. Dar dacă pilula cu conținut mare de hormoni avea deja un eșec de 7% , cazuri în care ovulația are loc, deci și fecundarea este posibilă, în prezent pilula cu doze mici de hormoni are o rată de eșec până la 30-50%, cazuri în care are loc ovulația. Si secreția mucusului cervical, datorită concentrației mici de hormoni nu mai este atât de***

- dens, ci devine mai clar , lăsând să treacă spermatozoizii, deci efectul lor contraceptiv scade. (Roland Sussmuth: "Metode contraceptive", Holzgerlingen 2000, p.102) ;*
- *prevenirea implantării embrionului prin efectul antinidatoriu al pilulei distruge viața la fel de mult ca și în cazul în care provocăm un avort imediat după o implantare reușită (Roland Sussmuth: "Metode contraceptive", Holzgerlingen 2000, p.102) ;*
 - *legea actuală în Germania permite distrugerea embrionului prin folosirea diferitelor mijloace și metode care împiedică implantarea embrionului în uter: „legea nu consideră a fi avortive mijloacele folosite înainte de atașarea embrionului în uter” („Medicină și Ideologie”, februarie 2007, pag.4, Dr. R. Ehmann : "Este pilula doar o metodă contraceptivă?")*
 - *aceste metode sunt legale și în România;*
 - *Niciodată până acum nu s-a mai administrat un produs farmaceutic atât de puternic, cu atât de multe efecte necunoscute unor oameni sănătoși, fără ca să existe necesitate din punct de vedere medical. (Dr. R. Ehmann, Concepte, p. 29)*
 - *Niciodată până acum nu s-a mai permis prezența în comerț a unui produs farmaceutic cu atât de multe și grave efecte secundare cunoscute ca inhibitorii de ovulație (Dr. R. Ehmann, Concepte, p. 29)*
 - *Niciodată până acum un produs farmaceutic nu a mai adus atâția bani industriei chimice. În SUA, pilula este desemnată drept „the biggest moneymaker of pharmaceuticals”.(Dr. R. Ehmann, Concepte, p. 29)*
 - *Majoritatea politicienilor promovează planificarea familială, după cum specifică Dr Alexandra Schwartz, mai ales în rândul tinerilor, cărora li se administrează gratuit contraceptiv! În loc să-i sprijine și să-i ajute pe acești tineri în cea mai importantă fază a dezvoltării personalității și să le deschidă ochii spre o reală dragoste față de viață, ei distribuie în mod tăcut mijloace contraceptive și avortive.(Alexandra Schwarz, Anti-Lebensmentalität und Abtreibung, in: R. Süßmuth (Hrsg.), Empfängnisverhütung. Fakten, Hintergründe, Zusammenhänge, Holzgerlingen 2000, 328.)*

B.) Efectul COC asupra întregului organism :

Dr. Manfred van Treek, definește totalitatea manifestărilor patologice provocate de contraceptivele hormonale ca fiind sindromul contraceptiv. (Abtsteinach/Odw. : Derscheider, 1997 , cartea “Sindrom contraceptiv”- titlul).

1.) Aparatul cardiovascular :

- cresc cu **40%** frecvența bolilor cardiovasculare;
- favorizează apariția **bolii tromboembolice venoase și arteriale** : **a.)** 50-75% din cazurile de tromboflebită profundă (*afectarea venelor*) la femei sunt direct legate de utilizarea C.O. ; teoretic riscul mortalității prin embolii pulmonare la aceste femei este apreciat a fi crescut; **b.)** *afectarea arterelor* : crește riscul trombozelor arteriale cu 4,4 % și a bolii Raynaud cu 1, 7 %;
- „*Oberösterreichische Nachrichten*” din 20.9.1990 relatează: „Femeile care iau micropilula Marvelon cu extrem de puțini hormoni par să aibă un *risc de tromboze sau embolii mai ridicat decât cele ce iau alte pilule.* Aceste noi pilule cu puțin estrogen și progestagen au fost considerate de mulți medici drept un mare progres din cauza speranței că ar prezenta un risc mai redus de tromboze și embolii și au fost prescrise cu zel în ultimii trei ani. (p.24, R. Ehmann).
- *doza mai mare de estrogen crește tendința spre coagulare și de încetinire a circulației sângelui.* Astfel are loc o agregare (lipire) a trombocitelor care formează un tromb (cheag sanguin) care va adera, se va lipi de peretele venos. Ulterior, prin creșterea acestui cheag, întregul vas este obstruat ***declanșând tromboza venoasă și embolie pulmonară*** (fatală deseori). Mecanismul acestor reacții încă nu este pe deplin explicat. *Riscul acestor tromboze și embolii este crescut de 3-11 ori la femeile care utilizează COC față de cele care nu le folosesc.* (Planif.5-20)
- Schindler (1985) recunoaște : „Această reducere a ethinylestradiolului a promovat ideea că și efectele secundare vor scădea remarcabil. Dar în 1980, Böttinger și colaboratorii au stabilit că trecerea de la așa-numitele anticoncepționale hormonale cu doză ridicată de estrogen la așa-numitele anticoncepționale hormonale cu doză redusă de estrogen nu a condus la nici un fel de modificare semnificativă a efectelor secundare vasculare. Aceasta deschide problema efectelor secundare ale progestagenilor.” (p.22, R.E, Concepte).
- favorizează apariția ***cardiopatiei ischemice***: **a.)** mortalitatea prin ***infarct miocardic*** este de 3,4 ori mai mare, mai ales la femeile cu vârsta peste 40 de ani și la cele cu boli ca diabet zaharat, obezitate, lipide crescute în sânge, iar la fumătoare riscul este de 39 de ori mai mare (20 țigarete/zi) . Această afecțiune cardiovasculară o produc hormonii estrogeni și progesteron în urma modificărilor care au loc în sânge, în special creșterea coagulabilității sângelui ; astfel se formează cheaguri în sânge, unele vor adera de vasele sanguine, le vor obstrua și vor favoriza apariția infarctului ; altele se vor rupe și vor migra la plămâni provocând embolii pulmonare, fatale de obicei ; se menține în permanență o hipercoagulabilitate a sângelui cât timp se administrează acești hormoni ; **b.)**

- aparitia **hipertensiunii arteriale** prin cresterea valorilor ei in medie cu 5-7 mmHg pentru tensiunea sistolică și cu 1-3 mmHg cea diastolică, în special la femeile cu alte boli asociate, precum dislipidemii, diabet, obezitate, etc.(V.Luca),
- *un procent de 4-5 %* dintre femeile care folosesc COC vor dezvolta hipertensiune arterială (**HTA, formă medie**), după o perioadă de 5 ani. Mecanismul este cel de creștere a nivelului de angiotensină **datorită estrogenului** (la niveluri asmenăoare din sarcină. **Progesteronul** pare sa contribuie și el la hipertensiune. Acest risc crește cu vârsta. (Planif.5-23).

2.) Efecte asupra metabolismului :

a.) metabolismul lipidelor :

- COC cresc colesterolul și fracțiunile lipidice care se vor depune pe vasele sanguine (artere), favorizând apariția aterosclerozei; riscul dislipidemiilor este crescut în special de către folosirea estrogenilor ; de aceea s-a scăzut mereu doza lor ajungându-se în cele din urmă la micropilula dar aceasta va avea în consecință un efect contraceptiv tot mai mic, neîmpiedicând ovulația, iar efectul abortiv rămâne principalul ei efect prin modificările pe care le induce la nivelul mucoasei uterine, făcând improprie nidația ; (V.Luca).
- administrarea de COC produc modificări ale lipoproteinelor : cresc LDL – colesterolul (adică fracțiunea dăunătoare a colesterolului care se depune pe vasele sanguine și provoacă ateroscleroza) și scad HDL-colesterolul (adică fracțiunea benefică a colesterolului care previne arterioscleroza).(Planif. 5-13, 5-14).
- creșterea colesterolului duce la aterogeneză, adică la depunerea de lipide, de grăsime pe artere pe care le obstruează, declanșând o serie de boli precum AVC (accident vascular cerebral), IMA (infarct miocardic acut), HTA (hipertensiune arterială, etc.

b.) metabolismul glucidic :

- scade toleranța la glucoză, atât la femeile sănătoase cât și la cele cu predispoziție pentru diabet; astfel crește glicemia dimineața sau după mâncare; frecvența apariției unui diabet clinic după administrarea estroprogestativelor este apreciată ca fiind între 3,5-4%;(V.Luca) ;
- pot intensifica un diabet preexistent sau pot deveni factori diabetogeni inducând apariția formei clinice a bolii la femeile predispușe. Această scădere a toleranței la glucoză este influențată atât de componenta estrogenică cât și de cea progestronică a pilulei combinate. Studii asupra COC au demonstrat creșterea nivelului de glucoză (glicemie crescută) și scăderea toleranței la glucoză. Această rezistența la insulină (doze normale de insulină nu mai scad glicemia și nu o pot menține la valori normale) determină la rândul ei și alte boli precum : hipertensiunea arterială / obezitatea / cardiopatia ischemică / dislipidemii (creșterea unor lipide dăunătoare precum trigliceridele și scăderea celor benefice precum HDL colesterol) ; (Planif. 5-14) ;

c.) metabolismul proteinelor

- componenta estrogenică alterează producția de proteine de către ficat ;
- prin modificarea proteinelor hepatice se modifică și proteinele răspunzătoare de coagularea sângelui ! Astfel (prin creșterea fibrinogenului, a factorilor II, VII, IX, X sau prin inhibiția coagulării) se va crea fie o stare de hipercoagulabilitate a sângelui cu creșterea riscului trombozelor, fie apariția complicațiilor hemoragice. Aceste efecte depind de doza de estrogen dar este importantă și doza și tipul de progesteron folosit (Planif.5-16, 5-17) :
- ca și în sarcină , scade concentrația din plasmă (sânge) al aminoacizilor și cresc în schimb globulinele hepatice (o fracțiune proteică care este responsabilă de formarea de anticorpi împotriva propriilor formațiuni) provocând bolile autoimune menționate anterior,(Planif.5-17).
- în funcție de doza de hormoni crește angiotensinogenul (substanță responsabilă de creșterea tensiunii arteriale), dezvoltând așa numita « hipertensiune a pilulei ».(Planif.5-17)

d.) Apa și electroliții :

- COC rețin sarea (Na) în organism , în consecință este reținută și apa; din acest motiv unele femei dezvoltă edeme și creștere în greutate asociată ;
- cresc retenția de azot în organism ;
- COC sunt « anabolizante », deci ca și în sarcină se observă o creștere în greutate (tendință spre obezitate)

e.) Vitaminele :

- COC scad producția vitaminei B6 (piridoxina) datorită estrogenului ;
- scade și producția de vitamine B2, B12, acid folic și vit. C.

3.) Aparatul genital :

- inhibă ovulația datorită suprimării secreției hormonilor hipofizari FSH și LH de către hormonii estrogeni și/sau progesteron din pilulă. Ca urmare nu mai are loc ovulația, dar cu o menstruație puțin abundentă sau chiar lipsa ei. ***Ce se întâmplă?*** Ciclul menstrual normal dispare în timpul folosirii contraceptivelor orale . **Ovarele nu mai prezintă activitate foliculară** (nu se mai dezvoltă foliculii ovarieni și nu se mai maturizează ovule) pe perioada administrării pilulelor, deci se produc cantități foarte mici, ineficiente de hormoni estrogeni și progesteroni naturali (endogeni). *Producția de hormoni hipofizari și producția de hormoni estrogen și progesteron de către ovar nu este complet anulată, dar nivelurile de hormoni din sânge sunt foarte mici. Dezvoltarea mucoasei uterine sub acțiunea hormonilor sintetici, este incompletă. Ca urmare sângerarea (menstruația) NU va fi aceeași ca și o menstruație apărută după o dezvoltare completă a mucoasei*

uterine sub influența hormonilor naturali, ci va fi mai redusă dar suficientă pentru a simula o menstruație normală. (Planif...

Alți autori precum **V. Luca** descrie aceste efecte în felul următor: efectul hormonilor la nivelul ovarului este complex, plecând de la blocarea totală a funcției ovariene și anovulație până la o activitate apropiată de cea de normal ; astfel efectul hormonilor asupra organelor genitale și a întregului sistem endocrin trebuie privit ca o însumare a acțiunii hormonilor sexoizi *exogeni* (pilula) și a celor *endogeni* (secretați de către ovare); în consecință apar **tulburări de ciclu menstrual**, mai ales după oprirea contraceptivelor: fie un flux menstrual scăzut datorită atrofiei mucoasei uterine, fie o creștere a fluxului menstrual ; tocmai asta reprezintă o nouă capcană pentru tinere: sunt nevoite să reia consumul de C.O pentru a evita hemoragiile care apar frecvent; astfel se formează un cerc vicios și în momentul când tânăra își dorește copii se află în situația uneori de a nu mai putea rămâne însărcinată;

- **blocarea penetrării gherei cervicale de către spermatozoizi**, care nu mai pot pătrunde în uter,
- crearea unui **endometru nefavorabil implantării embrionului în uter**, care astfel va fi eliminat.

Primele două efecte sunt **contraceptive**, cel de-al treilea este **avortiv**.

4.) Sistemul endocrin :

- hormonii estrogeni și progestativi stimulează sinteza de hormoni tiroidieni, favorizând apariția uneori a unui **hipertiroidism** (V.Luca). Alți autori explică aceste modificări în felul următor : la femeile care utilizează contraceptive orale combinate (COC), au fost identificate modificări metabolice similare celor din sarcină. Astfel tiroxina plasmatică (hormonul tiroidian) și proteinele plasmatică care transportă hormonii tiroidieni cresc .(Planif. 5-12),
- cresc riscul la **adenom hipofizar** (tumoră benignă a hipofizei),(Planif.5-24),

5.) Sistemul nervos central :

- modificările produse la nivel de SNC se manifestă clinic prin :
 - **cefalee**,
 - **depresie nervoasă** ,
 - **scăderea libidoului** ,
 - **hiperexcitabilitate cu nervozitate**; (V. Luca)
- **cefaleea :** este legată atât de retenția apei în organism din cauza estroprogestativelor cât și de un **accident vascular cerebral** ; la epileptici se poate declanșa o criză epileptică ; (V. Luca),

- **depresia și tulburări neuropsihice** se pare că se datorează scăderii producției unei substanțe cerebrale (serotonină). Se știe că această substanță ne dă o stare de bine, psihică și neurologică ;(Planif. 5-18).
- unii autori (Dr. Rudolf Ehmman, Manfred van Treek ș.a.) consideră că ele apar atât datorită faptului că femeia conștientizează faptul că este *privată de dreptul ei de a fi mamă* cât și datorită faptului că aceste pilule cu hormoni duc la repetate avorturi hormonale (avorturi timpurii / micro-avorturi) de care femeia nu este conștientă dar care își lasă urme adânci în subconștient ; multe femei acuză că au coșmaruri cu copii avortați, deși ele nu știu de vreun avort .

6.) Pielea și fanerele(păr, unghii) :

- la nivelul pielii pot produce *eczeme, urticarie, edem alergic* (din cauza **estrogenilor**), *aparitia părului în exces, transpirații abundente* (din cauza **progesteronului**) , *acnee, herpes și boli* autoimune precum lupus eritematos cutanat, porfirie cutanată, etc.(produse de ambii hormoni).(V.Luca),
- **cloasma gravidică** (o hiperpigmentare a pielii la nivelul feței specifică gravidelor) apare după expunere la soarea femeilor care utilizează COC; (Planif.5-24),
- **fotosensibilitatea** este un fenomen comun tuturor formelor de COC; odată apărută tinde să devină permanentă chiar și după întreruperea administrării lor; (Planif.5-24);

6.) Organe de simț (ochiul) :

- **dezlipirea de retină** cu orbire este o complicație majoră datorată tromboembolismului vaselor retiniene ; (V.Luca)
- **tromboza și hemoragia** pot duce la pierderea vederii la un ochi.(Planif. 5-24).

7.) Sistemul imunitar :

- scade apărarea organismului la **infecții**. Înmulțirea infecțiilor legate de folosirea pilulei are ca rezultat, pe de o parte, **creșterea sterilității**, iar pe de alta, **sporirea sarcinilor tubare (extrauterine)** și cu aceasta o rată crescută de **nașteri premature**, împreună cu toate posibilele vătămări și maladii, cum ar fi: tulburări respiratorii, hemoragii cerebrale, pneumonii ale nou-născutului care îi pun în primejdie . Rata de circa **70% infecții chlamydice** printre cele ce folosesc inhibitorii de ovulație capătă o semnificație imensă și plină de consecințe. Diquelon și colab. consideră că spermatozoizii devin posibili purtători ai chlamydiei și vehiculează infecția la embrion. Ne putem chiar imagina că un spermatozoid infectat reușește fecundarea și deci embrionul va fi a priori infectat..." (Dr. R. Ehmman, p.25).
- crește producția de autanticorpi, deci fațaturile proprii, deci pot induce **boli autoimune**, când organismul reacționează împotriva unor structuri proprii (Lupus eritematos, etc.) ;(V.Luca)

8.) Sistemul hepatobiliar :

- ficatul prelucrează și stochează hormonii iar printr-o acumulare excesivă de estrogen și progesteron (!) este lezat ficatul, provocând diferite tulburări în funcția hepatică ;
- se constată un **efect toxic** al *estrogenului* pe un teren genetic determinat ;
- cea mai frecventă manifestare a disfuncției hepatice este **icterul** , însoțit de mâncărime ;
- **litiaza biliară** este favorizată de hormoni datorită în special a creșterii conținutului bilei în colesterol (V.Luca). COC (contraceptivele orale combinate) pot accelera dezvoltarea afecțiunilor vezicii biliare la femeile susceptibile.(Planif., 5-24)
- **hepatita cronică asimptomatică** poate fi agravată de CO, devenind activă și evoluând spre ciroză iar hepatita virală acută poate fi de asemenea agravată ;
- **adenomul hepatic** este o tumoră benignă de ficat care poate fi dat de un consum prelungit de contraceptive.(V.Luca). Acelaș lucru este descris și de alți autori care arată că are loc dezvoltarea unei hiperplazii nodulare focale hepatice și a unor formațiuni tumorale benigne după folosirea unor doze crescute de estrogeni. Prin ruperea acestor formațiuni se poate produce o sângerare masivă cu șoc hemoragic, fiind uneori fatală.(Planif., 5-24).
- Cercetările experimentale indică **grave vătămări ireversibile ale hormonului de metabolizare P-450 din sistemul enzimatic al ficatului**, produse de **progestagenul** sintetic conținut de Femovan/Gynovin/Minulet. Mai mult: „Anticoncepționalele conținând **gestoden** puse acum la dispoziția publicului sunt supravegheate. La administrare individuală sau pe mai multe luni, ele conduc la nivele de hormoni excesiv de înalte, care nu sunt necesare pentru siguranța anticoncepțională. De acest fenomen sunt, probabil, legate o serie de efecte dăunătoare ale pilulei, cum ar fi **hipertensiune arterială și risc de tromboembolie**. Cine prescrie Femovan/Gynovin/Minulet trebuie să aibă certitudinea că tratamentul cu această „micropilulă” e de neînlocuit. Producătorii acestui preparat nu pot răspunde convingător la atât de întemeiatele dubii științifice ale momentului actual.” (p.23, R. E., *Concepte*).

9.) Aparatul urinar :

- **infecția urinară** apare cu o frecvență mai mare, în special candidoza prin modificările pH-ului ;(V.Luca).

10.) Cancerul :

- favorizează apariția cancerului de **sân**, de **col uterin** , de **ficat** și de **piele** . ;(V.Luca),
- apariția cancerului este *favorizată* la femeile cu *avorturi multe*, la cele care au folosit *timp îndelungat CO (8-10 ani !)*, inclusiv la cele care *au consumat CO la vârsta de peste 35 ani* ;(V.Luca)
- După Forman și colab. 1986 , administrarea de inhibitori de ovulație creează un risc relativ sporit de 3,8 ori de apariție a carcinomului celulelor hepatice. Iar o administrare de 8 sau mai mulți ani crește riscul relativ la 20,1 ori. (Dr. R. Ehmann, p. 27)
- Beral și colab. au constatat în 1977 că femeile care s-au luat timp îndelungat inhibitori de ovulație prezintă rate mai înalte de **melanoame maligne și** alte carcinoame ale pielii, decât femeile care nu au luat niciodată pilula. Creșterea numărului de carcinoame se limitează la membrele inferioare.(p.27, R. Ehmann)
- **cancerul de col uterin** poate apare după un consum prelungit de COC de peste 5 ani. Riscul la acest cancer crește cu 1,3 – 1,8 %. Studiul Oxford / FPA arată o creștere a frecvenței tuturor formelor de cancer de col uterin raportat la durata de utilizare a COC .(Planif. 5-24),
- scade vârsta la care poate apare un **cancer la sân** la femeile cu acest risc (Planif.5-24),
- Joyeux, Montpellier vede o legătură directă între inhibitorii de ovulație și carcinomul mamar : « *Cancerul de sân nu se manifestă chiar din primul an următor administrării de hormoni, ci zece sau chiar mai mulți ani mai târziu. De aceea nu se constată apariția sa. În perioada actuală asistăm la o creștere explozivă a cazurilor de cancer ovarian și de sân...* » (Dr. R. Ehmann, p. 26)

11.) Malformații:

În „materialul de avort” al femeilor care au rămas însărcinate în timpul administrării pilulei sau în primele 6 luni după administrare se pot constata:

- **tulburări cromozomiale** (triploidie și monosomie X) în **48% cazuri**
- **poliploidie** (multiplicarea seriei cromozomiale peste numărul normal) în **30% din cazuri**.

Aceste cifre sunt clar superioare celor de la femeile care au rămas însărcinate fără să fi luat pilula (22%) și, respectiv, 5% . Fülgraff și Palm menționează în al lor „Manual de Farmacoterapie-Farmacologie clinică”, la capitolul „Situatii speciale în terapia medicală din perioada de sarcină și de menopauză” anumite efecte ale administrării de anticoncepționale: aspect anormal exterior pentru sexul respectiv, anomalii în masa corporală a membrilor, inimă, esofag, trahee și rinichi.

După Kabarity și Mazrooei (1984) , **anumiți inhibitori de ovulație induc aspecte inhibitoare ale diviziunii celulare**, care au ca urmare profaze anormale și un considerabil număr de micronuclee. **După tipul de progestageni diferă și exprimarea mai tare sau mai slabă a acestor modificări**. Pinto descria în 1986 rupturi (întreruperi) cromozomiale în limfocite corelat cu administrarea pilulei. Aceste constatări făcute *in vivo* (pe viu) arată o creștere semnificativă de aberații cromozomiale. Liu și Ding reușeau să stabilească în 1987 prin experiențe pe animale apariția de modificări cromozomiale la sarcinile timpurii

în urma administrării de inhibitori de ovulație. Ei trag concluzia că la om, **în urma eșecurilor pilulei, există un potențial efect mutaționist ca pericol pentru făt.** *Dovada rupturilor cromozomiale ne face să presupunem cu îndreptățire urmări teribile pentru generațiile următoare.* (Dr. R. Ehmann, Concepte, p. 28).

12.) Tulburări psihice:

Despre efectele pilulei, Peterson (1978) se pronunță astfel: „Înspăimântătoarea înrăutățire a afectivității (stare sufletească și impulsivitate) și a relațiilor interumane la grupa celor ce folosesc pilula este produsă, fără îndoială, într-o bună măsură de psihosindromul endocrin (M. Bleuer) provocat de acțiunea hormonilor; dar și motivația anticoncepțională ambivalentă, neclară, a multor femei le dezechilibrează foarte mult”. Pornind de la propria lor experiență, femeile spun următoarele: stare de spirit depresivă, mergând până la depresiunea propriu-zisă. De asemenea, ele remarcă prin auto-observație modificări de personalitate bine marcate. (Dr. R. Ehmann, p. 28).

Indicațiile C.O. în diferite afecțiuni (după literatura de specialitate);

În anumite afecțiuni care necesită tratament hormonal, se administrează aceste preparate, fără un scop contraceptiv:

- amenoree secundară (lipsa menstruației);
- menometroragii (menstruații prelungite sau audente);
- tulburări de ritm menstrual;
- chist ovarian;
- endometrioză;
- sindrom premenstrual (dureri de sân, abdominale);
- dureri menstruale.

Comentarii :

- beneficiul adus de către contraceptive în aceste afecțiuni este neînsemnat în comparație cu efectele lor secundare !
- trebuie cunoscut faptul că există alternative de tratament al acestor afecțiuni : naturiste, homeopate, medicamente, etc. Astfel, medicamentele antiinflamatoare pot rezolva anumite afecțiuni precum sindromul premenstrual și durerile menstruale. Literatura însăși ne specifică (vezi mai jos) că după un timp mai îndelungat, consumul de CO poate favoriza chiar apariția de chiste ovariene foliculare și tulburări de ciclu.
- Pilula cu progesteron duce frecvent la lipsa menstruației (amenoree) și la chiste ovariene (funcționale), cu repercusiuni asupra fertilității. (Planif. 5-45) S-a constatat că după 5 ani de consum de

contraceptive se poate ajunge la sterilitate.(dr. R. Ehman - revista Concepte).

- *Cancerul de sân a fost dovedit a fi inițiat frecvent de consumul îndelungat al estrogenilor.(R.Ehmann)*

Contraindicațiile CO : (V.Luca)

2.) afecțiuni vasculare :

- prezența trombozei arteriale sau venoase sau predispoziție pentru aceste afecțiuni ;
- boli de inimă (cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială, etc.) ;
- migrenă persistentă ;
- tulburări ale circulației cerebrale cu atacuri ischemice tranzitorii, AVC în antecedente, etc. ;

3.) afecțiuni hepatice :

- icter în timpul unei sarcini anterioare,
- hepatită virală,
- alte ictere congenitale,
- adenom hepatic,
- porfirie, etc.

4.) alte boli cu indicații relative :

- herpes genital recidivant,
- otoscleroză,
- depresie severă,
- migrenă,
- diabet,
- afecțiune renală cronică,
- boala Crohn,
- malabsorbție,
- astm bronșic,
- boli de sânge,
- artrită reumatoidă,
- boala Hodkin,
- dislipidemii,
- obezitate, etc.

Comentarii:

- *Contraceptivele orale, așa cum le spune și denumirea, sunt fabricate și administrate în majoritatea cazurilor cu scopul de a preveni o*

- sarcină, deci pentru efectul lor contraceptiv; rămâne un mic procent de cazuri în care ele sunt administrate ca medicament în diferite afecțiuni (tulburări de ciclu menstrual, chiste ovariene, endometrioză, etc.);*
- *datorită multiplelor interferențe metabolice dar și al efectelor secundare multe și grave, aceste preparate **nu ar trebui administrate niciodată ca și o metodă contraceptivă** (implicit și avortivă, cele două efecte neputând fi despărțite !), ci doar în anumite afecțiuni, dar și în aceste cazuri după o prealabilă consultație și o evaluare foarte minuțioasă a stării de sănătate a pacientei, pentru a elimina multiplele riscuri la care se supun;*
 - *când se prescrie un preparat cu COC, nu se cunoaște faptul dacă acea persoană este predispusă să facă un accident vascular cerebral, datorită existenței unor mici malformații ale vaselor sanguine cerebrale (aneurisme). Acestea sunt mici dilatații congenitale ale vaselor sanguine cerebrale care se pot rupe, fie datorită unei tensiuni arteriale crescute fie datorită modificărilor produse de estrogen, provocând accidente vasculare hemoragice grave, frecvent letale (hemoragia subarahnoidiană). Acest risc este crescut la femeile peste 35 de ani. Riscul unei hemoragii cerebrale este la fumătoare de 5,7 ori mai mare decât la nefumătoare; la cele ce iau pilula și sunt nefumătoare e de 6,5 ori mai mare, iar la cele ce iau pilula și totodată fumează, de 22 ori mai mare. Chiar și după renunțarea la pilulă, riscul relativ de hemoragie cerebrală rămâne de 5,3, deci semnificativ, mai ridicat. (dr. R. Ehmann, p.22, revista [Concepte](#));*
 - *De asmenenea nu putem cunoaște dacă acea persoană este predispusă la diabet zaharat, dar prin administrarea îndelungată de estrogen putem declanșa acest diabet care probabil nu s-ar fi declanșat niciodată iar aceste exemple sunt valabile și pentru alte boli.*

2.) Contraceptive și abortive hormonale injectabile :

(Planif. 6-1, 6-2) :

a.) **numai cu progesteron :**

b.) **combinat, estro-progesteronice ;**

a.) **conțin numai progesteron de sinteză, în doze mari ;**

- se administrează prin injecții, existând două produse : **DMPA** (Depo-Provera –150 mg/flacon) și **NET-EN** (Noristerat sau Doryaxis – 200 mg/flacon);
- DMPA s-a folosit inițial (anul 1960) pentru prevenirea nașterii premature, în amenințarea de avort și cancer de mucoasă uterină când s-a observat că induce o sterilizare prelungită, de câteva luni după întreruperea tratamentului,
- DMPA se administrează la 3 luni iar NET-EN la 2 luni ;
- **rata de eșec (indicele Pearl) este de 0-1 sarcini / 100 femei/ an**, fiind mai crescută la femeile tinere și la cele slabe ;
- **în studiile OMS**, 15% din femei au întrerupt administrarea datorită modificării menstruației și 12% din cauza amenoreei (lipsa menstruației) ;

Cum acționează aceste preparate? (Planif.6-4,6-5):

- după administrare, particulele de progesteron sunt eliminate lent în circulație și evită calea absorbției intestinale,
- ele sunt apoi transformate în substanța activă ,
- după administrare, concentrația lor este mare, ea scade apoi până atinge un nivel **care blochează ovulația**,
- cea mai importantă și dificilă problemă este variabilitatea concentrației hormonale la paciente de la o zi la alta, în raport cu diverse circumstanțe cum ar fi dieta, activitatea fizică, stress-ul, medicamentele (care variază și în cazul folosirii CO orale),

Acțiunea lor contraceptivă : (Planif.6-4,6-5):

- **inhibă ovulația** prin suprimarea hormonilor hipofizari și prin efectul lor antiestrogenic,
- în plus față de contraceptivele orale, cele injectabile cu doze mari de progesteron au un efect de blocare a secreției estrogenilor și lipsa maturării foliculului ovarian , implicat a ovulului;
- **cresc vâscozitatea secrețiilor colului uterin**, care împiedică înaintarea spermatozoizilor spre uter; **inhibă la acest nivel și capacitația** (un ultim proces de maturare a spermatozoizilor în drumul lor spre trompă);

Acțiunea lor avortivă : (Planif.6-4,6-5):

- **încetinesc transportul ovocitului** (embrionului) **prin trompa uterină**; acest lucru duce la o hrănire insuficientă a embrionului precum și la imposibilitatea de a ajunge la timp în uter, deci sunt mari șansele de a muri și de a fi eliminat, deci avortat;

- **crează un endometru nefavorabil implantării embrionului**, deci împiedică implantarea embrionului în uter ; endometrul, adică mucoasa uterină devine subțire, fără arteriole, cu stază venoasă, cu glande mici, fără a mai avea posibilitatea nidării (aderării) embrionului și dezvoltarea lui (lipsindu-i hrana necesară);

b.) combinate, estro-progesteronice (Planif. 6-20, 6-21):

- Siegel le descrie în anul 1963, prin combinarea a celor doi hormoni estrogen și progesteron ;
- au fost folosite aproape exclusiv numai în **CHINA (!)** ;
- există puține date clinice și preclinice despre aceste preparate, ultimul descris fiind Cyclofem.
- noua generație de injctabile combinate sunt folosite doar în câteva țări din **America Latină, și China**. În 1993 aprox. 2 milioane de femei au folosit aceste medicamente,
- în România NU se folosesc aceste preparate.

Comentarii :

- *rata de eșec al acestor preparate există și în cazul producerii unei sarcini nu se poate întrerupe acțiunea preparatului. Ca urmare va fi avortat acel copil, fie spontan datorită faptului că mucoasa uterină este atrofiată sub acțiunea îndelungată a hormonului, fie mama va recurge la avort chirurgical.*
- *doza mare a preparatului, deci o concentrație crescută a hormonului la început, nu poate avea decât efecte secundare mai mari decât în cazul administrării lor în doze mici. Acest efect va fi în special asupra mucoasei uterine pe care o atrofiază.*

3.) Implanturi hormonale (Norplant) :

- Sistemul Norplant a fost dezvoltat în 1974 de Comitetul Internațional pentru Cercetare Contraceptivă din Consiliul Populației, New-york, cu marca înregistrată Norplant. El a fost introdus în programele de planificare familială în 1983. El este înregistrat și în România ;(**Planif. 7-1**).
- ele conțin un **progestativ** (levonorgestrel) **de depozit** , înglobat într-o capsulă care se introduce sub piele (subdermal) ; (V.Luca).
- hrmonul este eliberat gradat și sistematic ;

- implantele hormonale *se clasifică* după : tipul de suport care poate fi neresorbabil sau biodegradabil / nr. de capsule de la 1 la 6 capsule / timpul de eficiență de la 6 luni la 5 ani ;
- Norplant-ul conține 6 capsule, pe un timp de 5 ani ;
- **rata de eșec este de 0,2-0,3 sarcini / 100 femei /an și de 4% pe o perioadă de 5 ani** deoarece între al 3-lea și al 5-lea an de utilizare scade concentrația hormonului din sânge și implicit scăderea frecvenței inhibiției ovulației. **(Planif.7-1)**
- **reversibilitatea**, adică revenirea fertilizării după îndepărtarea Norplantului, este întârziată.
- mecanismul de acțiune este același ca și în cazul utilizării progesteronului sintetic pe cale injectabilă : **inhibă ovulația / crește vâscozitatea secreției** colului uterin / **modifică mucoasa uterină** făcând-o incompatibilă implantării embrionului ;
- interacțiunile medicamentoase afectează metabolismul hormonului eliberat de Norplant și face metoda mai puțin eficientă în prevenirea sarcinii (antibiotice, antiepileptice, fenilbutazonă). **(Planif. 7-2, 7-3, 7-4).**

Comentarii:

- *în cazul implanturilor efectele (acțiunea și efectele secundare) sunt asemănătoare cu ale preparatelor injectabile.*

IV.) Contracepția de urgență, postcoitală (de a doua zi) – ABORTIVĂ !

- 1.) **Def. :** sunt acele metode care urmăresc prevenirea unei sarcini după un act sexual neprotejat, posibil fertil.(Planif.11-1).

Comentariu: *dacă fecundația a avut deja loc NU mai poate fi vorba de o prevenire a sarcinii ! Din acest moment orice metodă folosită va fi exclusiv avortivă ! Este considerat un tratament de urgență, fără a avea de fapt un scop de vindecare, ci dimpotrivă are un scop de a ucide o viața de abia începută. Ne întâlnim din nou cu situația unui **avort hormonal (timpuriu).** În cazul folosirii DIU, avortul este produs atât mecanic cât și hormonal.*

2.) Frecvența folosirii contracepției de urgență :

- debutul precoce al acivității sexuale crește numărul sarcinilor nedorite,
- consecințele sociale și medicale legate de sănătatea tinerilor aflați la vârsta fertilă au fost recunoscute ca probleme majore în multe țări,

- în prezent **42% din cei care folosesc această metodă au vârsta sub 20 ani** iar 28% sunt sub 25 ani.

3.) **Riscul de sarcină** (Planif . 11-2).

- riscul de concepție variază în funcție de momentul actului sexual față de momentul ovulației. În timpul ovulației riscul este de 30% sau mai mare , fapt care depinde de fertilitatea inrinesea a cuplului. În zilelele mai puțin fertile sau nefertile riscul este de 0-10%.
- trebuie luat în considerare faptul că spermatozoizii supraviețuiesc în tractul genital câteva zile, fiind capabili de fertilizare ecl puțin 4 zile după actul sexual.

4.) **Clasificare :**

- a.) **D.I.U.** – descrise mai jos;
- b.) **metode hormonale** ,
- c.) **alte metode :**

b.) **Metodele hormonale :**

- se administrează în primele 72 de ore de la contactul sexual;
- Combinatii estrogeni-progestative :
 - **Regimul Yuzpe** : este o asociere între) 0,2 mg estrogen (etinilestradiol) și 2 mg progestativ (levonorgestrel) ; (Planif. 11-5). **Este cea mai folosită mtodă la ora actuală !OMS recomandă folosirea acestui regim prioritar !** Eficiența este în medie de 75% și nu este atât de mare ca în cazul estrogenilor în cantitate mare dar efectele secundare sunt mai puține.
 - Doza este foarte mare și apar efecte secundare precum : vărsături , dureri de cap, dureri de sân, deseori hemoragii ! (V. Luca).
 - Regimul Ovrán , Ovidon, etc.
 - Estrogeni în doze mari : se începe tratamentul în primele 3 zile de la contactul sexual neprotejat. Se folosește Etinilestradiol **5 mg /zi** timp de 5 sau premarin 10 mg/zi timp de 5 zile.(Planif. 11-9)
Doza este foarte mare si efectele secundare apar de obicei în primele 8 ore : grețuri, vărsături, dureri de sân și uneori hemoragii, motiv pentru care nu este o metodă des folosită (V.Luca).

- Progestativele : preparatul Postinor (Ungaria) : 2 tb. de câte 0.75 mg levonorgestrel administrate la interval de 12 ore (Planif.11-5) *sau* Norethisteron (China) : **5 mg/zi**, timp de 10-14 zile !(V.Luca).

c.) Alte metode :

- Danazol :(etiniltestosteron) :2 doze de 400 mg la un interval de 12 ore, în primele 3 zile. Nu se cunoaște bine modul de acțiune.Este în studiu. La ora actuală se folosește în endometroză.

- 5.) **Rata de esec**: **0,3- 1,6%** pentru estrogeni în doze mari și **0,2- 2,35 %** pentru combinația estro-progestativă.(Planif.11-4)

Comentarii :

- *În acest caz, **concepția deja a avut loc, deci embrionul există și își începe drumul prin trompa uterină spre uter. În primele 3 zile, când se administrează acești hormoni, el se hrănește din secrețiile mucoasei uterine și se divide, ajungând la 16 celule. După 72 de ore, ajunge în această fază de dezvoltare în uter. Doza mare de hormoni administrați vor provoca mari modificări la nivelul trompei uterine, o usucă și nu se mai poate hrăni embrionul. E asemenea, este foarte încetinită, chiar oprit transportul lui prin trompă, deci nu va putea supraviețui. Dacă va ajunge în uter , aici întâlnește aceeași mucoasă atrofiată de hormoni și nu se va putea nida, deci va fi avortat. Este vorba din nou de un avort timpuriu.***
- *Pilula de urgență » nu acționează asupra embrionului ci asupra mucoasei uterine și influențează transportul lui prin trompa uterine, încetininu-l. Embrionul în cele 10 - 14 zile de la concepția lui(denumit pre-embrion de către literatura de specialitate), **nu se mai poate nida, ceea ce duce la moartea lui. Deci efectul nu este direct, ci indirect.** (www.human-life.ch/ - 2k, HLI – Raport, ianuarie 2006, pag.6).*

**V.) Antihormoni : Mifegyne RU 486 (mifepristone)-
ABORTIVE !**

Definiție . Mod de acțiune.

(*Medicină și Ideologie, Revistă a Medicilor care respectă viața, dec. 1991, pag. 12-13*).

- denumirea RU 486 (**Mifeprestone/Mifegyne**) vine de la firma franceză Roussel-Uclaf care l-a sintetizat pentru prima dată în 1980,
- în SUA este folosit ***Epostane, un inhibitor al sintezei progesteronului.***
- Această pilulă conține două componente :
 - a.) antiprogesteron, deci antihormon ,
 - b.) prostaglandine

a.) substanța cu acțiune antiprogesteronică , așa cum îi spune și denumirea are o acțiune inversă decât progesteronul care ar trebui să dezvolte mucoasa uterină și să o pregătească pentru implantarea embrionului. Ca urmare acest lucru nu se mai întâmplă, deci va avea loc distrugerea embrionului, în decurs de 2-4 zile, însoțită fiind de o sângerare ; cu cât sarcina este mai mare, cu atât sângerarea va fi mai importantă (până la 1 litru). Alt risc este cel al unei infecții . (*Med.si Ideologie, p.12*)

Deoarece progesteronul joacă un rol cheie în procesul reproductiv , orice substanță care împiedică acțiunea hormonului progesteron asupra organelor genitale (mai ales mucoasa uterină), are activități antifertile. Ca urmare întârzie dezvoltarea endometrului . (*Planif. 11-14*).

b.) Prostaglandinele au ca efect provocarea contracțiilor uterine, astfel că în decurs de 6-12 zile embrionul poate fi eliminat.(*Med.si ideologie, p.12,)*

Acest avort nu se deosebește mult de avortul spontan.

O contraindicație o reprezintă sarcina extrauterină ! Dar aceasta nu poate fi identificată înainte de 1 lună . Dacă nu are loc avortul, copilul se va naște cu malformații. **Rata de eșec** al acestei metode este în medie de **20%**. (*Med. Si Ideologie, p.12*).

Comentarii :

*Si în acest caz **concepția deja a avut loc, deci embrionul există și își începe drumul prin trompa uterină spre uter dar implantarea embrionului nu va avea loc și va fi eliminat. În cazul în carei femeia își administreză antihormonul când are deja o sarcină mare, de peste 14 zile, când implantarea embrionului în uter deja a avut loc, această substanță chimică și toxică pentru copil va desface placenta de la nivelul***

uterului, o va rupe iar embrionul va muri și va fi expulzat din uter, deci avortat ! Trebuie menționat faptul că această substanță chimică distruge embrionul până la o vârstă de 49 de zile, deci o lună și jumătate !

Literatura de specialitate încearcă mereu o minimalizare a efectelor acestor metode avortive. Astfel, în octombrie 1990, a murit o fată în vârstă de 17 ani - Deborah Rivera Gotay- după o complicație în urma administrării acestui antiprogesteron într-o clinică de avorturi din orașul Puerto Rico. De asemenea în New-York au murit două femei și alte 4 au fost internate de urgență în spital după administrare de Ru 486. (Medicină și Ideologie, Revistă a Medicilor care respectă viața, dec. 1991, pag. 12-13).

VI.) Vaccinuri (CO imunologică):

- a.) vaccinul antispermatic: nu este suficient de eficient datorit a 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 !*
- b.) vaccinul antiovil : 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 abortiv !***

Comentarii:

*Un vaccin prin definiție este o substanță care se sintetizează cu scopul de a apăra organismul împotriva unei boli. Astfel vaccinul conține de obicei un virus viu atenuat (cu virulență scăzută și care nu poate da boala) care stimulează organismul să formeze anticorpi împotriva acelu virus. **Dar niciodată în medicină NU s-a realizat un vaccin care să ucidă un om, un copil, în propriul organism al mamei ! .***

Dr. R. Ehmman afirmă: „În continuare, vaccinarea anti-baby (Anti-HCG-inocular) care va apărea curând în calitate de adaos suplimentar, tot un mijloc de avort timpuriu. Cu aceasta, uciderea perfecționată a copiilor nenăscuți își continuă drumul „tot mai triumfal” în societatea noastră, cu urmarea directă a unui veritabil holocaust al nenăscuților. Se poate spune că marea tragedie a sfârșitului de veac este sărăcirea în vieți omenești, care ar fi trebuit să-și facă mai târziu datoria și au fost împiedicate de la aceasta”. (p.31, *Concepte, Dr. R. Ehmman*).

VII.) Dispozitive intrauterina (D.I.U.) –Steriletul :

(V. Luca și Augustin Roșca):

Def.

- Este o piesă mică, confecționată din metal sau masă plastică, care are diferite forme și este introdusă în uter **în scop contraceptiv**; (Planif. 8-1).

Comentariu: *În realitate acțiunea principală a D.I.U. este cea de a împiedica implantarea embrionului în uter prin modificările pe care le produce la acest nivel, deci va provoca eliminarea embrionului , deci un avort timpuriu ! Din acest motiv denumirea de metodă contraceptivă nu este cea reală, fiind **o metodă exclusiv avortivă!***

Istoric

- primul dispozitiv intrauterin a fost cel atribuit doctorului **Richard Richter** din **Germania în anul 1009**. Materialul folosit este argintul. După anii 1959-1960, metalul este înlocuit cu plastic-polietilen-material biologic « inactiv » spun medicii dar se va demonstra că nu este tocmai așa ;
- în **1962** D.I.U. vor fi folosite pe scară largă în New-York ;
- în 1975 apar pe piață primele sterilete îmbogățite **cu hormoni**, respectiv progesteron;
- în **1976** aceste dispozitive cu progesteron vor fi aprobate și în **S.U.A.:**
- în **1986, la al XII-lea Congres mondial** asupra fecundității și sterilității recomandă D.I.U. drept cea mai utilizată metodă contraceptivă(!). *(V. Luca)*
- cea mai înaltă rată de folosire a D.I.U. în lume o are **China** care folosește 70% din producția mondială ce reprezintă 72 milioane de femei (Planif. 8-1),
- **în România** , începerea oficială a programului național de contracepție are loc în anul 1990, imediat după Revoluția din decembrie 1989; din acest an

DIU a devenit una dintre metodele cele mai populare în România;(Planif 8-2,).

Rata de eşec : 1-3 sarcini / 100 femei / an.(V.Luca)

Clasificarea DIU:

- 1.) active și medicate: a.) cupru,
b.) substanțe hormonale
- 2.) inerte : a.) plastic,
b.) oțel

DIU inerte sunt confecționate din aceste materiale fără adăugare de hormoni. Ele sunt de domeniul trecutului.

DIU active și medicate au un adăugare de **cupru și hormoni**, pentru a le crește eficiența și a amplifica reacția de corp străin. (Planif.8-5). Folosirea în locul cuprului a unor metale nobile (aur, argint, platină), nu mărește eficiența contraceptivă.

Durata lor de acțiune este pe o perioadă de 10 ani.

Mod de acțiune:

- provoacă o reacție de corp străin la nivelul uterului care este accentuată de prezența cuprului;
- previne fertilizarea, prin acțiunea lui contraceptivă : afectează integritatea spermatozoizilor, transportul lor spre trompele uterine. Studii efectuate în Chile, pe două loturi de femei, unul de purtătoare de DIU și altul care nu folosesc această metodă, care au avut contacte sexuale în timpul ovulației, demonstrează că ovulele recoltate de la lotul cu DIU nu au semne de fecundație și nici de dezvoltare a unui embrion normal .(Planif.8-6);
- modificările descrise de la nivelul uterului descrise de către Dr. V. Luca sunt : biochimice (inflamatorii, vasculare, de sângerare), 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); (V. Luca). Aceste modificări duc la imposibilitatea implantării embrionului în uter;
- DIU medicate (cu progesteron), afectează mucoasa uterină la fel ca și preparatele contraceptive hormonale cu progesteron și inhibă ovulația.(Planif8-6).

Dezavantaje. Efectele secundare : (Planif.8-8, 8-9).

- durerea :survine după inserția DIU , sub formă de contracții uterine. Durează o săptămână, alteori poate persista din cauza apariției unor complicații, mai ales dacă sunt însoțite de secreții și sângerări.
- menstruații ebundente : toate tipurile de DIU produc o creștere de volum a sângerării menstruale,
- hemoragia : este o sângerare între menstruații, în cantități mici.
- Scurgerea vaginală : este o secreție vaginală apoasă.

- **Infectia:** boala inflamatorie pelvină (BIP), definită ca fiind orice infecție ascendentă de la col la uter, trompe și ovare (cu diferite cauze : boli cu transmitere sexuală, infecții survenite după avort sau nașeri), este favorizată și de folosirea DIU cu un risc de **1,5- 2,6 ori** mai mare decât la femeile care nu îl folosesc ; studiul Oxford FPA arată că femeile peste 25 de ani , căsătorite au o frecvență a BIP de 2/100 femei/an.
- **Perforația uterină:** cu o frecvență de **1 la 1000** de cazuri. Survine la aplicarea DIU , când poate fi parțială sau totală când DIU trece prin grosimea peretele uterin în cavitatea peritoneală.
- **Expulsia după inserție :** contracțiile uterine pot mobiliza DIU, expulzându-l , rata de expulzie fiind de **1-10%**.
- **Sarcina :** frecvența sarcinilor la femeile purtătoare de DIU este de **1-2%**. Riscul de avort este mare.
- **Avortul spontan ,**
- **Nașteri premature.**
- **Sarcini extrauterine :** riscul la purtătoare de DIU (atât inerte cât și cu hormoni), este cu **50% mai mare** decât la cele care nu-l folosesc. O sarcină din 30 va fi una extrauterină, comparativ cu riscul general de sarcină extrauterină care este de 1 la 125 . DIU favorizează în mod direct declanșarea infecțiilor și inflamațiilor trompelor uterine, modificând astfel transportul oului fecundat către uter.

Comentarii :

- aceste dispozitive (în special metalul, respectiv cuprul), sunt recunoscute de către organism ca un obiect străin împotriva căruia reacționează . Astfel apar modificări la nivelul uterului, a colului uterin și a trompelor uterine, descrise mai sus ;
- medicina recunoaște că are un efect antinidatoriu, dar menționează în continuare că este o metodă contraceptivă , nu și avortivă. Dar se naște întrebarea : « ce este acest ou fecundat , acest embrion în timpul celor 14 zile de migrare ? » El totuși există, după Sfinții Părinți el este deja un copil, un om însuflețit. Medicina nu recunoaște oul fecundat ca fiind o sarcină până la nidație, ci doar după !
- acest compromis făcut de Medicină a fost necesar pentru a nu recunoaște că provocăm de fapt un avort (timpuriu) cu aceste metode. În cazul steriletului vorbim de un avort realizat prin două mecanisme : atât mecanic cât și hormonal ;
- modificările produse fac endometrul impropriu implantării embrionului care, negăsind un mediu propice este eliminat, adică avortat!

- efectul **contraceptiv** al D.I.U. : 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 de către progesteron, împiedicând astfel înaintarea spermatozoizilor ; c.) a **trompelor uterine**, perturbând și încetinind migrarea spermatozoizilor spre trompe; (Planif. și V. Luca) DIU active și medicate cu hormoni afectează endometrul la fel ca și preparatele contraceptive hormonale cu progesteron și **inhibă ovulația** (Planif. 8-6),
- **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. (V. Luca, Dr. Rudolf Ehmann).
- **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 și apărarea antiinfecțioasă a mucoasei; în continuare colonizarea se produce și la nivelul trompelor uterine, putând genera o infecție gravă, a întregii regiuni genitale numită *pelvipерitonită* 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 ectopică:** *minim 3/100 femei/an!* (V. Luca).

Un Părinte compara acest sterilet cu « UN ȘARPE CARE SUGE SĂNGELE COPILULUI !

VIII.) Sterilizarea:

a.) feminină (ligatura trompelor uterine):

Def.

- este metoda cea mai sigură în prevenirea procreației (Mircea Onofriescu, Planif 12-1)
- Sterilizarea feminină este un procedeu chirurgical, voluntar, efectuat la cererea femeii și constă în blocarea trompelor uterine – prin tăiere, cauterizare, inele sau clips-uri – împiedicând astfel ca spermatozoizii să ajungă la ovul, (Planif. 12-1).
- În România există o hotărâre ministeriale care permite sterilizarea voluntară a femeilor sau cu acceptul familiei în cazul unor deficiențe intelectuale majore. În cazul unor boli severe asociate sarcinii sau în circumstanțe obstetricale speciale se practică sterilizarea postcezariană. (Planif 12-1).
- Peste 141 milioane de femei din lume au ales această metodă în 1990 ;(Planif. 12-1)
- **rata de eșec: 0,5 sarcini la 100 femei** în primul an de utilizare (Vasile Luca) Un alt procent îl raportează Planif. , respectiv de 0,02-1,3 (Planif 12-2), majoritatea eșecurilor apar în primii doi ani de la sterilizare. Dacă are loc o sarcină, aceasta este extrauterină.
- O refertilizare, adică o repermeabilizare a trompei uterine, depinde de gradul de afectare al trompei uterine și de locul ocluziei,
- de obicei **metoda este permanenta, ireversibilă;**
- **reacții adverse pe termen lung** sunt: eșecurile sterilizării tubare și tulburările menstruale (menstruații mai abundente și prelungite),

b.) masculină (vasectomia):

Def.:

- este o metodă contraceptivă permanentă a bărbatului care constă în blocarea sau sectionarea canalelor/ductelor/vaselor deferente, care în mod normal permit transportul spermatozoizilor pentru a se amesteca cu lichidul spermatic. (Planif.12-15). Ca urmare este **împiedicată eliminarea spermatozoizilor**. (Planif. 12-15,)
- până în anul 1990 aproximativ 40 milioane de bărbați au recurs la această metodă; China și India au fiecare un număr de 12 milioane de bărbați cu vasectomie;
- **rata de eșec: 0,5 sarcini la 100 cupluri** în primul an de utilizare (V. Luca);
- Planif. raportează de asemenea un procent de *sub 1%*, prin recanalizare spontană în primele 4 luni ;
- anestezia este locala, la nivelul scrotului, unde sunt abordate cele 2 canale deferente; intervenția este relativ simplă și durează maxim 20 minute.

- după operație, bărbatul va avea erecții și ejaculări normale, cu diferența că în lichidul ejaculat (spermatic) nu mai sunt prezenți spermatozoizi (fapt care poate fi constatat doar prin efectuarea unei spermograme). (V. Luca)

Comentarii:

Sterilizarea permanentă a femeii sau a bărbatului le iau acestora posibilitatea de a mai fi părinți, în mod voit;

Urmări pe termen lung sunt:

- Sarcini extrauterine: Acestea survin în urma unor eșecuri în sterilizare. Diferite studii indică procente variind între 13,6 și 90% din cazuri. Sarcina extrauterină după sterilizare tubulară este o complicație foarte gravă și constituie cauza a circa 10% din cazurile de deces a mamei. (p.12, R.E)
- Tulburări ale ciclului menstrual: O serie de cercetări descriu în mod repetat tulburări menstruale de diferite tipuri: hipermenoree și dismenoree urmate de frecvente hysterectomii (20% mai multe hysterectomii după sterilizarea tubulară). Sindromul de șoc la tampon apare accentuat mai frecvent la femeile sterilizate față de cele nesterilizate. Donnez și colaboratorii [20] au „cercetat în 1981 funcțiunea luteică după sterilizare și au constatat la 54% din femei un nivel foarte scăzut al progesteronului după electrocoagularea tubelor, comparativ cu numai 20% după sterilizarea cu clipsuri Kulka-Clemens. Acest efect este atribuit întreruperii continuității arterei utero-ovariene. Măcar parțial, își găsesc astfel o explicație și tulburările menstruale menționate mai sus. De curând s-a formulat supoziția că la femeile supuse sterilizării tubulare apare cu frecvență mai mare carcinomul mamar; se poate lua în considerare și ipoteza că apariția carcinomului mamar este legată de tulburările hormonale (dereglarea ciclului). (p.12, R.E)
- Tulburări psihice: creșterea de două-trei ori în numai zece ani a repercusiunilor psihice ale intervenției arată că nu ne este permis să neglijăm nici acest aspect al problemei. (p.13, R.E)

