

Bogdan Chazan

MaterCare International



ORCID: 0000-0003-0722-3234

Słowa kluczowe: aborcja farmakologiczna, aborcja eugeniczna, aborcja farmakologiczna w warunkach domowych, mifepriston, metotreksat, mizoprostol, powikłania po aborcji

Rozdział 3

Aborcja farmakologiczna

1. Aborcja – definicja i techniki

Aborcja to inaczej zakończenie ciąży, samoistne lub wywołane sztucznie, przed osiągnięciem przez płód zdolności do życia poza organizmem matki. Taką definicję najczęściej spotyka się w podręcznikach ginekologii i położnictwa¹. Aborcja indukowana to wywołane medycznie (farmakologicznie) lub chirurgicznie zakończenie ciąży (*termination of pregnancy* – TOP). Definicja nie dotyczy więc dziecka, którego obecność w macicy matki jest w treści tej definicji pomijana; dotyczy ciąży, która jest fizjologicznym stanem organizmu kobiety, koniecznym, by doszło do przeżycia i prawidłowego rozwoju dziecka przed urodzeniem. Jest to celowe zniekształcenie definicji aborcji, bowiem bez względu na jej rodzaj działanie środków farmakologicznych lub zastosowanie narzędzi chirurgicznych jest skierowane przeciwko dziecku, a nie mechanizmom związanym z ciążą.

Te same źródła wyróżniają dwa rodzaje aborcji ze względu na ich przyczynę: tak zwaną aborcję terapeutyczną i aborcję elektywną. Jako powody aborcji terapeutycznej wskazuje się: chorobę matki, którą stan ciąży może pogorszyć, wrodzoną chorobę dziecka lub jego wadę rozwojową, a także sytuację, kiedy do ciąży doszło w wyniku przestępstwa. O aborcji elektywnej mówi się wówczas, gdy dochodzi do niej na żądanie matki, a żadna z wyżej wymienionych okoliczności nie występuje. W Polsce prawo przewiduje możliwość wykonania aborcji terapeutycznej (choć samo to określenie nie jest używane, bowiem ciąża nie jest chorobą wymagającą leczenia) według stanu prawnego po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r.² w przypadku dwóch z trzech wymienionych wyżej przesłanek: a więc w przypadku zagrożenia życia czy pogorszenia stanu zdrowia matki oraz gdy istnieje uzasadnione

1 Zob. np. *Abortion*, rozdział 9, [w:] F.G. Cunningham i in., *Williams Obstetrics*, 22nd edition, New York 2005, s. 231–252.

2 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. akt K 1/20, OTK-A 2021/4.

podejrzanie, że do ciąży doszło w wyniku czynu zabronionego. W 2020 r. w naszym kraju wykonano 1076 legalnych aborcji³. W tym samym roku 2020 liczba wykonanych aborcji w Stanach Zjednoczonych wyniosła ponad 620 tysięcy⁴, co stanowi mniej więcej jedną czwartą liczby żywych urodzeń.

Aborcja to szczególna procedura medyczna. Jej celem jest zabicie dziecka, jednak mimo to zleca się jej wykonanie przedstawicielom zawodów medycznych, co pozostaje w sprzeczności z ich etyką zawodową i powołaniem. Aborcje wykonuje się najczęściej u zdrowych kobiet, a skutki tej procedury są bardzo istotne dla etycznej oceny jej ubocznego działania na organizm matki. Obejmują różne problemy medyczne, wskazać jednak należy również na konsekwencje prawne, społeczne i etyczne. Ich ocena pozostaje utrudniona przez fakt, że w badaniach naukowych częstotliwość aborcji jest zaniżana. To z kolei prowadzi do zaniżania odnotowywania częstotliwości występowania różnorodnych następstw aborcji. Ponadto wspomnieć należy, że wiele kobiet przeżywających stres po aborcji odmawia uczestnictwa w badaniach naukowych⁵.

Aborcja jest wykonywana przy pomocy technik chirurgicznych, preparatów farmakologicznych albo przy użyciu kombinacji obu tych metod⁶. Techniki chirurgiczne obejmują rozszerzenie szyjki macicy i usunięcie w całości zawartości jamy macicy poprzez jej wyłyżeczkowanie lub odessanie, albo łączne zastosowanie tych metod. Do rozszerzenia szyjki macicy wykorzystuje się techniki chirurgiczne lub podaje się prostaglandyny do tylnego sklepienia pochwy. Odessanie jest wykonywane przy pomocy pompy mechanicznej lub ręcznej. W zaawansowanej ciąży wydobywanie ciała płodu w całości jest niemożliwe. Wykonuje się więc jego rozkawałkowanie i wydobywa na zewnątrz w częściach, po czym sprawdza ich kompletność. Następnie wykonuje się wyłyżeczkowanie jamy macicy w celu usunięcia tkanek trofoblastu lub łożyska. W niektórych państwach legalna jest w zaawansowanej ciąży procedura tak zwanej aborcji przez częściowe urodzenie (*partial birth abortion*), podczas której po urodzeniu tułowia dziecka dochodzi do odessania tkanki mózgowej, co umożliwia wydobywanie na zewnątrz główki dziecka. Aborcja chirurgiczna poprzedzona jest zwykle ogólnym znieczuleniem pacjentki. W Polsce stosuje się rozszerzenie szyjki macicy i wyłyżeczkowanie jako chirurgiczną procedurę aborcji przed 12. tygodniem ciąży.

3 Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2020 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/3743A1931AB10684C12588400056B25F/%24File/2261.pdf>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.

4 K. Kortsmitt i in., *Abortion Surveillance – United States, 2020*, „MMWR Surveillance Summaries” 2022, 71(SS-10), 1–27, <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7110a1>.

5 G. Pike, *Abortion and Women's Health. An evidence-based review for medical professionals of the impact of abortion on women's physical and mental health*, https://www.spuc.org.uk/Portals/0/Repository/Abortion%20and%20Womens%20Health_April%20-2017.pdf, data publikacji: 2017 r., dostęp: 17 listopada 2022 r.

6 L. Sanchez-Ramos, I. Delke, *Induction of Labor and Pregnancy Termination for Fetal Abnormality*, rozdz. 68, [w:] D.K. James i in., *High Risk Pregnancy: Management Options*, Philadelphia 2006, s. 1392–1425.

2. Aborcja farmakologiczna w pierwszym trymestrze ciąży

Aborcję farmakologiczną we wczesnej ciąży można wywołać poprzez podanie preparatów medycznych: antyprogesteronu o nazwie mifepriston (RU 486, ang. *mifepristone*) lub antymetabolitu o nazwie metotreksat (ang. *methotrexate*) oraz syntetycznej prostaglandyny o nazwie mizoprostol (ang. *misoprostol*). Zdaniem Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów aborcja farmakologiczna jest akceptowalną alternatywą dla aborcji chirurgicznej w wyselekcjonowanych przypadkach przed 49. dniem ciąży⁷. Wskazane wyżej środki prowadzą do aborcji poprzez wywołanie skurczów macicy (w przypadku mifepristonu i metotreksatu dokonuje się to na drodze zahamowania przeciwskurczowego działania naturalnego progesteronu obecnego w organizmie matki).

Mifepriston blokuje oddziaływanie naturalnego progesteronu, między innymi w obrębie macicy matki, poprzez zablokowanie progesteronowych receptorów błon komórkowych. W rezultacie przestaje prawidłowo funkcjonować trofoblast, co prowadzi do oddzielenia doczesnej od niego, zahamowania dostarczania przez nie do płodu tlenu oraz substancji odżywczych, a następnie do śmierci dziecka w wyniku niedożywienia i niedotlenienia. Dodatkowo mifepriston powoduje, że szyjka macicy matki staje się miękka, a jej kanał rozwiera się, mięsień macicy zaczyna się kurczyć, zwiększa się również jego wrażliwość na działanie prostaglandyn⁸. Preparat ten został zarejestrowany w 57 krajach świata, najpierw we Francji w 1988 r., następnie, w 1991 r., w Wielkiej Brytanii, w 2000 r. w Stanach Zjednoczonych, a w 2015 r. w Kanadzie. Przy jego pomocy wywołuje się obecnie ponad 60% aborcji w Europie i około 54 w Stanach Zjednoczonych.

Mizoprostol jest stosowany do zapobiegania powstawaniu wrzodów żołądka oraz ich leczenia, i do takich wskazań jest zarejestrowany w Polsce (jako preparat o nazwie Cytotec, zawierający substancję czynną mizoprostol). Podany kobiecie ciężarnej, która zażyła wcześniej mifepriston, wywołuje skurcze macicy i całkowite lub niecałkowite wydalenie na zewnątrz martwego zarodka i trofoblastu. Jeżeli w wyniku skurczów macicy nie dojdzie do całkowitego opróżnienia macicy z tkanek zarodka czy trofoblastu, to po stwierdzeniu tego faktu wykonuje się, przy pomocy ultrasonografii, procedurę wyłuszczenia jamy macicy. Producent przestrzega przed stosowaniem

7 The American College of Obstetricians and Gynecologists, *Medical management of abortion*, „ACOG Practice Bulletin” 2001, 26.

8 E. Johannisson i in., *Vascular changes in the human endometrium following the administration of the progesterone antagonist RU 486*, „Contraception” 1989, 39(1), s. 103–107, [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(89\)90019-X](https://doi.org/10.1016/0010-7824(89)90019-X).

mizoprostolu poza wskazaniami gastrologicznymi, ze względu na możliwość powstania objawów ubocznych i powikłań.

Preparat medyczny zawierający metotreksat ma działanie antymetaboliczne, hamuje podziały komórkowe, wykorzystuje się go przede wszystkim w leczeniu nowotworów. Podobnie jak mifepriston jest teratogenem, może wywołać wady rozwojowe płodu. Dlatego też kobieta, u której nie doszło do poronienia pomimo podania jednego lub obu tych środków, choć donosi ciążę, powinna liczyć się z możliwością wystąpienia wad rozwojowych u dziecka.

2.1. Metody wykonania i przebieg kliniczny aborcji farmakologicznej

W celu wykonania aborcji zwykle w pierwszej kolejności podawany jest mifepriston lub metotreksat, a po pewnym czasie mizoprostol. Najczęściej stosuje się najpierw mifepriston w dawce 100–600 mg doustnie, a potem, po 6–72 godzinach, mizoprostol w dawce 400 µg doustnie lub 800 µg dopochwowo. W niektórych krajach oba preparaty są dostępne w postaci jednej doustnej tabletki (Mifegymiso). Jako przeciwwskazania do farmakologicznej aborcji wskazuje się uczulenia, ciężką anemię, zaburzenia krzepnięcia krwi, nieprawidłowe krwawienia, ciężkie choroby wątroby lub układu sercowo-naczyniowego, przewlekłą niewydolność kory nadnerczy, wrodzoną porfirię, obecność w macicy wkładki antykoncepcyjnej oraz choroby leczone glikokortykoidami.

Organizacja U.S. Food and Drug Administration (FDA) zalecała początkowo podanie obu środków przez personel medyczny. Wówczas, jeżeli dochodziło do poronienia w ciągu czterech godzin, pacjentka była badana przed wypisaniem z placówki medycznej. Jeżeli do poronienia nie dochodziło, pacjentka była zapraszana na ponowne badanie po tygodniu lub dwóch z zaleceniem wcześniejszego zgłoszenia się w przypadku obfitego krwawienia.

W 2021 roku, kiedy doszło do pewnych problemów z funkcjonowaniem opieki medycznej w związku z pandemią COVID-19, postanowiono ułatwić kobietom dostęp do aborcji farmakologicznej. Zalecano, by korzystać z telemedycyny, preparaty poronne wysyłać pocztą i zrezygnować z obowiązkowej przedtem konsultacji lekarskiej oraz badania ultrasonograficznego przed podaniem środków wywołujących aborcję.

Obecnie FDA rekomenduje, by w celu dokonania aborcji farmakologicznej kobieta sama połknęła tabletkę Mifeprex zawierającą 200 mg mifepristonu. Następnie, od 24 do 48 godzin później należy między zębami a policzkiem po obu stronach jamy

ustnej umieścić na 30 minut dwie tabletki zawierające 200 µg mizoprostolu i potem zawartość jamy ustnej połknąć⁹. Wskazany protokół postępowania dotyczy ciąży przed upływem 70. dnia od pierwszego dnia ostatniej miesiączki. Zwykle po upływie od 1 do 4 godzin po zażyciu preparatu zawierającego mizoprostol dochodzi do skurczowych bólów brzucha i krwawienia z pochwy, w ramach którego mogą pojawić się skrzepy krwi i fragmenty tkanek. Objawy są podobne do tych, które występują podczas samodzielnego poronienia. Cała procedura odbywa się w domu kobiety, a zatem bez pomocy medycznej oraz psychologicznego wsparcia.

Farmakologiczna metoda aborcji jest często stosowana na Zachodzie. Prawie 43% aborcji wykonanych w Stanach Zjednoczonych przez organizację Planned Parenthood w 2014 r. zostało przeprowadzonych z wykorzystaniem tej metody. W tym samym roku aborcje farmakologiczne stanowiły 31% wszystkich aborcji wykonanych w USA w warunkach ambulatoryjnych; w 2020 r. odsetek ten wzrósł do 53%¹⁰. Aborcja przeprowadzona we wczesnej ciąży ma być efektywna w 90–98% przypadków¹¹. W około 5% przypadków zachodzi konieczność wykonania procedury chirurgicznej z powodu niekompletnego poronienia.

2.2. Powikłania aborcji farmakologicznej wykonanej w pierwszym trymestrze ciąży

W badaniu opublikowanym w 2016 r. stwierdzono, że powikłania po aborcji farmakologicznej mogą obejmować: obfite krwawienia, silny ból brzucha, infekcję, biegunkę i niedokonane poronienie wymagające interwencji chirurgicznej. Powikłania te występują cztery razy częściej niż po aborcji chirurgicznej¹². Badania przeprowadzone w Szwecji (gdzie aborcje farmakologiczne stanowią 88% wszystkich aborcji) pokazują, że wskaźnik powikłań po aborcji farmakologicznej, głównie zakażeń i poronień niedokonanych, wzrósł z 4,2% w 2008 r. do 8,2% w 2015 r.¹³

Również w wydanej w 2015 r. opinii organizacji ginekologów katolickich MaterCare International (MCI) podkreślono, że aborcja farmakologiczna powoduje u 23% kobiet

9 U.S. Food & Drug Administration (FDA), *Mifeprex Medication Guide*, <https://www.fda.gov/media/72923/download>, aktualizacja: marzec 2016 r., dostęp: 17 listopada 2022 r.

10 Według danych Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i Guttmacher Institute. Za: J. Diamant i B. Mohamed, *What the data says about abortion in the U.S.*, <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2023/01/11/what-the-data-says-about-abortion-in-the-u-s-2/>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.

11 R. Hausknecht, *Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States*, „Contraception” 2003, 67(6), s. 463–470, [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(03\)00049-0](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(03)00049-0).

12 U.D. Upadhyay i in., *Incidence of emergency department visits and complications after abortion*, „Obstetrics & Gynecology” 2015, 125(1), s. 175–183, <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000603>.

13 I. Carlsson, K. Breding, P.-G. Larsson, *Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study*, „BMC Woman's Health” 2018, 18(1), article number: 158, <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0645-6>.

objawy uboczne: mdłości, wymioty, biegunkę, bóle brzucha, bóle głowy i gorączkę. Cała procedura stanowi przyczynę częstych wizyt u lekarza, czasem hospitalizacji. Obserwowanie przez matkę obfitego krwawienia z pochwy, zawierającego czasem fragmenty zarodka i trofoblastu, wywołuje nierzadko wysoki poziom stresu. Do zgonów dochodzi najczęściej u młodych matek z powodu obfitego krwotoku, zakażenia oraz nierozpoznannej ciąży pozamacicznej: matka może traktować objawy ciąży pozamacicznej jako następstwo wywołanej aborcji, nie zdając sobie sprawy z niebezpieczeństwa krwotoku wewnętrznego. Według opinii specjalistów z MCI aborcja farmakologiczna została wprowadzona w Kanadzie w celu masowej eksterminacji nienarodzonych dzieci we wczesnym okresie ciąży. Zdaniem tej organizacji spowoduje to cały szereg niekorzystnych następstw dla mieszkańców tego kraju, wśród których wskazuje się: nieodpowiedzialne zachowania seksualne, zwiększenie częstości występowania chorób przenoszonych drogą płciową, następnie niepłodność, a także bezpośrednie implikacje zdrowotne masowo wykonywanej aborcji (depresja, narkomania, samobójstwa, przedwczesne porody, rak piersi). W konsekwencji liczyć należy się z niekorzystnym wpływem na zdrowie prokreacyjne kobiet i zdrowie psychiczne rodzin. Wczesny, łatwy dostęp do aborcji przyczynia się do skrócenia czasu dla rodziców na przemyślenie podejmowanej decyzji i zastanowienie się nad alternatywnymi rozwiązaniami¹⁴.

Należy zaznaczyć, że ogólny wskaźnik zgonów matek po aborcji farmakologicznej jest ponad dziesięciokrotnie większy w porównaniu z wczesną aborcją chirurgiczną¹⁵. Zakażenia mają miejsce tak często, ponieważ oba środki stosowane w procedurze aborcji farmakologicznej osłabiają odpowiedź immunologiczną w organizmie kobiety¹⁶.

Aborcja farmakologiczna jest niebezpieczna również w kontekście zastosowania jej w przypadku niezdiagnozowania ciąży pozamacicznej. Do ciąży pozamacicznej dochodzi wówczas, kiedy zarodek zagnieźdża się poza jamą macicy, na przykład w jajowodzie. Różnicowanie objawów ciąży pozamacicznej z powikłaniami ciąży umiejscowionej w macicy jest trudne, ponieważ podobne objawy (ból brzucha, krwawienie) występują w obu sytuacjach. Jeżeli kobieta, u której zarodek zagnieździł się poza jamą macicy, otrzyma mifepriston, ryzyko pęknięcia jajowodu i krwotoku wewnętrznego jest bardzo duże. Podanie tego środka kobiecie w ciąży, u której nie wykluczono przedtem ciąży pozamacicznej, naraża ją na duże niebezpieczeństwo.

14 MaterCare International statement on the decision by Health Canada to approve medical abortion pill, <https://www.fiamc.org/bioethics/statement-on-medical-abortion-pill-in-canada/>, data publikacji: 21 sierpnia 2015 r., dostęp: 17 listopada 2022 r.

15 M. Green, *Fatal infections associated with mifepristone – induced abortion*, „The New England Journal of Medicine” 2005, 353(22), s. 2317–2318, <https://doi.org/10.1056/NEJMp058260>.

16 R.P. Miech, *Pathophysiology of mifepristone – induced septic shock due to Clostridium sordellii*, „The Annals of Pharmacotherapy” 2005, 39(9), s. 1483–1488, <https://doi.org/10.1345/aph.1G189>.

Tym większe wówczas, kiedy aborcja jest przeprowadzana w warunkach domowych i nie ma możliwości szybkiej kontroli lekarskiej.

Organizacja FDA podaje, że do końca 2018 r. ponad cztery tysiące kobiet w Stanach Zjednoczonych doznało ubocznych skutków stosowania mifepristonu w celu terminacji ciąży. Wśród nich były 24 zgony, 1042 hospitalizacje, 599 transfuzji krwi i 412 zakażeń, w tym 69 ciężkich¹⁷. Prawdopodobnie prawdziwa liczba powikłań jest dużo większa, ponieważ lekarze nie są zobowiązani do ich raportowania, a jakość procesu zbierania informacji nie była właściwa¹⁸. Pacjentki zgłaszające się do szpitala z powodu powikłań często nie informowały o podjętej przez nie próbie aborcji. Poronienie było zatem kwalifikowane jako samoistne. Zdarzało się, że organizacje promujące aborcję nakłaniały kobiety szukające pomocy medycznej z powodu powikłań po aborcji, by nie informowały personelu medycznego o fakcie połknięcia tabletek ją wywołujących¹⁹.

2.3. Aborcja farmakologiczna i chirurgiczna we wczesnej ciąży

Jak już wyżej wspomniano, częstotliwość powikłań po aborcji farmakologicznej jest większa niż po aborcji chirurgicznej wykonanej we wczesnej ciąży. Obie techniki zostały wynalezione w celu zabijania nienarodzonych dzieci, ale dla matki aborcja farmakologiczna jest statystycznie częściej niebezpieczna niż aborcja chirurgiczna – może prowadzić do śmierci. W badaniu wykonanym w Finlandii w latach 2000–2006 na grupie prawie 50 tysięcy kobiet, u których wykonano zabieg aborcji przed 63. dniem ciąży, wykazano, że wczesne powikłania po aborcji farmakologicznej występowały czterokrotnie częściej niż po aborcji chirurgicznej. Krwotok wystąpił po aborcji farmakologicznej u 15,6% kobiet (w porównaniu do 2,1% w przypadku aborcji chirurgicznej), pozostawienie tkanek płodu w macicy u 6,7% kobiet (w porównaniu do 1,6% w przypadku aborcji chirurgicznej)²⁰. Inne badania również wskazują, że po zastosowaniu aborcji farmakologicznej częściej dochodzi do krwotoku, zakażenia, zatrzymania tkanek w macicy matki, częściej także ciąża jest kontynuowana²¹. Chirurgiczna kontrola jamy macicy spowodowana przez pozostawienie w niej tkanek dokonywana jest sześć razy częściej po aborcji farmakologicznej. Ta procedura

17 U.S. Food & Drug Administration (FDA), *Mifepristone U.S. Postmarketing Adverse Events Summary Through 12/31/2018*, <https://www.fda.gov/media/112118/download>, dostęp: 17 listopada 2022 r.

18 M.M. Gary, D.J. Harrison, *Analysis of severe adverse events related to the use of Mifepristone as an abortifacient*, „The Annals of Pharmacotherapy” 2006, 40(2), s. 1, <https://doi.org/10.1345/aph.1G481>.

19 Women help Women, *Will a doctor be able to tell you if you've taken abortion pill*, <https://womenhelp.org/en/page/1093/will-a-doctor-be-able-to-tell-if-you-ve-taken-abortion-pills>, data publikacji: wrzesień 2019 r., dostęp: 8 maja 2022 r.

20 M. Niinimäki i in., *Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy*, „Obstetrics & Gynecology” 2009, 114(4), s. 795–804, <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b5ccf9>.

21 U.D. Upadhyay i in., dz. cyt.

chirurgicznej kontroli, wykonywana zwykle w trybie pilnym, wymaga dostępności środków i bazy medycznej, transportu, bloków operacyjnych, personelu i jego czasu, co zwiększa koszty ponoszone przez pacjentkę lub system ochrony zdrowia²².

W tak zwanej informacji o produkcie (*product information* – PI) dla środka MS-2 Step zawierającego mifepristion i mizoprostol wskazano na potrzebę stosownej opieki po przeprowadzeniu aborcji farmakologicznej. Zaleca się, by po zażyciu środka poronnego „kobieta pozostawała w niedalekiej odległości od ośrodka medycznego, gdzie mogłaby w każdej chwili, w przypadku ciężkiego, przewlekającego się krwawienia otrzymać odpowiednią pomoc”²³. Stowarzyszenie Amerykańskich Położników i Ginekologów w swoim biuletynie z 2014 r. stwierdza, że „w porównaniu z aborcją chirurgiczną wykonanie aborcji farmakologicznej zabiera więcej czasu, wymaga bardziej aktywnej współpracy pacjentki i związane jest z częstszym występowaniem bólów i krwawienia”²⁴. Wymóg podania mizoprostolu w czasie od 24 do 48 godzin po zażyciu mifepristonu powoduje, że kobieta powinna być przyjęta do szpitala lub dwukrotnie zgłosić się do ośrodka medycznego.

2.4. Aborcja farmakologiczna w warunkach domowych

Organizacje zrzeszające lekarzy w niektórych krajach zachodnich (na przykład Brytyjskie Stowarzyszenie Ginekologów i Położników) czy, jak wspomniano wyżej, amerykańska agencja rządowa FDA promują jednak aborcję farmakologiczną jako metodę, która umożliwia bezpieczne zakończenie ciąży w warunkach domowych, co ma być szczególnie ważne dla osób mieszkających daleko od centrów miejskich. Ma ona zabezpieczać przed opóźnieniem związanym z wykonaniem procedury aborcji w ośrodku medycznym oraz pozwalać „zaoszczędzić” czas pracy tych ośrodków na rzecz innych zabiegów medycznych. Jako racje przemawiające za aborcją dokonywaną w domu wskazuje się też: możliwość zachowania prywatności pacjentki, lepszego wsparcia ze strony rodziny lub zaplanowania czasu i miejsca aborcji, by zminimalizować okres nieobecności w pracy czy zorganizować opiekę dla dzieci; podkreśla się także możliwość uniknięcia kłopotliwego krwawienia podczas podróży ze szpitala do domu i proponuje sposoby postępowania z poronionymi tkankami (zarodkiem i trofoblastem)²⁵.

22 *Pregnancy Outcome in South Australia*, <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/pregnancy+outcome+in+south+australie+2016>, dostęp: 8 maja 2020 r.

23 Australian product information: MS-2-STEP (Mifepristone and Misoprostol) Tablets, <https://www.ebs.tga.gov.au/ebs/picmi/picmirepository.nsf/pdf?OpenAgent&id=CP-2014-PI-01965-1&d=202004151016933pg19>, dostęp: 8 maja 2022 r.

24 The American College of Obstetricians and Gynecologists, Practice Bulletin, *Medical management of first trimester abortion*, „ACOG Practice Bulletin” 2014, 143.

25 J. Lord i in., *Early medical abortion: best practice now lawful in Scotland and Wales but not available to women in England*, „BMJ Sexual & Reproductive Health Care” 2018, 44, s. 155–158, <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2018-200134>.

Propagatorzy aborcji farmakologicznej przedstawiają argument, że ta metoda w porównaniu z aborcją chirurgiczną rzadziej jest przyczyną stresu u kobiet i jest przez nie preferowana. Wydaje się jednak, że ten rodzaj aborcji, szczególnie w przypadku wykonywania jej w domu, łączy się ze zwiększoną reakcją depresyjną oraz poczuciem winy matki wywołanymi przez fakt, że cała procedura aborcji trwająca kilkanaście godzin wykonywana jest przez nią osobiście, w izolacji i stresie, bez udziału personelu medycznego i wymaga samodzielnego zajęcia się poronionymi tkankami dziecka.

Problem bezpieczeństwa aborcji farmakologicznej wykonywanej w warunkach domowych był podnoszony w związku z pojawiającymi się żądaniem, by lekarze w czasie pandemii COVID-19, kiedy dostęp do gabinetów lekarskich pozostawał utrudniony, przepisywali środki do aborcji farmakologicznej do samodzielnego zastosowania w ramach porad telemedycznych. Taki sposób działania miał być oficjalnie podyktowany chęcią uchronienia kobiety w ciąży przed ekspozycją na infekcję w poradni lekarskiej. W rzeczywistości chodziło raczej o zyski finansowe, których osiągnięcie było zagrożone podczas pandemii.

Aborcja farmakologiczna w warunkach domowych jest obecnie propagowana w tych stanach Ameryki Północnej, w których po ostatnich zmianach w prawie dostęp do aborcji jest utrudniony. Możliwość otrzymania pocztą środków poronnych eliminuje konieczność podróżowania do innego stanu, gdzie obowiązuje liberalne prawo aborcyjne²⁶. Naraża to dużą liczbę matek na ryzyko poważnych powikłań zdrowotnych.

Zdalne zlecenie wykonania aborcji farmakologicznej w domu pozbawia kobietę możliwości uzyskania porady przedaborcyjnej, a także kontroli po wykonaniu procedury. W celu ustalenia ryzyka w danym, indywidualnym przypadku, niezbędna jest rozmowa z lekarzem, zebranie przez niego wywiadu, poinformowanie o ryzyku, możliwości powikłań, przeprowadzenie badania przedmiotowego. Konieczne jest wykrycie stanów, które stanowią przeciwwskazanie do aborcji farmakologicznej. Należy wykonać badanie ginekologiczne, aby wykluczyć obecność guzów czy zakażenia w obrębie miednicy małej, a także badanie ultrasonograficzne w celu między innymi określenia wieku ciąży oraz wykluczenia obecności ciąży ektopowej. Podczas rozmowy z pacjentką można wykryć wywieraną na kobiecie presję lub przymus, żeby dokonała aborcji. Rozmowy te powinny odbyć się jeszcze przed ewentualną aranżacją procedury, by pozostawić czas do namysłu. Tymczasem w czasie pandemii COVID-19 zalecano rezygnację z tych zasad – i nadal się ją zaleca. Z reguły

26 P. Belluck, *F.D.A. will permanently allow abortion pills by mail*, „New York Times”, 16 grudnia 2021 r., <https://www.nytimes.com/2021/12/16/health/abortion-pills-fda.html>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.

nie wykonuje się także profilaktyki konfliktu serologicznego u kobiet RD ujemnych poddających się aborcji metodą *do it yourself*.

Wczesne wykrycie powikłań po aborcji, w tym psychologicznych, i podjęcie bezwzględnie odpowiedniego postępowania jest również trudne bez utrzymania kontaktu z lekarzem. Kobieta w takiej sytuacji pozostaje w domu samotna i bezbronna. Bezrefleksyjna akceptacja aborcji farmakologicznej przeprowadzanej za pomocą telemedycyny trywializuje powagę procesu podejmowania decyzji i odpowiedzialność lekarza, a także osłabia relacje pacjentki z lekarzem²⁷.

W czasie epidemii COVID-19 telemedycyna rozwijała się w różnych specjalnościach. Jednak wydaje się, że czym innym jest przeprowadzona zdalnie konsultacja lub zapisywanie leków na odległość w chorobie przewlekłej, a czym innym rozpoczęcie postępowania aborcyjnego. Zdecydowanie inny ciężar ma zlecenie na odległość niebezpiecznej dla zdrowia, a nawet życia matki procedury medycznej, której celem jest zabicie zarodka – człowieka we wczesnym okresie życia.

2.5. Odwrócenie skutków wczesnej aborcji farmakologicznej

Zdarza się, że kobieta wkrótce po przyjęciu pigułki poronnej żałuje swojego czynu i pragnie odwrócić jego skutki. Aborcja farmakologiczna dokonana przy pomocy mifepristonu, ale przed podaniem mizoprostolu, jest potencjalnie odwracalna przy pomocy progesteronu. Mifepriston jest antagonistą progesteronu, więc zwiększenie stężenia progesteronu we krwi kobiety ciężarnej może zmniejszać jego poronny efekt. Po potwierdzeniu efektywności, jeśli chodzi o możliwość odwracania działania poronnego mifepristonu w badaniach na zwierzętach, udowodniono skuteczność tego postępowania u ludzi w pewnym odsetku przypadków. Procedura ta określana jest jako APR (*abortion pill reversal*). Po jej zastosowaniu konieczna jest kilkukrotna kontrola ultrasonograficzna w celu wykluczenia obecności ciąży pozamacicznej. W badaniu wykonanym na grupie 547 pacjentek, którym podano progesteron tak szybko, jak to było możliwe po uprzedniej aplikacji mifepristonu, i u których kontynuowano terapię do końca pierwszego trymestru ciąży, uzyskano utrzymanie ciąży w 48% przypadków. Odsetek wad wrodzonych u dzieci nie był wyższy niż w ogólnej populacji. Procedura okazała się skuteczna i bezpieczna²⁸. W niektórych krajach funkcjonują tak zwane gorące linie telefoniczne, w ramach których zainteresowane kobiety mogą otrzymać informacje na temat procedury APR.

27 D. Grossman i in., *Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine*, „Obstetrics & Gynecology” 2011, 118(2 Part 1), s. 296–303, <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318224d110>.

28 G. Delgado i in., *A case series detailing the successful reversal of the effects of mifepristone using progesterone*, „Issues in Law and Medicine” 2018, 33(1), s. 1–14.

3. Aborcja farmakologiczna w drugim trymestrze ciąży z powodów eugenicznych

W procedurze aborcji wykonywanej w drugim trymestrze ciąży (przed upływem 24. tygodnia) ze względu na wady wrodzone lub chorobę dziecka znalazła zastosowanie metoda farmakologiczna polegająca na podaniu mifepristonu wraz z doustną lub dopochwową aplikacją mizoprostolu, a także oksytocyny we wlewie dożylnym i dopiero ewentualnym wykonaniem rozszerzenia szyjki macicy (przy pomocy cewnika Foleya). Opisana metoda zastąpiła tym samym metodę mechanicznego rozszerzenia szyjki macicy i ewakuacji części ciała dziecka przy pomocy narzędzi chirurgicznych. Procedura ta była w Polsce legalna w ramach tzw. aborcji eugenicznej do momentu osiągnięcia przez dziecko zdolności do życia poza organizmem matki. Po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 roku nie jest w Polsce wykonywana. W ponad 90% przypadków tego rodzaju aborcji dochodzi do niej przed upływem 24 godzin od momentu rozpoczęcia procedury, a średni czas pomiędzy indukcją aborcji a urodzeniem dziecka wynosi sześć godzin.

Dziecko najczęściej rodzi się w całości, co umożliwia zbadanie jego ciała i dokonanie weryfikacji trafności rozpoznania choroby lub wady rozwojowej dokonanego w diagnostyce prenatalnej. Tej możliwości w Polsce nie wykorzystywano, ponieważ nie było obowiązku weryfikacji rozpoznania na podstawie pośmiertnego badania płodu. Możliwość obejrzenia dziecka przez rodziców i pogrzebania jego ciała miała być czynnikiem łagodzącym poczucie winy i przeżycia psychologiczne związane z aborcją, miała także stanowić argument za farmakologiczną aborcją eugeniczną. Dziecko po aborcji wykonanej w drugim trymestrze ciąży metodą chirurgiczną jest zwykle wydobywane w częściach, co przez rodziców nie byłoby akceptowane²⁹.

W przypadku około 5–10% aborcji farmakologicznych wykonywanych w drugim trymestrze ciąży z powodów eugenicznych dziecko rodzi się żywe. Powinno być wtedy poddane resuscytacji, a jego późniejsza śmierć, jeżeli doszło do niej po 22. tygodniu ciąży, powinna zostać odnotowana jako zgon okołoporodowy w dokumentacji oddziału. Aby uniknąć tej kłopotliwej sytuacji rodzącej dylematy medyczne, etyczne i prawne, w krajach, w których procedura aborcji eugenicznej jest legalna, w niektórych klinikach przed jej wykonaniem wstrzykuje się (pod kontrolą ultrasonograficzną) do serca płodu poprzez powłoki brzuszne matki roztwór chlorku potasu lub digoksyny³⁰.

29 C.R. Geerinck-Vercammen, H.H.H. Kanhai, *Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment*, „Prenatal Diagnosis” 2003, 23(7), s. 543–548, <https://doi.org/10.1002/pd.636>.

30 A. Elimian, U. Verma, N. Tejani, *Effect of causing fetal cardiac asystole on second trimester abortion*, „Obstetrics & Gynecology” 1999, 94(1), s. 139–141, [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(99\)00273-2](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(99)00273-2).

3.1. Wczesne powikłania aborcji wykonanej w drugim trymestrze ciąży

Aborcja eugeniczna wykonywana metodą farmakologiczną w drugim trymestrze ciąży jest uznawana za procedurę względnie bezpieczną. Prostaglandyna (mizoprostol) jest częstą przyczyną mdłości, wymiotów i biegunki (w około 30% przypadków), podobne objawy uboczne mogą wystąpić po zastosowaniu oksytocyny. Najczęstsze powikłania w tego rodzaju aborcji to: pozostawienie w macicy resztek łożyska, zakażenie, pęknięcie macicy, krwotok, przebicie macicy oraz uszkodzenie szyjki macicy. Za niekorzystne następstwa farmakologicznej aborcji eugenicznej uważa się również urodzenie się żywego dziecka.

Aborcja, bez względu na metodę wykonania, niesie ze sobą ryzyko wystąpienia ciężkich, ostrych powikłań. Należą do nich: zator płynem owodniowym, wstrząs, ostry skurcz oskrzeli, zatrzymanie czynności serca. Zgony matek występują z częstotliwością 0,7 na 100 tysięcy procedur. Ryzyko śmierci wzrasta wraz ze stopniem zaawansowania abortowanej ciąży – dwukrotnie dla każdych dwóch kolejnych tygodni ciąży powyżej ośmiu tygodni³¹.

Pozostawienie w macicy resztek tkanek łożyska (około 22% przypadków aborcji farmakologicznych wykonywanych w drugim trymestrze ciąży) może spowodować krwotok lub zakażenie i wymaga przeprowadzenia zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy. Rzadziej (od 0,4 do 2% przypadków) dochodzi do zakażenia po aborcji. Jego wystąpieniu sprzyjają młody wiek matki bądź pierwsza ciąża. Obfity krwotok zdarza się jeszcze rzadziej (0,15% przypadków). Tego powikłania można spodziewać się po aborcji wykonanej w zaawansowanej ciąży, u starszej wieloródki lub po cięciu cesarskim w poprzedniej ciąży. Krwotok bywa też następstwem mechanicznego uszkodzenia macicy, przyrośniętego łożyska albo zaburzeń krzepnięcia krwi. Pęknięcie lub przebicie macicy jest wskazaniem do natychmiastowej operacji³². Uszkodzenie szyjki macicy, które po farmakologicznej aborcji występuje rzadziej niż po aborcji chirurgicznej, w drugim trymestrze ciąży wymaga czasem zszycia. Niejednokrotnie bywa ono przyczyną późniejszych przedwczesnych porodów³³.

W badaniu opublikowanym w 2021 r. dotyczącym powikłań po aborcji farmakologicznej wykonanej po 13. tygodniu ciąży w ramach korzystania z usług telemedycyny

31 M. Gissler i in., *Pregnancy associated mortality after birth, spontaneous abortion or induced abortion in Finland, 1987–2000*, „American Journal of Obstetrics & Gynecology” 2004, 190(2), s. 422–430, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.08.044>.

32 B.R. Pridmore, D.G. Chambers, *Uterine perforation during surgical abortion. A review of diagnosis, management and prevention*, „The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology” 1999, 39, s. 349–353, <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.1999.tb03413.x>.

33 R.B. Kalish i in., *Impact of midtrimester dilation and evacuation on subsequent pregnancy outcome*, „American Journal of Obstetrics & Gynecology” 2001, 187(4), s. 882–885, <https://doi.org/10.1067/mob.2002.127139>.

u 29% kobiet stwierdzono obfite krwawienie lub gorączkę; 43% tych kobiet szukało pomocy medycznej z powodu powikłań³⁴.

3.2. Odległe następstwa aborcji

Odległe następstwa aborcji są najczęściej przedmiotem badań obserwacyjnych, czynniki zakłócające i tak zwany bias mogą zaburzać trafność ich wyników.

Zakażenia będące następstwem aborcji mogą stanowić przyczynę późniejszych problemów z płodnością i większej częstotliwości ciąż pozamacicznych. Wyłyżeczkowanie macicy może sprzyjać pojawieniu się powikłań łożyskowych w kolejnych ciążach. Badania dotyczące wpływu aborcji na rozwój raka piersi przyniosły niejednorodne wyniki. Kontrowersje nie dotyczą jednak faktu, że donoszenie pierwszej ciąży ma efekt protekcyjny. Oznacza to, że ryzyko rozwoju raka piersi jest większe u kobiety, u której dokonano aborcji pierwszej ciąży w porównaniu z kobietą, która pierwsze dziecko urodziła³⁵. W latach 1982–2005 stwierdzono w Indiach prawie dwukrotny wzrost częstotliwości występowania raka piersi u kobiet. Wiek największej zapadalności kobiet na tę chorobę jest o 10 lat wcześniejszy niż w innych krajach. Zjawiska te łączone są z wysoką częstotliwością wczesnych aborcji wykonywanych w tym kraju z powodu żeńskiej płci dziecka³⁶.

Przedmiotem badań naukowych jest również związek aborcji z przedwczesnymi porodami w przypadku kolejnych ciąż. Okazuje się, że o ile aborcja chirurgiczna może zwiększać prawdopodobieństwo przedwczesnego zakończenia następnej ciąży, to aborcja farmakologiczna nie ma takiego wpływu³⁷. Powszechnie znany i uznawany naukowo jest fakt, że aborcja prowadzi do zaburzeń emocjonalnych, depresji czy zespołu stresu pourazowego.

W obserwacyjnym badaniu organizacji Support After Abortion u 24% kobiet poddanych wczesnej aborcji farmakologicznej stwierdzono obecność depresji, niepokoju i nadużywanie substancji psychoaktywnych³⁸.

34 N. Kapp i in., *Medical abortion at 13 or more weeks gestation provided through telemedicine: A retrospective review of services*, „Contraception: X” 2021, Vol. 3, 100057, <https://doi.org/10.1016/j.conx.2021.100057>.

35 I.H. Russo, J. Russo, *Pregnancy – induced changes in breast cancer risk*, „Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia” 2011, 16(3), s. 221–233, <https://doi.org/10.1007/s10911-011-9228-y>.

36 S. Malvia i in., *Epidemiology of Breast cancer in Indian women*, „The Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology” 2017, 13(4), s. 1–11, <https://doi.org/10.1111/ajco.12661>.

37 M. Malosso i in., *US trends in abortion and preterm birth*, „Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine” 2017, 31(18), s. 1–5, <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1344963>.

38 E. Smith Dallabrida, *Study shows long-term negative impact of medication abortion (White Paper, October 2022)*, <https://supportafterabortion.com/wp-content/uploads/2022/10/Study-Shows-Long-Term-Negative-Impact-of-Medication-Abortion.pdf>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.

Proaborcyjna organizacja Women on Web opublikowała relacje kobiet, które przeszły aborcję farmakologiczną. Wiele z nich cierpiało z powodu przewlekłego emocjonalnego bólu³⁹.

Zbiorcza analiza 22 opublikowanych prac dotyczących tej tematyki, oparta na badaniach ponad 800 tysięcy kobiet wykazała, że na skutek aborcji dochodzi do zwiększenia o 81% ryzyka problemów psychicznych, o 37% – poważnych następstw depresyjnych, o 110% – nadużywania alkoholu, a o 155% – prób samobójczych⁴⁰. Powyższe konsekwencje występują szczególnie często w przypadku aborcji eugenicznej wykonanej ze względu na wady i wrodzone choroby u dzieci.

Aborcja farmakologiczna postrzegana jest jako metoda mniej inwazyjna niż procedura chirurgiczna, łącząca się z mniejszym cierpieniem dziecka. Okazuje się jednak, że tak nie jest. Aborcja tego rodzaju wykonywana w pierwszym trymestrze ciąży jest bardziej niebezpieczna dla matki niż aborcja chirurgiczna, a wykonywana w drugim trymestrze zwykle z powodów eugenicznych prowadzi do ogromnego cierpienia dziecka duszącego się w kanale rodny matki.

Coraz częściej stosowana na świecie, także w Polsce, aborcja farmakologiczna jest przyczyną śmierci ogromnej liczby dzieci, poważnych, groźnych dla zdrowia i życia powikłań zdrowotnych u matek, zakłóca późniejsze zdrowie prokreacyjne i dobrostan psychiczny kobiet. Nie zważając na to, pod pretekstem pandemii COVID-19 zdecydowano, by matki same, bez nadzoru medycznego i odpowiedniego wsparcia psychologicznego, brały w domu śmiertelne dla dziecka i szkodliwe dla ich zdrowia preparaty. Leży to w interesie biznesu aborcyjnego.

Tymczasem zwiększa się liczba poważnych powikłań po aborcji farmakologicznej⁴¹. Sprawą bardzo istotną jest zatem przekazywanie wiarygodnych informacji pracownikom służby zdrowia i całemu społeczeństwu.

39 Women on Web, *I had an abortion*, <https://www.womenonweb.org/en/page/488/i-had-an-abortion>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.

40 P.K. Coleman, *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009*, „The British Journal of Psychiatry” 2011, 199(3), s. 180–186, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230>.

41 R.K. O'Bannon, *Data from British Hospitals Show At-Home Chemical Abortions Considerably Less Safe, Effective than Advertised*, <https://www.nationalrighttolifeneews.org/2021/12/data-from-british-hospitals-show-at-home-chemical-abortions-considerably-less-safe-effective-than-advertised/>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.

Bibliografia

Literatura

- » American College of Obstetricians and Gynecologists, *Medical management of abortion*, „ACOG Practice Bulletin” 2001, 26.
- » American College of Obstetricians and Gynecologists, Practice Bulletin, *Medical management of first trimester abortion*, „ACOG Practice Bulletin” 2014, 143.
- » Carlsson I., Breding K., Larsson P.-G., *Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study*, „BMC Woman's Health” 2018, 18(1), article number: 158, <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0645-6>.
- » Coleman P.K., *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009*, „The British Journal of Psychiatry” 2011, 199(3), <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230>.
- » Cunningham F.G. i in., *Abortion*, rozdział 9, [w:] *Williams Obstetrics*, 22nd edition, New York 2005.
- » Diamant J., Mohamed B., *What the data says about abortion in the U.S.*, <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2023/01/11/what-the-data-says-about-abortion-in-the-u-s-2/>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.
- » Delgado G. i in., *A case series detailing the successful reversal of the effects of mifepristone using progesterone*, „Issues in Law and Medicine” 2018, 33(1).
- » Elimian A., Verma U., Tejani N., *Effect of causing fetal cardiac asystole on second trimester abortion*, „Obstetrics & Gynecology” 1999, 94(1), [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(99\)00273-2](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(99)00273-2).
- » Gary M.M., Harrison D.J., *Analysis of severe adverse events related to the use of Mifepristone as an abortifacient*, „The Annals of Pharmacotherapy” 2006, 40(2), <https://doi.org/10.1345/aph.1G481>.
- » Geerinck-Vercammen C.R., Kanhai H.H., *Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment*, „Prenatal Diagnosis” 2003, 23(7), <https://doi.org/10.1002/pd.636>.
- » Gissler M. i in., *Pregnancy associated mortality after birth, spontaneous abortion or induced abortion in Finland, 1987–2000*, „American Journal of Obstetrics & Gynecology” 2004, 190(2), <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.08.044>.
- » Green M., *Fatal infections associated with mifepristone – induced abortion*, „The New England Journal of Medicine” 2005, 353(22), <https://doi.org/10.1056/NEJMp058260>.
- » Grossman D. i in., *Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine*, „Obstetrics & Gynecology” 2011, 118(2), <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318224d110>.

- » Hausknecht R., *Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States*, „Contraception” 2003, 67(6), [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(03\)00049-0](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(03)00049-0).
- » Johannisson E. i in., *Vascular changes in the human endometrium following the administration of the progesterone antagonist RU 486*, „Contraception” 1989, 39(1), [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(89\)90019-X](https://doi.org/10.1016/0010-7824(89)90019-X).
- » Kalish R.B. i in., *Impact of midtrimester dilation and evacuation on subsequent pregnancy outcome*, „American Journal of Obstetrics & Gynecology” 2001, 187(4), <https://doi.org/10.1067/mob.2002.127139>.
- » Kapp N. i in., *Medical abortion at 13 or more weeks gestation provided through telemedicine: A retrospective review of services*, „Contraception: X” 2021, Vol. 3, 100057, <https://doi.org/10.1016/j.conx.2021.100057>.
- » Kortsmit K. i in., *Abortion Surveillance – United States, 2020*, „MMWR Surveillance Summaries” 2022, 71(SS-10), <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7110a1>.
- » Lord J. i in., *Early medical abortion: best practice now lawful in Scotland and Wales but not available to women in England*, „BMJ Sexual & Reproductive Health Care” 2018, 44, <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2018-200134>.
- » Malosso M. i in., *US trends in abortion and preterm birth*, „Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine” 2017, 31(18), <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1344963>.
- » Malvia S. i in., *Epidemiology of Breast cancer in Indian women*, „The Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology” 2017, 13(4), <https://doi.org/10.1111/ajco.12661>.
- » Miech R.P., *Pathophysiology of mifepristone – induced septic shock due to Clostridium sordellii*, „The Annals of Pharmacotherapy” 2005, 39(9), <https://doi.org/10.1345/aph.1G189>.
- » Niinimäki M. i in., *Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy*, „Obstetrics & Gynecology” 2009, 114(4), <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b5ccf9>.
- » Pike G., *Abortion and Women’s Health. An evidence-based review for medical professionals of the impact of abortion on women’s physical and mental health*, https://www.spuc.org.uk/Portals/0/Repository/Abortion%20and%20Womens%20Health_April%202017.pdf, data publikacji: 2017 r., dostęp: 17 listopada 2022 r.
- » Pridmore B.R., Chambers D.G., *Uterine perforation during surgical abortion. A review of diagnosis, management and prevention*, „The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology” 1999, 39, <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.1999.tb03413.x>.
- » Russo I.H., Russo J., *Pregnancy – induced changes in breast cancer risk*, „Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia” 2011, 16(3), <https://doi.org/10.1007/s10911-011-9228-y>.

- » Sanchez-Ramos L., Delke I., *Induction of Labor and Pregnancy Termination for Fetal Abnormality*, rozdział 68, [w:] D.K. James i in., *High Risk Pregnancy: Management Options*, Philadelphia 2006.
- » Smith Dallabrida E., *Study shows long-term negative impact of medication abortion (White Paper, October 2022)*, <https://supportafterabortion.com/wp-content/uploads/2022/10/Study-Shows-Long-Term-Negative-Impact-of-Medication-Abortion.pdf>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.
- » Upadhyay U.D. i in., *Incidence of emergency department visits and complications after abortion*, „Obstetrics & Gynecology” 2015, 125(1), <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000603>.

Orzeczenia sądowe i decyzje administracyjne

- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. akt K 1/20, OTK-A 2021/4.

Pozostałe pisma i dokumenty urzędowe

- » Australian product information: MS-2-STEP (Mifepristone and Misoprostol) Tablets, <https://www.ebs.tga.gov.au/ebs/picmi/picmirepository.nsf/pdf?OpenAgent&id=CP-2014-PI-01965-1&d=202004151016933pg19>, dostęp: 8 maja 2022 r.
- » Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz oskutkach stosowania w 2020 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/3743A-1931AB10684C12588400056B25F/%24File/2261.pdf>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.
- » U.S. Food & Drug Administration (FDA), *Mifeprex Medication Guide*, <https://www.fda.gov/media/72923/download>, aktualizacja: marzec 2016 r., dostęp: 17 listopada 2022 r.
- » U.S. Food & Drug Administration (FDA), *Mifepristone U.S. Postmarketing Adverse Events Summary Through 12/31/2018*, <https://www.fda.gov/media/112118/download>, dostęp: 17 listopada 2022 r.

Źródła internetowe

- » Belluck P., F.D.A. will permanently allow abortion pills by mail, „New York Times”, 16 grudnia 2021 r., <https://www.nytimes.com/2021/12/16/health/abortion-pills-fda.html>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.
- » MaterCare International statement on the decision by Health Canada to approve medical abortion pill, <https://www.fiamc.org/bioethics/statement-on-medical-abortion-pill-in-canada/>, data publikacji: 21 sierpnia 2015 r., dostęp: 17 listopada 2022 r.

- » O'Bannon R.K., *Data from British Hospitals Show At-Home Chemical Abortions Considerably Less Safe, Effective than Advertised*, <https://www.nationalrighttolife-news.org/2021/12/data-from-british-hospitals-show-at-home-chemical-abortions-considerably-less-safe-effective-than-advertised/>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.
- » *Pregnancy Outcome in South Australia*, <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/pregnancy+outcome+in+south+australie+2016>, dostęp: 8 maja 2020 r.
- » Women help Women, *Will a doctor be able to tell you if you've taken abortion pill*, <https://womenhelp.org/en/page/1093/will-a-doctor-be-able-to-tell-if-you-ve-taken-abortion-pills>, data publikacji: wrzesień 2019 r., dostęp: 8 maja 2022 r.
- » Women on Web, *I had an abortion*, <https://www.womenonweb.org/en/page/488/i-had-an-abortion>, dostęp: 31 stycznia 2023 r.



Medical abortion

Keywords: medical abortion, eugenic abortion, medical abortion at home, mifepristone, methotrexate, misoprostol, post-abortion complications

Abstract

In the definitions of abortion, the child is omitted. Meanwhile, the purpose of this artificially induced termination of pregnancy is to deprive it of its life. It is therefore appropriate to define abortion as the deliberate killing of a child before it is born. Methods of abortion can be divided into medical and surgical. The medical method consists in administering to the mother (orally, intravenously, intravaginally) agents that cause the death of the child, and the induced contractions of the uterus lead to the expulsion of the baby's body from the mother's reproductive tract. In the case of an abortion carried out in the second trimester of pregnancy due to the presence of fetal malformations (eugenic abortion), the baby may be born alive.

Medical abortion in the first trimester of pregnancy is becoming the most common method of prenatal homicide worldwide. The law in Poland does not allow it to be performed, also as a eugenic abortion.

Contrary to popular opinion, medical abortion is more dangerous for the mother than surgical one. It can cause ailments (vomiting, abdominal pain, fever) and sometimes serious complications (hemorrhage, infection, thromboembolism) and even death. The long-term effects of this procedure include chronic pelvic pain, infertility, preterm delivery in the next pregnancy, breast cancer, as well as depression, guilt, post-traumatic stress disorder, substance abuse, and suicide attempts.

In recent years, in the West, medical abortion at home without the involvement of medical personnel has been recommended. This results in additional serious threats to the health and life of mothers, related to the inability to diagnose, prior to the use of abortifacients by the mother, factors constituting a contraindication to the use of these drugs, for example, ectopic pregnancy. Recent studies show that the incidence of complications after medical abortion has increased exponentially.

There are reports indicating the chances of reversing the effects of early medical abortion if the mother regrets her act immediately after using abortion pills and would like to save the child.

Medical abortion, which is being performed more and more often in the world, also in Poland, is the cause of death of a huge number of children, serious health and life-threatening complications in mothers, and interferes with the subsequent reproductive health and mental well-being of women. The young generation and the entire society should be informed about it.