

**„Nasze ciała, nasze życie”, Część III „Zdrowie seksualne i kontrola płodności”,
Rozdział 17 „Aborcja”**

Aborcja w pierwszym trymestrze ciąży, str. 391 - 394

Opracowanie na podstawie tekstu: Marlene Gerber Fried przy współpracy Maureen Paul

Przerwanie ciąży jest najbezpieczniejsze we wczesnym jej stadium, gdy jest przeprowadzane metodą próżniową lub farmakologiczną przez właściwie przygotowanych lekarzy i w odpowiednich warunkach. Dlatego tak ważne dla zdrowia kobiet jest zapewnienie im dostępu do metod wczesnej aborcji. Obecnie w krajach uprzemysłowionych i w wielu pozostałych państwach najczęściej stosowanym sposobem przerwania ciąży jest metoda próżniowa.

Metoda rozszerzania i łyżeczkowania

Stosowana w Polsce metoda rozszerzania i łyżeczkowania („skrobanka”), polegająca na rozszerzeniu szyjki macicy i usunięciu zawartości jamy macicy przy pomocy tzw. łyżeczki (metalowej pętelki umieszczonej na końcu długiej rączki) i szczypczyków, nie jest – jak już wspomnieliśmy – metodą zalecaną przez WHO. Na świecie została ona zastąpiona metodą próżniową, która jest szybsza i mniej bolesna dla kobiet, powoduje mniejsze krwawienie i wymaga słabszego znieczulenia. Niesie ona równie z ze sobą dwukrotnie mniejsze ryzyko powikłań niż łyżeczkowanie. Z tych względów Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, żeby wszędzie tam, gdzie się tą ostatnią jeszcze stosuje, podjęte zostały wszelkie możliwe starania, by zastąpić ją metodą próżniową¹ tanią i prostą. Mamy nadzieję, że niedługo także w Polsce odejdzie się od metody łyżeczkowania. Ponieważ jednak jest ona jeszcze stosowana, musimy podać podstawowe informacje na jej temat. Samo przygotowanie do zabiegu przebiega podobnie, jak przy opisanej poniżej metodzie próżniowej. Jednak wprowadzenie do jamy macicy metalowej łyżeczki i wyskrobanie ścianek macicy za pomocą jej ostrych krawędzi wewnętrznych wymaga znacznego rozszerzenia szyjki macicy. Postępowanie po zabiegu jest podobne do tego po aborcji

¹ Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization, Geneva 2003.

próżniowej. Bezpośrednio po zabiegu może jednak wystąpić pewna różnica w samopoczuciu, wynikająca z zastosowania silniejszego środka znieczulającego. Opisane w tym rozdziale powikłania po aborcji chirurgicznej odnoszą się również do metody łyżeczkowania. Chociaż prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest bardzo małe, nigdy nie należy lekceważyć żadnych niepokojących sygnałów, bowiem czasem komplikacje występują.

Aborcja metodą próżniową

Zabieg

Przed aborcją osoba wykonująca zabieg przeprowadzi badanie ginekologiczne po to, żeby wyczuć wielkość i położenie macicy oraz potwierdzić stopień zaawansowania ciąży. Ta informacja będzie potrzebna, żeby podjąć decyzję co do wielkości rurki (kaniuli) i kąta, pod którym można bezpiecznie wprowadzić narzędzia. Następnie do wagiiny zostanie wprowadzony wziernik, rozszerzając jej ścianki, aby móc obejrzeć szyjkę macicy. To może wywołać uczucie ucisku, ale nie powinno boleć. Jeśli kobieta odczuje uszczypnięcia, lekarka lub lekarz powinni ponownie dopasować wziernik. Na tym etapie może zostać pobrany wymaz w celu przeprowadzenia badania na obecność chlamydii i rzeżączki. Może również zostać pobrana cytologia, jeżeli nie była ostatnio robiona. Cała wagiina zostanie następnie przetarta roztworem antyseptycznym w celu zapobieżenia infekcji. W wypadku zastosowania znieczulenia miejscowego zastrzyk zostanie zrobiony w szyjkę macicy. Ponieważ szyjka ma bardzo niewiele końcówek nerwowych, może to być w ogóle nieodczuwalne lub odczuwalne jako uszczypnięcie lub ucisk. Następnie do szyjki macicy mocuje się tzw. kulociąg, by ją unieruchomić. Kobieta może odczuć uszczypnięcie, skurcz lub w ogóle nic nie poczuć. Później można zmierzyć wewnątrz macicy cienkim pręcikiem zwanym sondą, niektórzy uważają jednak, że nie jest to konieczne. Sondowanie może spowodować krótki skurcz. Ujście szyjki macicy jest stopniowo powiększane poprzez wkładanie i usuwanie rozszerzadeł o coraz większych rozmiarach. W tym czasie kobieta może odczuwać skurcze, być może podobne do łagodniejszych lub mocniejszych skurczów miesięczkowych. Do rozszerzania stosuje się od dwóch do ośmiu rozszerzaczy. Rozszerzanie zajmuje na ogół mniej niż dwie minuty. Teraz do macicy zostaje wprowadzona przez szyjkę sterylna, podobna do słomki rurka. Kaniule są wykonywane w różnych rozmiarach – od średnicy małej słomki do picia do średnicy dużego długopisu (5-12 mm). Im bardziej zaawansowana jest

ciąża, tym większa rurka jest potrzebna do jej usunięcia. Kaniula połączona jest przewodami rurowymi z butelką. Aspirator – urządzenie zasysające – wytwarza w butelce próżnię. Podczas przesuwania kaniuli wzdłuż ścianek macicy jej zawartość jest łagodnie odsysana przez przewody rurowe do butelki. Odsysanie nie trwa zazwyczaj dłużej niż kilka minut. Niektórzy lekarze wprowadzają łyżeczkę i skrobą wewnątrz macicy, aby się upewnić, że zabieg został wykonany dokładnie. Inni uważają, że ten dodatkowy krok nie jest potrzebny. Podczas opróżniania macica zaczyna się obkurczać do wielkości, jaką miała przed ciążą. Te skurcze mogą być różne – od ledwo zauważalnych do bolesnych. W rozluźnieniu ciała i przebrnięciu przez skurcze może pomóc miarowe, głębokie oddychanie. Ważne jest również, by mięśnie brzucha były rozluźnione oraz by się nie poruszać. Skurcze powinny się zmniejszyć natychmiast po usunięciu kaniuli lub w ciągu następnych mniej więcej dziesięciu minut.

Po aborcji

Po wytarciu wagi i sprawdzeniu stopnia krwawienia lekarz usunie wziernik. Będziesz wtedy mogła przejść do sali, gdzie powinnaś przez chwilę położyć lub posiedzieć. Możesz przez krótki czas być słaba, zmęczona, mieć skurcze lub mdłości. Możesz jednak od razu czuć się na tyle dobrze, by wstać. Niektórzy lekarze wymagają, byś pozostała w szpitalu przez pewien czas po zabiegu. Jeżeli jest ci potrzebny lek przeciwbólowy, możesz go sobie zażyczyć i powinnaś go otrzymać. Przed wyjściem twoje parametry życiowe, skurcze i krwawienie powinny zostać sprawdzone i powinnaś też uzyskać wskazówki dotyczące postępowania po zabiegu (czego oczekiwać i na co zwracać uwagę).

Wczesna aborcja farmakologiczna

Aborcja farmakologiczna staje się coraz szerzej stosowanym sposobem wczesnego przerywania ciąży. Jak to opisano wcześniej, podczas wczesnej aborcji farmakologicznej łączy się jeden z dwóch leków – mifepristone (RU 486) lub metotreksat – z prostaglandyną-misoprostolem. W krajach europejskich stosuje się mifepristone w połączeniu z misoprostolem.

Zabieg

Procedury postępowania różnią się nieco w wypadku zastosowania mifepristone'u i metotreksatu. Wciąż są one nowe i dlatego podlegają zmianom. Obecnie wczesna aborcja farmakologiczna wymaga kilku wizyt u lekarza lub w szpitalu, począwszy od dokładnego poradnictwa, badania lekarskiego i określenia czasu trwania ciąży, poprzez transwaginalne badanie ultrasonograficzne. Jeżeli aborcji dokonuje się z użyciem mifepristone'u, przy pierwszej wizycie kobieta przyjmuje 200 miligramów mifepristone'u i pozostaje pod obserwacją przez co najmniej pół godziny. Podczas drugiej wizyty, od 36 do 48 godzin po pierwszej, otrzymuje 800 miligramów misoprostolu w formie czopka doustnego lub 400 miligramów misoprostolu doustnie. Po założeniu misoprostolu kobieta może się spodziewać, że w ciągu dwóch do czterech godzin rozpoczną się skurcze. Okres pomiędzy skurczami a początkiem krwawienia wynosi od 0,5 do 10 godzin. Krwawienie najpierw będzie przypominać mocny okres i może zawierać skrzepy, niektóre całkiem duże. Czasem pojawia się jasnoróżowa lub szara tkanka, jak przy poronieniu w pierwszym trymestrze. Krwawienie po kilku dniach staje się niewielkie, potem przechodzi w plamienie, które może trwać przez kilka tygodni. Jeżeli od początku było ono niewielkie, prawdopodobnie będzie potrzebna druga dawka misoprostolu.

W wypadku aborcji farmakologicznej z zastosowaniem mifepristone'u prawdopodobnie do aborcji dojdzie w ciągu 24 godzin po przyjęciu misoprostolu. Aborcje dokonywane przy pomocy metotreksatu nie zawsze są tak przewidywalne. U większości kobiet występują w ciągu kilku dni po zastosowaniu misoprostolu, ale w 25 proc. przypadków kobiety mają „opóźnioną reakcję” i nie ronią przez mniej więcej trzy tygodnie. Poważne skurcze w dole brzucha często oznaczają, że właśnie następuje aborcja. Zazwyczaj skurcze łagodnieją po około czterech godzinach. Należy pamiętać, że nie sposób dokładnie przewidzieć, kiedy nastąpi poronienie – może to nastąpić w nieoczekiwanym miejscu i czasie.

W obu przypadkach – zarówno przy mifepristone, jak i metotreksacie – należy ponownie odwiedzić szpital w celu przeprowadzenia badania USG po upływie około dziesięciu–czternastu dni od pierwszej wizyty. Chodzi o potwierdzenie, że ciąża została zakończona. Nie powinno się podejmować samodzielnych prób ustalenia tego faktu. Jeżeli nie doszło do pełnej aborcji, jest bardzo ważne, by ją dokończyć poprzez zastosowanie zabiegu próżniowego. Szczególnie metotreksat powoduje poważne wady wrodzone. Istnieje przypuszczenie, choć niepotwierdzone badaniami, że także pozostałe leki stosowane w aborcji farmakologicznej mogą powodować uszkodzenie płodu, gdy ciąża nie dała się usunąć.

Skutki uboczne wczesnej aborcji farmakologicznej

Prawdopodobnie będziesz odczuwała skurcze i miała lekkie krwawienie po przyjęciu doustnej dawki mifepristone'u. Zarówno w przypadku mifepristone'u, jak i metotreksatu kobiety stwierdzają, że czują się tak, jak przy „porannych mdłooeciach ”; pojawiają się: zmęczenie, nudności, bóle głowy, zawroty głowy, uderzenia gorąca lub, rzadko, przelotna gorączka albo opryszczka (tylko w przypadku metotreksatu). U 80 proc. kobiet skurcze macicy wywołane przez misoprostol powodują skutki uboczne w postaci jeszcze silniejszych skurczów, biegunki i wymiotów. W niektórych przypadkach kobiety potrzebują łagodnych środków przeciwbólowych. Krwawienie może trwać od czterech do czterdziestu dni; średnio czas ten wynosi dziesięć dni.

Zagrożenia i komplikacje

Statystyki francuskie wykazują, że jedna na tysiąc kobiet zażywających mifepristone dostanie krwotoku i będzie potrzebowała transfuzji krwi. To oznacza 20-krotnie większe ryzyko niż w wypadku aborcji dokonywanej metodą próżniową. Powinnaś zwrócić się do swojego lekarza, jeżeli doświadczasz któregoś z następujących objawów:

- Intensywne krwawienie: przesiąknięta jedna podpaska maxi w ciągu godziny przez więcej niż trzy kolejne godziny lub dwie podpaski maxi na godzinę przez więcej niż dwie kolejne godziny.
- Silny ból, którego nie łagodzi wypoczynek, leki przeciwbólowe, opaska rozgrzewająca lub gorąca butelka.
- Ciągłe wymioty: niemożność utrzymania jakiegokolwiek płynu lub jedzenia w żołądku w czasie od czterech do sześciu godzin.
- Gorączka wyższa niż 38 stopni C.

Doświadczenia kobiet związane z wczesną aborcją farmakologiczną

Największe doświadczenie z zastosowaniem mifepristone'u (RU 486) ma Francja. Około 70 proc. spełniających odpowiednie warunki kobiet (których ciąża nie trwa dłużej niż 49 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki) wybrało wczesną aborcję farmakologiczną zamiast aborcji chirurgicznej. Głównymi powodami podawanymi przez kobiety preferujące wczesną aborcję farmakologiczną było to, że dzięki niej mogły uniknąć zabiegu chirurgicznego, że przeprowadza się ją wcześniej, że wydaje się bardziej „naturalna”, a mniej medyczna i że

bardziej zależy od kobiety niż lekarza. Niektórym kobietom daje ona większe poczucie prywatności, ponieważ odpowiada im to, że właściwa aborcja odbywa się poza kliniką. Pozostałe wolą być w klinice z innymi kobietami znajdującymi się w analogicznej sytuacji.

Niektóre kobiety w USA podobnie opisały swoje przeżycia: „Wydaje się to bardziej naturalne.”; „Dało mi większą możliwość kontroli.”; „Zakończyło się w taki sposób, jak – według moich wyobrażeń – odbywałoby się poronienie”. Wielu osobom wydaje się, że wczesna aborcja farmakologiczna jest znacznie prostsza niż w rzeczywistości – kwestia połknięcia kilku pigułek. Kobiety mówią o niej jednak, że jest bolesna.

Czy wczesna aborcja farmakologiczna jest bezpieczna i skuteczna?

Mifepristone został przebadany w ponad dwunastu krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych. W ciągu jedenastu pierwszych lat stosowania skorzystało z niego ponad 200 tysięcy kobiet, a jego skuteczność i bezpieczeństwo w tym krótkim przedziale czasowym są dobrze udokumentowane. Wprowadzenie go do Stanów Zjednoczonych było opóźniane z powodu politycznych gróźb i zastraszania ze strony ruchu antyaborcyjnego. Lek powoduje niewiele skutków ubocznych, czas jego działania jest krótki, dawka mała, a większość leku jest wydalana z organizmu w ciągu dwóch–trzech dni.

Ponieważ przez ponad 40 lat metotreksat był szeroko stosowany w USA do leczenia zapalenia stawów, łuszczycy i w przypadku ciąży pozamacicznej, jego bezpieczeństwo w dłuższym czasie i skutki uboczne są dobrze udokumentowane. Jak wiele innych leków metotreksat działa inaczej w organizmie, gdy stosowany jest w małej dawce w krótkim czasie, niż wtedy, gdy przyjmuje się go w większej ilości przez dłuższy czas. Skutki uboczne w postaci utraty włosów, będące następstwem przyjmowania wyższych dawek przez pacjentów chorych na raka, nie występują przy stosunkowo mniejszej dawce stosowanej w wypadku ciąży pozamacicznej i wczesnej aborcji. Metotreksat szybko opuszcza organizm – czas jego połowicznego rozpadu wynosi dziesięć godzin – i wydaje się nie mieć długoterminowych działań ubocznych. Nie odnotowano też jego szkodliwego wpływu na przyszłą płodność.

Podczas badań nad RU 486 we Francji doszło u pacjentek do kilku poważnych komplikacji sercowo-naczyniowych, w tym do jednego śmiertelnego ataku serca po zastrzyku z innego niż misoprostol rodzaju prostaglandyny, tzw. suprastolu. Tej prostaglandyny już się nie używa. Komplikacje sercowo-naczyniowe najczęściej dotyczyły pacjentek, które dużo paliły. Nie

ma dowodów na to, by prostaglandynie-misoprostolu, którą się teraz przepisuje, towarzyszyły jakiegokolwiek skutki uboczne sercowo-naczyniowe tego rodzaju. Jednak ponieważ długotrwałe działania uboczne nie są znane, amerykańska Narodowa Sieć na rzecz Zdrowia Kobiet (National Women's Health Network) zaleca, aby Urząd ds. Żywności i Leków (FDA, Food and Drug Administration) wymagał prowadzenia badań, polegających na długoterminowym monitorowaniu kobiet, które poddały się aborcji farmakologicznej.

Kobietom, których dotyczą niżej wymienione warunki, odradza się wybór tej metody wczesnej aborcji (procedury przyjęte w USA wykluczają kobiety spełniające te warunki):

- Ciąża dłuższa niż 49 dni (w niektórych krajach, np. w Wielkiej Brytanii i Szwecji, mifepristone stosuje się do 63 dnia ciąży).
- Podejrzenie ciąży pozamaciczej.
- Długotrwałe stosowanie sterydów.
- Chroniczna niewydolność nadnerczy.
- Zaburzenia pracy nerek i wątroby.
- Bycie palaczką w wieku powyżej 35 roku życia.
- Poważna astma lub nadciśnienie.
- Zaburzenia krzepliwości krwi.
- Anemia.

Wczesna aborcja farmakologiczna a dostęp do bezpiecznej aborcji

Aborcja farmakologicznie budzi zrozumiałe zainteresowanie kobiet z krajów rozwijających się. Dotyczy to zwłaszcza tych państw, w których aborcja jest nielegalna lub niedostępna. Różne organizacje międzynarodowe szacują, że rocznie z powodu niebezpiecznej, źle lub samodzielnie wykonanej aborcji umiera od 70 do 200 tysięcy kobiet. O wiele większa ich liczba poważnie choruje i zostaje trwale okaleczona lub niepłodna na skutek wprowadzania do macicy niesterylnych przedmiotów i roztworów różnorodnych związków chemicznych.

Zaszłam w ciążę, gdy miałam 30 lat. Właśnie rozeszłam się z facetem, z którym nie zamierzałam marnować sobie życia. Gdy zobaczyłam wynik testu, pierwsze dwie godziny przepłakałam. Potem już wiedziałam, co robić. Nie musiałam podejmować żadnej decyzji, bo

ona była już we mnie gotowa - aborcja. Chciałam mieć dziecko, ale na pewno ani z nim, ani sama. Nie za wszelką cenę.

Powiedziałam o wszystkim ex-facetowi, i kilku najbliższym kobietom. One były dla mnie największym wsparciem. Żadnego: "sama jesteś sobie winna", "dlaczego nie zadbałaś o antykoncepcję?". Były absolutnie po mojej stronie. Ogromnie dużo im zawdzięczam - miałam trudny okres, bałam się powikłań.

Aborcja jest zakazana w naszym kraju, więc bałam się pytać. Wsparcie psychiczne miałam u przyjaciółek, ale kogo spytać o konkrety, ryzyko, metodę (próżniową czy klasyczną skrobaną)? Im więcej wiem, tym mniej się boję, ale skąd wziąć tę wiedzę? Większość publikacji straszy, a ja i tak byłam wystraszona. Bardzo pomogła mi ulotka z jakiejś feministycznej manifestacji "Mity i fakty nt. aborcji", a zwłaszcza informacja, że aborcja (wykonana przez specjalistów w dobrych warunkach) jest 10 razy mniej ryzykowna niż poród!

Na zabieg czekałam ponad trzy tygodnie - nie można wyskrobać zbyt wczesnej ciąży. Na metodę próżniową się nie zdecydowałam, choć pewnie bym ją wolała. Lekarz, który robił zabieg tą metodą (polecany!) traktował mnie z taką pogardą i wyższością, że mu podziękowałam. Miałam wybór, bo mogłam pożyczyć pieniądze.

Bałam się też demona poczucia winy, który miał na mnie spaść (i nie opuścić mnie już do końca życia). Pierwsze zdziwienie (prawie szok) przeżyłam, gdy przeczytałam w książce (świat bez kobiet Agnieszki Graff), że niektóre kobiety po usunięciu ciąży czują ulgę. I powoli zaczynałam rozumieć manipulację, jaką się na nas dokonuje. Oczywiście kobiety mogą różnie przeżywać usunięcie ciąży, ale przekaz jest taki, że i tak mają poczucie winy. A co jeśli ja nie miałabym tego poczucia winy? Byłabym potworem nie człowiekiem! To już lepiej mieć to poczucie winy, ale czuć się "normalną" kobietą. Uświadomienie tego wszystkiego bardzo mi pomogło.

Minęło 7 miesięcy od zabiegu. Nie miałam i nie mam poczucia winy. Nie ogłaszam tego wszem i wobec, ale mogę o tym mówić - to nie jest zakazany temat. Chcę pamiętać - dla siebie i dla innych kobiet, ale nie rozpamiętywać. To trudne doświadczenie, ale przeszłam przez nie. Mam w sobie ślady, ale nie rany.

Poradziłam sobie z tym najlepiej jak umiałam. Pomijam wiele szczegółów - aby nikogo nie wsypać. Dmucham na zimne. I uważam, że "nasza" ustawa aborcyjna jest niestłuchanym świństwem. Ile kobiet nie ma pieniędzy, nie ma wyboru

Książka *Nasze ciała, nasze życie* jest dostępna w księgarniach w całej Polsce. Może także zostać zamówiona w biurze wydawcy: **Fundacja Współpracy Kobiet NEWW-Polska**, ul. Miszewskiego 17/100, 80-239 Gdańsk, Polska

bądź za pośrednictwem strony internetowej www.neww.org.pl .

Dodatkowe informacje: tel. 48 58 344 38 53, neww@neww.org.pl .

Polish edition of *Our Bodies, Ourselves* is available in bookstores in Poland. You can also purchase it online from www.neww.org.pl or from the publisher's office: **Network of East/West Women - Polska (NEWW)**, ul.Miszewskiego 17/100, 80-239 Gdańsk, POLAND.

For more information call 48 58 344 38 53 or write neww@neww.org.pl .