

Slovensko društvo za reproduktivno medicino
KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana
Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor
Združenje za ambulantno ginekologijo SZD

VIII. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidijske Andolšek-Jeras

Kontracepcija danes

Zbornik

Ljubljana, november 2012

VIII. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidiје Andolšek-Jeras

Kontracepcija danes

Ljubljana, november 2012

Urednica: Bojana Pinter

Recenzenta: Alenka Pretnar Darovec, Tomaž Tomaževič

Lektorica: Mojca Pirc

Oblikovanje: Ivan Verdenik

Izdajatelj: Slovensko društvo za reproduktivno medicino

Tisk: Tiskarna Bori

Število izvodov: 200

Strokovni odbor:

Bojana Pinter (predsednica), Sašo Drobnič, Vilma Kovač, Marija Ilijaš Koželj, Barbara Požlep, Tomaž Tomaževič, Veljko Vlasisavljević, Andrej Vogler, Lucija Vrabič Dežman, Eda Vrtačnik Bokal.

Organizacijski odbor:

Andrej Vogler (predsednik), Helena Ban Frangež, Nina Jančar, Sara Korošec, Nataša Petkovšek, Martina Pečlin, Bojana Pinter, Vesna Šalamun, Ivan Verdenik.



9 789616 721080

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.888(082)

SPOMINSKI sestanek akad. prof. dr. Lidiје Andolšek-Jeras (8 ;
2012 ; Ljubljana)

Kontracepcija danes : zbornik / 8. spominski sestanek akad.
prof. dr. Lidiје Andolšek-Jeras, Ljubljana, 23. november 2012 ;
[urednica Bojana Pinter]. - Ljubljana : Slovensko društvo za
reproduktivno medicino, 2012

ISBN 978-961-6721-08-0

1. Gl. stv. nasl. 2. Pinter, Bojana
264172544

Vsebina

Avtorji prispevkov	v
Zgodovina kontracepcije	1
<i>Zvonka Zupanič Slavec</i>	
Svetovanje o kontracepciji skozi čas v Sloveniji	6
<i>Elko Borko</i>	
Zakonska ureditev načrtovanja družine v Sloveniji	10
<i>Andrej Vogler</i>	
Raba kontracepcije v Sloveniji	14
<i>Barbara Mihevc Ponikvar, Irma Renar</i>	
Učinkovitost in varnost kontracepcije	21
<i>Bojana Pinter</i>	
Reproduktivna fiziologija in farmakologija hormonske kontracepcije	28
<i>Lucija Vrabič Dežman</i>	
Praktični vidiki rabe materničnega vložka	34
<i>Andreja Trojner Bregar</i>	
Pregradna kontracepcija – fizikalna in kemična	41
<i>Marija Ilijaš Koželj</i>	
Naravne metode načrtovanja družine	45
<i>Milena Igličar</i>	
Sterilizacija in vazektomija	50
<i>Sašo Drobnič</i>	
Perspektive moške kontracepcije	54
<i>Branko Zorn</i>	
Urgentna kontracepcija	58
<i>Urška Bizjak Ogrinc</i>	

Izbira kontracepcije pri srčno-žilnih boleznih.....	62
<i>Vilma Kovač</i>	
Izbira kontracepcije pri kroničnih boleznih.....	71
<i>Eda Vrtačnik Bokal</i>	
Izbira kontracepcije pri osebah s posebnimi potrebami	78
<i>Špela Smrkolj</i>	
Svetovanje o kontracepciji po porodu.....	82
<i>Barbara Požlep, Bojana Pinter</i>	
Svetovanje o kontracepciji po umetni prekinitvi nosečnosti	87
<i>Sara Korošec, Bojana Pinter</i>	
Svetovanje kontracepcije v ginekološki ambulanti.....	92
<i>Marko Mlinarič</i>	
Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe kombinirane hormonske kontracepcije, progestogenske oralne kontracepcije in materničnega vložka. Slovenske smernice.	97
<i>Bojana Pinter, Sara Korošec, Andreja Trojner Bregar, Urška Bizjak Ogrinc, Tinkara Srnovršnik, Senka Imamović Kumalić</i>	
Sponzorji srečanja	107

Avtorji prispevkov

Mag. Urška Bizjak Ogrinc, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Juna d.o.o, Ambulatorij, Ljubljana

Prof. dr. Elko Borko, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva

Sašo Drobnič, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Milena Igličar, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Zdravstveni dom Škofja Loka

Senka Imamović Kumalić, dr. med., Ginekološka klinika UKC Ljubljana

As. dr. Sara Korošec, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Dr. Vilma Kovač, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor

Marija Ilijaš Koželj, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Ginekološka ambulanta Vrhnika

Barbara Mihevc Ponikvar, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana

Marko Mlinarič, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Ginekološka ambulanta Zagorje ob Savi

Prof. dr. Bojana Pinter, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, mag. ekonom. in posl. ved, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana

As. dr. Barbara Požlep, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Irma Renar, univ. dipl. soc. del., VMS, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana

Doc. dr. Špela Smrkolj, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za ginekologijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Tinkara Srnovršnik, dr. med., Ginekološka klinika UKC Ljubljana

As. mag. Andreja Trojner Bregar, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za perinatologijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Doc. dr. Andrej Vogler, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Lucija Vrabič Dežman, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Zdravstveni dom Kranj

Prof. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Doc. dr. Branko Zorn, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

Zgodovina kontracepcije

Zvonka Zupanič Slavec

Uvod

Družba si je od nekdaj prizadevala za preprečevanje neželene nosečnosti in bila z izkustvenimi metodami relativno uspešna. Z njimi je vplivala na rodnost in demografsko politiko. Empirično znanje o zanositvi je prekinila črna kuga sredi 14. stoletja, ko so nositeljce izkustva (zeliščarke, modre žene) v čarovniških procesih v veliki večini iztrebili. Uspešno obvladovanje svetovne populacije je dobilo pomembno pomoč z odkritjem hormonske kontracepcije, ki je l. 1960 v obliki kontracepcijske tablete z neverjetno hitrostjo osvojila svet. Revolucionarno odkritje je prineslo velike družbene spremembe. Spolno življenje in reproduktivna funkcija sta se ločili, načrtovanje družine je ženski omogočilo izbiro poklica, študij, delo, uveljavljanje v družbi in vse bolj neodvisno življenje. Hormonska kontracepcija je zmanjšala rodnost po svetu in vsaj delno ublažila lakoto in revščino med nerazvitimi. Ob zapisanih pozitivnih platih pa je prinesla tudi mnogo problemov, stranskih učinkov za telesno in psihično zdravje, vrsto etičnih dilem in je neredko degradirala odnos med žensko in moškim.

Zagotovitev potomstva je pradedna prvobitna potreba posameznika in družbe za ohranitev človeštva. Spolno življenje med moškim in žensko nikoli ni bilo vezano le na reprodukcijo in je zato zaščita pred neželeno nosečnostjo pomemben del zgodovine človeka. Omejevanje rojstev je bilo in ostaja pogojeno z različnimi dejavniki: materialnimi, kulturnimi, političnimi, moralnimi, verskimi in drugimi, ki so se skozi čas spreminjali. Kontracepcijo je oblikoval empirizem ter postopno spoznavanje fiziologije človeškega telesa. Zato se je skozi čas spreminjala. Uporabo določenih sredstev za preprečevanje zanositve so poznale že najstarejše znane kulture. V prazgodovinskih skupnostih lovcev in nabiralcev sadežev je imel par povprečno 4–6 otrok, običajno pa je preživela le polovica. Malo otrok so imeli zaradi kratke življenjske dobe, pozne pubertete pri dekletih, večletnega dojenja in posledične laktacijske amenoreje.

Z urbanizacijo življenja se je spremenil življenjski cikel. Že v orientalskih kulturah in še bolj v antičnem času je bila puberteta zgodnejša, dojenje se je krajšalo, ženska je lahko rodila tudi 10 otrok. Nataliteta se je zato večala, hrane in drugih dobrin pa kljub napredku za toliko novih ust niso mogli zagotoviti. Lakoto in prenaseljenost so zato preprečevali z

uravnavanjem rojstev. Dobro opazovanje je prinašalo izkušnje o preprečitvi zanositve in uporabi naravnih metod zaščite, kot so spolna abstinenca, analni odnosi, prekinjen spolni odnos in njegove različice, uporaba t.i. pregradne kontracepcije, odločanje za splav (abortus) in detomor (infanticid). Tudi zagovori in vraže proti zanositvi so bili zelo razširjeni že v času pramedicine in obstajajo še danes.

Kontracepcija od pradavnine do 19. stoletja

Najbolj verodostojni dokazi o preteklih kontraceptivnih metodah so pisni, od egipčanskih papirusov naprej, starih 4000 let in več. Zaščita je popisana v splošno medicinskem **Ebersovem papirusu** in še posebej v ginekološkem Kahunskem papirusu. Slednji opisuje uporabo delne nožnične pregrade iz sestavin, kot so guma, soda, kamena sol. Uporabljali so tudi vložke iz voska in zdrobljenih semen **granatnega** jabolka, ki dokazano vsebuje naravne estrogene. Tudi **papajo** so kot kontracepcijsko sredstvo uspešno uporabljale ženske v tropskih krajih. Vsebuje encim papain, ki deluje v telesu s progesteronom kontraceptivno. Ebersov papirus opisuje uporabo **čepkov, prepojenih s sokom akacijevih listov in medu**. Zgodovina materničnih vložkov sega v čas okoli 3000 let p.n.št., ko so beduini v maternico kamel vstavljali npr. mehak prod ali kaj drugega, da bi preprečili nosečnost na dolgih poteh skozi puščavo. Tudi **Stari Grki in Rimljani** so priporočali **nožnične tampone**, ki pa so bili prepojeni z **olivnim oljem ali cedrino smolo** ali s kadili, z galunovcem, oljem mirte in celo dodatki toksičnega svinca. **Hipokrat** (460–377 pr.n.št.) je navajal kontraceptivno **moč semen divjega kostanja**. Tudi antični ginekolog **Soranus iz Efeza** (živel okoli l. 100 n.št.) je ženskam priporočal nožnični **tampon iz volne, prepojene s cedrino smolo**. Rastlino ***silphium* (*Ferula tingitana* L.)**, podobno navadnemu komarčku, pa so zaradi kontraceptivne moči in velikega povpraševanja med prostitutkami celo iztrebili. Uspešnost antičnih prizadevanj za preprečevanje zanositve je bila tako velika, da je Polibij v 2. stol. pr.n.št. zapisal, da **imajo grške družine le enega ali dva otroka**. Kontracepcija je med antičnimi viri med drugimi opisana npr. v delih **Plinija** (23–79 n.št.) in **Dioskurida** (*De materia medica*, 58–64 n.št.). Arabski zdravniki so prav tako pisali o kontracepciji, med njimi predvsem **Rhazes** (864–930) in **Avicenna** (Ibn Sina, 980–1037).

V **srednjem veku** so v židovski kulturi za zaščito pred neželjeno nosečnostjo uporabljali predvsem **morsko spužvo** kot barierno zaščito. V **bizantinski kulturi** so zdravniki priporočali moškim pred spolnim odnosom **umivanje spolovila s kisom ali slano vodo**, ženskam pa mazanje **materničnega ustja z adstringentnimi sredstvi**, ki povzročajo krčenje, ali z mastnimi oz. hladilnimi mazili. Številna kislá sredstva namreč delujejo spermicidno. Podobnih primerov iz različnih kulturnih okolij je še veliko. Empirično znanje preteklosti se je preneslo tudi v sodobnejši čas in **l. 1938 je škotska biologinja Marie Stopes** (1880–1958) dokazala, da **olivno olje** močno okrne gibljivost spermijev in tako preprečuje zanositev.

Kontracepcija z **materničnim vložkom** je idejno stara vsaj toliko kot Hipokrat, ki je že pred 2500 leti poznal zaščito pred nosečnostjo z vstavitvijo drobnega predmeta v maternično votlino. Ob koncu 19. stoletja so bili v uporabi maternični vložki iz različnih materialov: iz slonove kosti, stekla, ebenovine.

Razvoj kondoma in diafragme

Prastara je tudi **moška kontracepcija**. Spoznanje o povezanosti med izlivom semena in oploditvijo je kot najosnovnejši način »moške kontracepcije« uveljavilo umik spolnega uda iz nožnice pred ejakulacijo. **Kondomi**, danes najbolj znana moška kontracepcija, dolgo niso bili popolnoma zanesljivi. Stare kulture na različnih upodobitvah kažejo na njihovo uporabo, ohranjene so npr. na **stenskih slikah v jami Combarelles v Franciji**. Bili so iz različnih materialov, najpogostejše iz **črevesa ovac, kozjega mehurja, ribje kože ali platna**. Od 15. stoletja naprej, ko se je po Evropi širil sifilis, so jih moški uporabljali predvsem kot zaščito pred okužbo (Giacomo Casanova). Revolucijo je v proizvodnjo kondomov prinesla **vulkanizacija gume**, ki jo je l. **1839** odkril Američan **Charles Goodyear** (1800–1860), l. 1870 pa so iz gume začeli množično proizvajati kondome. Te so nato od l. **1930** dalje izdelovali iz **lateksa**. Sprva so bili kondomi debeli okoli 2 mm in šivani, Julius Fromm (1883–1945) pa je l. 1912 razvil proizvodnjo brezšivnih kondomov. Že v prvi svetovni vojni so kondomi postali standardni dodatek opreme vojakov v Evropi. Drugi način moške zaščite je **sterilizacija s podvezovanjem semenovodov**. Svetovna zdravstvena organizacija je veliko naredila za sterilizacijo moških v nerazvitem svetu, kjer še vedno, pogosto tudi zaradi visoke natalitete, vlada lakota. Tako so npr. v Indiji v drugi polovici 20. stoletja moškim poklonili kolo, če so se dali sterilizirati.

Ženska diafragma je bila izdelana l. 1838 po zamisli nemškega ginekologa Friedricha A. Wildeja, ki je napravil voščen odtis materničnega vratu in ga uporabil za izdelavo nožnične bariere z ojačanim robom. Popularna je postala, podobno kot moški kondom, z vulkanizacijo gume po l. 1870.

Hormonska kontracepcija

Hormonska zaščita pred nosečnostjo je v kontracepcijo vnesla novo metodo. L. **1921** so ugotovili, da pri zajčjih samicah dosežejo začasno neplodnost z vsaditvijo jajčnikov drugih zajkelj. Sklepali so, da bi lahko bili izvlečki jajčnikov učinkoviti kontraceptivi. A trajalo je polnih 40 let, preden se je to spoznanje preneslo v humano medicino. Potrebno je bilo **umetno sintetizirati ženska hormona podobna progesteronu in estrogenom (Djerassi, 1950)**, ki so ju v ustrezni kombinaciji l. **1960** vgradili v prvo **kontracepcijsko tableto**. Ta je povzročila **neslutene družbene spremembe**, ker je prvič v zgodovini človeštva ženski omogočila načrtovanje družine in uveljavljanje v javnem življenju in delu. Za razvoj kontracepcijske tablete sta pomembni medicinska sestra iz New Yorka **Margaret Sanger**

(1879–1966) in premožna ameriška filantropistka **Katherine McCormick** (1875–1967). Sangerjeva se je pri svojem delu srečevala s problemom neželenih nosečnosti ter je želela s kontracepcijo pomagati ženskam. McCormickova pa je podpirala človekoljubne projekte in žensko gibanje, zato jo je Sangerjeva pritegnila k financiranju zamisli o oralni kontracepciji. Nagovorili sta biologa in **raziskovalca** Gregoryja Goodwyna Pincusa (1903–1967), da je razvil kontracepcijsko tableto. Ta je bila z zaščitenim imenom **Enovid**[®] maja 1960 uvedena v ZDA, farmacevtska družba Schering AG pa jo je l. **1961** predstavila kot prvo kontracepcijsko tableto, imenovano **Anovlar**.

Zaključek

Znanstvena medicina je z odkritjem spolnih hormonov l. 1905 dobila v roke močan adut. V prvih desetletjih 20. stoletja si raziskovalci niso mogli niti približno predstavljati, kako velike in revolucionarne spremembe bodo prinesli v **populacijsko kontrolo in družbo**. S hormonsko kontracepcijo medicina ni odkrila le sredstva proti prehitremu naraščanju svetovnega prebivalstva, ampak je tudi prenesla **kontrolo rojstev s tradicionalno moške vloge na žensko**. Hormonska kontracepcija pa ni zlahka dobila odobritve najvišjih državnih organov, saj je napovedovala mnogovrstne spremembe življenja. **Ločila je spolnost od gole reproduktivne funkcije**, kar je vodilo k **načrtovanju družine** in **možnosti za žensko osamosvajanje**, njene enakopravne možnosti za študij, prihod na delovna mesta, ki so bila dotlej izključno moška itd. Ženske so tako dobile osebno svobodo. Tudi pot spreminjanja miselnosti družbe ni bila hitra, saj so jo zavirale tisočletne spona moške nadvlade. Zato so se kontracepcijski revoluciji upirale različne družbene, politične, kulturne, verske in druge ustanove, odpirale pa so se tudi številne moralne in etične dileme. Družba je s hormonsko kontracepcijo doživela **globalne spremembe**. Ideologiji načrtovanja družine Sangerjeva in McCormickova sta s svojim delom spremenili svet. Največje spremembe so nastale v odnosu med spoloma in v pogledih na spolno življenje. Velike spremembe, toda ne vedno na boljše, je prinesla tudi v zakonske zveze, družinsko življenje in starševstvo. Posegala je v najglobljo človekovo intimo. Zato je bila dolgo nelegalna, njene raziskovalce pa so neredko preganjali in celo zapirali, izgubljali so službe in akademske naslove ter doživljali različne pritiske. Oralna kontracepcija je marsikje spremenila spolnost od globokega doživljanja telesne ljubezni k zgolj nagoni zadovoljitvi spolne sle in mladi neredko prezgodaj in nezreli stopajo v svet spolnosti. Takšno stanje je s seboj pripeljalo kopico spolno prenosljivih okužb, nekatere med njimi – v zadnjem času npr. aids – so postale svetovni zdravstveni problem.

Literatura

Muller P. Geschichte der Gynäkologie vom 18. Jahrhundert bis zum Gegenwart. V: Illustrierte Geschichte der Medizin (Sournia, Poulet, Martiny), bd. 4. Paris: Andreas, 1978: 1311-429.

Zgodovina kontracepcije. Dosegljivo na:

http://bayerschering.bayer.si/Kontracepcija/Zgodovina_kontracepcije/.

Vranić E, Delić T. Intrauterine devices – past, present and future perspectives. *Maternični vložki – preteklost, sedanjost in obeti v prihodnosti*. *Farm Vestn* 2006; 57: 14-23.

A History of Birth Control Methods. Dosegljivo na:

http://www.plannedparenthood.org/files/PPFA/history_bc_methods.pdf.

Katharine McCormick Dosegljivo na: http://en.wikipedia.org/wiki/Katharine_McCormick.

Gregory_Goodwin_Pincus. Dosegljivo na: http://en.wikipedia.org/wiki/Gregory_Goodwin_Pincus.

Marks L. Parenting the Pill: early testing of the contraceptive Pill. V: Saetan AR, Oudshoorn V, Kirejczyk M (ur) *Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine*. Columbus, Ohio State University Press, 2000.

Mbabajende V. Historical survey of modern reversible contraceptive methods. *Imbonezamuryango* 1986; 5:14–7.

Svetovanje o kontracepciji skozi čas v Sloveniji

Elko Borko

Uvod

Začetek kontracepcije (KC) v Sloveniji lahko umestimo v leto 1955, ko je na pobudo prof. Franca Novaka takratni Svet za zdravstvo in socialno politiko LRS razpravljal o uvedbi sodobne kontracepcije in sočasno predlagal izdelavo domačih varoval. Istega leta je tovarna Sava pričela z izdelovanjem Genofragme, tovarna Lek pa s proizvodnjo Genosan varovalne paste. V centralnem ginekološkem dispanzerju (CGD) so leta 1955 odprli prvo ordinacijo za KC, sledila je Ginekološka klinika in Ginekološki oddelek v Mariboru. Do leta 1958 se je število kontracepcijskih posvetovalnic povečalo na 41, že leta 1961 jih je bilo 120, tako da so bile po vseh večjih krajih Slovenije. Sledilo je obdobje hitrega razvoja sodobne kontracepcije. Najprej so bile na voljo v redni uporabi leta 1964 kontracepcijske tablete, istega leta pa so vložili v Sloveniji tudi prvi maternični vložek. V prispevku so opisane še druge podrobnosti o zgodovinskem razvoju sodobne kontracepcije in svetovanju v Sloveniji.

Zgodovina svetovanja o kontracepciji v Sloveniji

Marca 1955 je na pobudo prof. Franca Novaka Svet za zdravstvo in socialno politiko LRS razpravljal o uvajanju kontracepcije v Sloveniji. Po takratnem znanju in možnostih sta bila najprimernejša varovala pred neželeno zanositvijo diafragma z zaščitnimi mazili in/ali kondom. Zato je tovarna Sava iz Kranja začela izdelovati diafragme (Genofragma), farmacevtska tovarna Lek pa kontracepcijsko pasto (Genosan).

Postopoma se je skoraj enakomerno po celi državi ustanovila vrsta specializiranih ordinacij in posvetovalnic za kontracepcijo – prva kontracepcijska ordinacija v okviru cele Jugoslavije je bila odprta v Centralnem ginekološkem dispanzerju v Ljubljani 1. decembra 1955, ki ga je vodil ginekolog Bogdan Tekavčič. Leta 1957 je bila ustanovljena ordinacija za kontracepcijo (KC) tudi na Ginekološki kliniki v Ljubljani. Podobno sta v Mariboru pričeli januarja 1957 delovati dve ordinaciji. Do konca leta 1958 je bilo v Sloveniji že 41 ordinacij za KC. Ta razvoj lahko pripišemo tudi resoluciji, ki je bila sprejeta na 3. kongresu ginekologov Jugoslavije, ki je bil v Ljubljani, v kateri je bilo zapisano, da se sprejemajo načela urejevanja spočetja s pomočjo kontracepcije, ker to varuje žensko pred neželenimi nosečnostmi in splavi.

Leta 1960 je bila sprejeta druga Uredba o pogojih in postopku za dovolitev splava, ki je zamenjala dotedanjo sociomedicinsko indikacijo za čisto socialno indikacijo, sočasno pa je novi predpis zahteval tudi svetovanje o varovalih proti neželeni nosečnosti. Svet za zdravstvo LR Slovenije je aprila 1961 ustanovil Znanstveno-raziskovalni oddelek za vprašanja splava in kontracepcije kot posebno enoto Ginekološke klinike, ki jo je organizirala in vodila Lidija Andolšek z nalogo, da usmerja razvoj kontracepcije v Sloveniji. Za uvajanje in širjenje so bile zadolžene ordinacije za KC, in 14 zdravniških komisij, ki so imele v svoji sestavi tudi socialnega delavca za razreševanje neugodnih socialnih pogojev in za svetovanje o uporabi KC varoval. Pri svetovanju so uporabljale predvsem knjižico Franca Novaka »Spočetje po naši volji ali o kontracepciji«, ki je izšla leta 1957 in ponovno leta 1959 s seznamom in ordinacijskim časom posvetovalnic za celo republiko. Pomembno je tudi, da je takratni Centralni higienski zavod leta 1955 uvedel enotno prijavljanje in dokumentacijo za dovoljene in druge splave.

Za zdravstveno osveščanje žensk o prednostih KC pred splavom so ponekod, npr. v Mariboru, uporabljali tudi načrtovane sistemske preglede z odvzemom citološkega brisa in kolposkopijo in predavanji o kontracepciji. Pri svetovanju ženskam so predvsem izpostavljali prednosti diafragme in po zdravstvenih poročilih iz tistega časa vidimo, da so uspeh ocenjevali po številu izdanih diafragm s kontracepcijskim mazilom. Kljub vsemu se je po letu 1960 povečalo število umetnih prekinitev nosečnosti (UPN) in v želji, da ženske, ki so prekinile nosečnost, motivirajo za kontracepcijo, so v Mariboru leta 1962, podobno kot na drugih ginekoloških oddelkih, na katerih so opravljali UPN, pripravili posebno pisno navodilo o kontracepciji.

Leta 1960 je Franc Novak izdal prvi slovenski učbenik »Ginekologija«, poglavje »Kontracepcija« je napisal Bogdan Tekavčič. V tem poglavju so bila opisana navodila za delo v posvetovalnici za KC in kontrolnih pregledih na vsakih 6 mesecev, dokler je diafragma nepoškodovana. Poleg diafragme kot najboljšega varovala so v tem času zdravniki svetovali lokalna kemična varovala (spermicide), vendar so pogosto zmanjkala na policah naših lekarn. V laboratoriju Oddelka za prevencijo splava na Ginekološki kliniki v Ljubljani so v tem času ugotavljali spermicidnost številnih varoval, ki so bila na razpolago, med njimi Genosan žele, Patentex žele, Nona gel ovula, Genotan pasta, Kontrafer tablete in Kontrafer žele, kasneje tudi Patentex spray, Antibion peneče vaginalete, Neosampoon peneče tablete in C-film. Eden od najbolj poznanih tovrstnih varoval je bila pena EMKO, ki jo je daroval naši državi Ameriški rdeči križ in s katero so se izvajalci seznanili v »Ginekologiji in opstetriciji«, ki je bil skupni časopis jugoslovanskih ginekologov. Predpisovanje lokalnih kemičnih varoval je bilo podobno predpisovanju drugih zdravil. To obdobje zaključuje knjižica Franca Novaka »Materinstvo naj bo zavestno« iz leta 1964. V njej so opisane

družbene spremembe v svetu in pri nas ter novo poglavje o oralni kontracepciji. V knjižici je tudi novi seznam s skoraj 120 naslovi KC ordinacij.

Obdobje uveljavljanja hormonske kontracepcije je napovedal prvi strokovni prispevek, ki sta ga napisali Andolškova in Hrenova, ki je izšel leta 1964 v 1-2 številki »Jugoslovanske ginekologije in opstetricije« in v katerem sta poročali o 12-mesečnem preizkušanju Anovlarja, Lyndiola, Norlutata in Provere. To je omogočilo začetek predpisovanja novih hormonskih tablet, v letu 1966 tudi v Mariboru in drugod po Sloveniji, v začetku Anovlarja, Lyndiola, nato še Euginona in Stedirila in nekoliko za tem tudi Anacyclina¹⁰¹, ki so vsi predstavljali visokodozne učinkovine, in za katere je veljalo začetno navodilo, naj po devetih mesecih uživanja tablet sledi dva do tri-mesečni presledek.

Skoraj sočasno se je začela uveljavljati intrauterina KC. Prvi maternični vložek so vložili v Sloveniji 1.9.1964 na Oddelku za preventivo splava Ginekološke klinike, po letu 1966 pa po celi Sloveniji. Sodobna hormonska in intrauterina KC sta povečali število uporabnic, zato je začelo upadati število UPN. Leta 1967 se je Oddelek za preventivo splava preimenoval in postal samostojni Inštitut za načrtovanje družine (IND). Osamosvojitve IND je pospešila in razširila raziskovalno delo na širšem področju reprodukcije človeka. Pomembno je, da je prof. Lidija Andolšek vključila v ta prizadevanja tudi druge centre v Sloveniji, tako Koper, Celje in Maribor. Kot eden prvih znakov tega sodelovanja je bila knjižica »Kako se zavarujemo pred nosečnostjo«, ki sva jo napisala in posvetila prof. Francu Novaku ob njegovi 60-letnici. Knjižica je bila namenjena svetovalnemu delu in motivaciji za uporabo varoval, dobile so jo ženske po opravljeni UPN. Ta način motiviranja za KC se je takrat pokazal kot učinkovit, saj je število prekinitev nosečnosti pričelo upadati. Zaradi tega je ta knjižica doživela pet izdaj, zadnji ponatis pete izdaje še leta 1982, ter hrvaški prevod leta 1980, namenjen delavkam na začasnem delu iz drugih republik.

Zaradi novih družbenih in pravnih odločitev, med temi nove Ustave, ki je v svojem 233. členu zagotavljala pravico do odločanja o rojstvu otrok in »Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok«, se je število UPN ponovno za krajši čas povečalo, se pa od leta 1980 ponovno znižuje. Samostojna država v 55. členu Ustave zagotavlja to svoboščino. Sočasno se je večina kontracepcijskih varoval izboljšala in pojavile so se nove možnosti. Napredek medicine, ki zajema vse oblike načrtovanja družine, je zahteval novo gradivo, primerno za svetovanje na področju kontracepcije. Tako smo leta 2002 dobili knjižico »Načrtujmo družino«, v kateri so opisane vse spremembe, pomembne pri razlaganju in svetovanju širšemu krogu uporabnic. Še mnogo večji pomen pa ima svetovalni projekt za učitelje biologije in knjižica za srednješolce, ki jo je pripravila Bojana Pinter s svojimi sodelavci leta 2004 »O vama: Varna izbira za odgovorno spolnost«, ki je lepo opremljena in izredno didaktično naravnana publikacija za učitelje in brošura, ki se vsako leto razdeli srednješolcem. Tak pristop je po

tolikih letih svetovanja o pomembnosti sodobnega načrtovanja družine potrebno podpirati, saj je v tem trenutku nujno osveščati predvsem mlado generacijo, ki vstopa v reproduktivno obdobje. Dosedanje gibanje reproduktivnih kazalcev dokazuje, da je pot, ki je bila začrtana v sedemdesetih letih, in ki jo je sooblikovala prof. Lidija Andolšek, pravilna.

Zaključek

Pri uvajanju KC in svetovanju najprimernejšega KC varovala so se od začetka pa vse do danes uporabljali najraznovrstnejši pristopi. Od razgovorov z zdravniki in drugimi izvajalci, predavanji, raznimi akcijami, skupinskimi predavanji, obvestili in tematsko vzgojno-izobraževalnimi knjižicami. Te publikacije so bile uspešne pri dolgoletnem svetovanju. Učinkovitejši pa je sodobnejši način zaščite pred neželeno nosečnostjo in spolno prenosljivimi okužbami, ki mladino pravočasno pripravi na odgovorno odločanje o spolnem in reproduktivnem zdravju.

Literatura

Andolšek L. Neki problemi pobačaja u Jugoslaviji. Ginek, i Opstet 1966; 6: 1-8.

Hren-Božič M. Začetki kontracepcije pri nas. V: Kako smo dosegli, da nam dojenčki ne umirajo več. Simpozij v počastitev 70-letnice akad. prof.. dr. Lidije Andolšek-Jeras. Ljubljana, 1999: 7-8.

Pinter B, Čeh F, Pretnar-Darovec A, Vrtačnik-Bokal E, Vogler A, Drobnič S. O vama: varna izbira za odgovorno spolnost. Didaktično metodični priročnik za učitelje. Ljubljana: Schering, Podružnica za Slovenijo, 2004.

Pinter B, Čeh F, Pretnar-Darovec A, Vrtačnik-Bokal E, Vogler A, Drobnič S s sod. O vama: varna izbira za odgovorno spolnost. Brošura za mladostnike. Ljubljana. Schering, Podružnica za Slovenijo, 2004.

Zakonska ureditev načrtovanja družine v Sloveniji

Andrej Vogler

Uvod

Razmnoževanje ali prokreacija je osnovna lastnost vsega znanega življenja, saj vsak posamezni organizem obstaja kot rezultat prokreacije. Odločitev o starševstvu je nedvomno najpomembnejša življenjska odločitev in sodi med temeljne človekove pravice. Posredno govorita o pravici do starševstva *Splošna deklaracija o človekovih pravicah*, sprejeta in razglašena na Generalni skupščini Združenih narodov leta 1948, v 1. odstavku 16. člena: »Polnoletni moški in ženske imajo, brez kakršnihkoli omejitev glede na raso, državljanstvo ali vero, pravico skleniti zakonsko zvezo in **ustanoviti družino**.« in *Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic* v 12. členu (Pravica do poroke): »Moški in ženske, zreli za zakon, imajo pravico skleniti zakonsko zvezo in **si ustvariti družino** v skladu z domačimi zakoni, ki urejajo uveljavljanje te pravice.« Po splošni definiciji je družina namreč dvogeneracijska skupnost.

Načrtovanje družine, po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije, omogoča posameznikom in parom, da načrtujejo in dosežejo želeno število otrok v časovnih razmakih in času, kot si to želijo. To je mogoče doseči z uporabo kontracepcijskih metod in zdravljenjem neprostovoljne neplodnosti. Možnost ženske, da odloča o številu in razmaku med nosečnostmi, ima neposreden učinek na njeno zdravje in dobrobit, kot tudi na izid vsake nosečnosti.

V Republiki Sloveniji je svoboda do odločanja o rojstvih otrok zapisana v ustavi. Način uresničevanja ustavne svobode odločanja o rojstvih pa predpisuje zakon.

Ustava

Ustava Republike Slovenije je hierarhično najvišji in najpomembnejši pravni akt. V številnih členih ustava ureja človekove svoboščine in pravice, med drugim tudi svobodno odločanje o rojstvih otrok. Najpomembnejši člen ustave, ki neposredno govori o tem, je 55. člen (svobodno odločanje o rojstvih otrok):

- Odločanje o rojstvih svojih otrok je svobodno.
- Država zagotavlja možnosti za uresničevanje te svoboščine in ustvarja razmere, ki omogočajo staršem, da se odločajo za rojstva svojih otrok.

Zakonodaja

V Republiki Sloveniji imamo dva zakona, ki neposredno urejata uresničevanje z ustavo določeno svobodo do odločanja o rojstvih otrok:

- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvih otrok (ZZUUP) iz leta 1977 in
- Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo iz leta 2000.

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvih otrok

Po tem zakonu mora zdravstvo zagotavljati načine in metode, s katerimi se lahko človeku po njegovi volji bodisi prepreči bodisi omogoči spočetje in rojstvo otrok. Pri izvrševanju določb tega zakona se morajo zdravstvene organizacije, zdravstveni, socialni in drugi strokovni delavci ravnati po določilih *Navodila za izvrševanje zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvih otrok*, ki je v veljavi od julija leta 1977.

V 2. poglavju govori zakon o preprečevanju zanositve, ki je lahko začasna (kontracepcija) ali stalna (sterilizacija). Ženska in moški imata pravico, da jima zdravnik svetuje ali predpiše zanju najprimernejše sredstvo za začasno preprečevanje zanositve.

Sterilizacija se lahko opravi samo na zahtevo osebe, ki naj bi bila sterilizirana, če ta zakon ne določa drugače. Sterilizacija se ne sme opraviti osebi, ki še ni dopolnila 35 let, in osebi, ki je nerazsodna. Ne glede na to določilo, pa se sterilizacija lahko opravi, če je potrebna iz zdravstvenih razlogov. Sterilizacijo za nerazsodno osebo lahko zahtevajo starši oziroma skrbniki s soglasjem pristojnega organa socialnega skrbstva. Zahteva za sterilizacijo se vloži pri komisiji prve stopnje za umetno prekinitev nosečnosti. Sterilizacija se opravi šele, ko preteče šest mesecev od njene dovolitve, razen v primerih, ko je sterilizacija potrebna iz zdravstvenih razlogov.

Predpisovanje kontracepcije mladostnicam pod 15. letom starosti je precej zapletel novi Kazenski zakonik iz leta 2008, ki je uveljavil togo represivno prepoved izvajati spolna ravnanja z drugimi, vključno z enako starimi in enako zreliimi osebami, mlajšimi od 15 let. Po tem zakoniku bi moral zdravnik mladoletnico, ki še ni dopolnila 15 let in bi želela kontracepcijo ali pa zgolj nasvet o varni spolnosti, ovaditi. Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije (KME) je v letošnjem letu podala mnenje oziroma opozorilo, da zdravnika, razen v posebnih okoliščinah (na primer, ko gre za vitalne koristi njegovega pacienta ali odvrnitev hude nevarnosti za druge), ni mogoče vključiti v represivni sistem, ker bi to ogrozilo njegovo temeljno poslanstvo.

Podobno se, predvsem zaradi premajhnega poznavanja zakonodaje, krešejo mnenja tudi o predpisovanju kontracepcije mladostnicam, mlajšim od 15 let, brez vednosti in vnaprejšnjega soglasja staršev. ZZUUP omogoča razsodni mladostnici pravico do kontracepcije in umetne prekinitve nosečnosti ne glede na njeno starost. ZZUUP ima kot poseben zakon (*lex specialis*) prednost pred bolj splošnim (*lex generalis*) Zakonom o pacientovih pravicah (ZPacP), ki pa z novimi določili tudi podpira to usmeritev. Takšno je pravno mnenje in mnenje Razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo in porodništvo. O tej problematiki je bilo objavljeno več člankov oziroma mnenj v reviji ISIS (december 2011, februar in maj 2012).

Najpogostejše napake pri izvajanju ZZUUP

Dobro poznavanje ZZUUP in Navodila za izvrševanje ZZUUP je nujno za vse delavce v zdravstvu, ki se ukvarjajo s tako občutljivim področjem kot je načrtovanje družine. Nespoštovanje, nepoznavanje ali nepravilna razlaga določil ZZUUP ima lahko resne zdravstvene posledice za paciente, kot tudi pravne posledice za izvajalce.

Najpogosteje se srečujemo z napačno interpretacijo 10. in 16. člena ZZUUP, ki govorita, da se sterilizacija ne sme opraviti osebi, ki še ni dopolnila 35 let oziroma, da se sterilizacija lahko opravi šele, ko preteče šest mesecev od njene dovolitve, razen v primerih, ko je sterilizacija potrebna iz zdravstvenih razlogov. Ginekologi pogosto navajajo kot zdravstveni razlog za sterilizacijo pred 35. letom ali sterilizacijo brez zakonsko predpisane čakalne dobe kontraindikacije za določene metode kontracepcije ali slabo prenašanje določenih kontracepcijskih metod. Tudi t.i. socialne indikacije za sterilizacijo zakon ne predvideva (veliko število otrok in/ali slabe življenjske razmere). Če poenostavimo, lahko rečemo, da je sterilizacija iz zdravstvenih razlogov indicirana le takrat, ko je nosečnost iz istih razlogov kontraindicirana.

Še do nedavnega se je dogajalo, da se je zahtevala privolitev staršev za poseg za vse mladostnice. Še vedno pa se žal dogaja, da se zahteva privolitev staršev za predpis kontracepcije mlajšim od 15 let, kar je v nasprotju z ZZUUP.

Zaključek

V naši državi imamo pravno zgledno urejeno eno najboljčutljivejših področij človekovih pravic. ZZUUP je resda star že 35 let, vendar je tudi v primerjavi z zakonodajo najrazvitejših držav še vedno sodoben. Morda so določeni členi, predvsem s področja sterilizacije, nekoliko zastareli oziroma danes nepotrebni. Gre predvsem za obvezno 6-mesečno čakanje na poseg od odobritve. Zdravnike pa je postavil v težek položaj pri obravnavi mlajših od 15 let Kazenski zakonik iz leta 2008. Po mojem mnenju bi bilo potrebno posamezne člene tega zakonika spremeniti, kar sicer že podpira ministrstvo za

pravosodje v tej smeri, da se sedanjemu pogoju starosti otroka zopet doda tudi zahtevo po obstoju nesorazmerja med zrelostjo storilca in njegove žrtve.

Literatura

Republika Slovenija. Ministrstvo za zdravje. Osnove pravne ureditve s področja zdravstvenega varstva in javnega zdravja. Ljubljana, 2009.

Svobodno odločanje o rojstvu otrok: ustavni, pravni in zdravstveni vidiki. Ljubljana: Uradni list SRS, 1977.

WHO. Family planning. WHO 2012. Dosegljivo na:
http://www.who.int/topics/family_planning/en/

Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB) 2000. Ur.l. RS, 70/00.

Zupančič K. O svobodnem odločanju o rojstvu otrok. V: Zupančič K. Družinsko pravo. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije d.o.o., 1999; 24-34.

Rotar Pavlič D, Pleterski Rigler D, Brinšek B, Zwitter M, Puharič N, Bilban M, Tatalović Osterman L, Tušek Bunc K. Obravnava mladoletnih pacientk brez vednosti in vnaprejšnjega soglasja staršev. Isis, december 2011: 14-7.

Lukanović A. Odziv članov RSK za ginekologijo in porodništvo na komentarje k pravnemu mnenju o obravnavi mladoletnih pacientk brez vednosti in vnaprejšnjega soglasja staršev. Isis, februar 2012: 28.

Trontelj J. Stališče KME o vlogi zdravnika, soočenega s spolnostjo pacientov, mlajših od 15 let. Isis, maj 2012: 29.

Raba kontracepcije v Sloveniji

Barbara Mihevc Ponikvar, Irma Renar

Uvod

Učinkovita zaščita pred neželjeno nosečnostjo predstavlja pomemben vidik spolnega in reproduktivnega zdravja. Dober dostop do kontracepcije je ena izmed ključnih reproduktivnih pravic. Napredek na področju razvoja kontracepcijskih sredstev v zadnjih 50 letih dandanes parom zagotavlja vse večji nabor visoko učinkovitih in varnih kontracepcijskih možnosti. Kontracepcija ima pomembno vlogo v življenjih žensk, saj jim omogoča, da bolje poskrbijo zase in svoje družine, si zagotovijo finančno varnost, dokončajo šolanje, dobijo in obdržijo zaposlitev. Na podlagi dovoljene splavnosti ocenjujemo, da je največ neželenih nosečnosti med 25. in 34. letom starosti, kar je tudi starostna skupina z najvišjo stopnjo rodnosti. Kot posebno ogrožena skupina izstopajo ženske, ki so že rodile, saj dovoljeni splav v skoraj polovici primerov sledi predhodnemu porodu. Rodnost in splavnost mladostnic pa sta v Sloveniji med najnižjimi v svetu.

Metodologija

Uporabili smo podatke zdravstvenih statističnih zbirk podatkov, katerih upravljavec je Inštitut za varovanje zdravja RS in sicer Perinatalni informacijski sistem RS, Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti, Evidenco porabe zdravil, izdanih na recept, Evidenco preventivnega zdravstvenega varstva žensk in Evidenco sterilizacij. Podatke o uporabi nujne kontracepcije smo pridobili z anketiranjem zastopnikov teh preparatov. Število uporabnic kontracepcije smo preračunali ob predpostavki, da vse ženske uporabljajo kontracepcijo 13 ciklusov letno. Kot imenovalc smo pri izračunu stopenj uporabili celotno populacijo žensk v rodni dobi in ne število tistih, ki so ogrožene za neželjeno nosečnost.

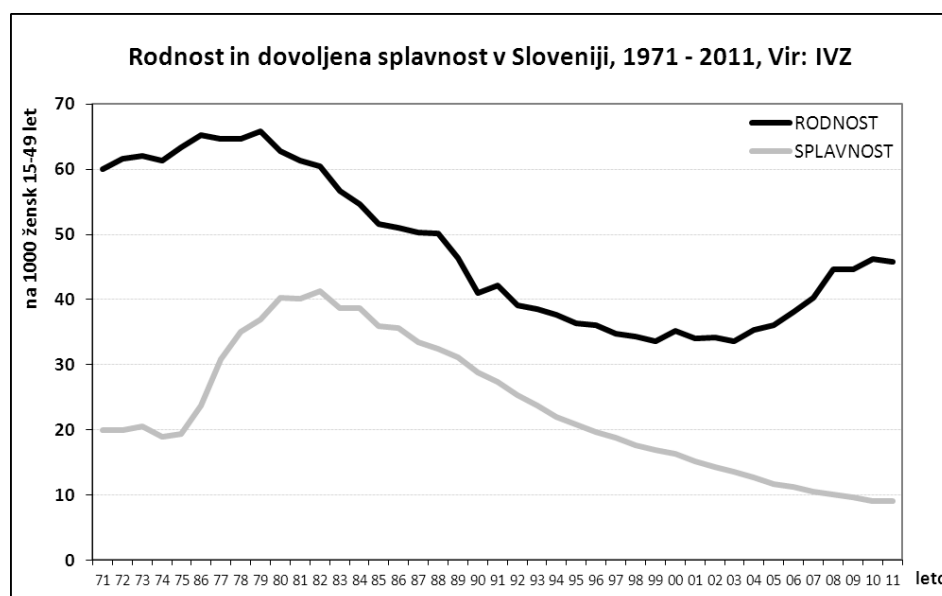
Rodnost in dovoljena splavnost

V Sloveniji je rodnost v osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja močno upadla. Iz 65,9 živorojenega otroka na 1000 žensk v rodni dobi (15-49 let) leta 1979 se je znižala skoraj na polovico, saj je leta 1999 znašala le še 33,6 na 1000. Na zelo nizkih vrednostih je rodnost vztrajala do leta 2003, nato je pričela naraščati in je do leta 2010 narasla na 46,3 živorojenega otroka na 1000 žensk v rodni dobi, kar je bilo primerljivo z rodnostjo iz konca osemdesetih let. Porast je bil verjetno vsaj deloma povezan z dejstvom, da so bile v teh letih

na višku svoje rodne dobe velike generacije žensk, rojene konec sedemdesetih in v začetku osemdesetih let. V letu 2011 je rodnost nekoliko upadla, na 45,8 živorojenih otrok na 1000 žensk v rodni dobi (Slika 1).

Dovoljena splavnost, ki je kazalnik stopnje neželenih nosečnosti, upada od leta 1982, ko je bila dosežena najvišja stopnja in sicer več kot 41 dovoljenih splavov na 1000 žensk v rodni dobi. Do leta 2011 je upadla na 9,0, kar je manj kot četrtnina najvišje vrednosti. Ta upad kaže na velik porast rabe učinkovite kontracepcije. Beležimo pa še vedno velike regijske razlike v dovoljeni splavnosti; v zadnjih letih je stopnja najvišja v podravski in najnižja v goriški regiji.

Slika 1: Rodnost in dovoljena splavnost v Sloveniji, 1971-2011.



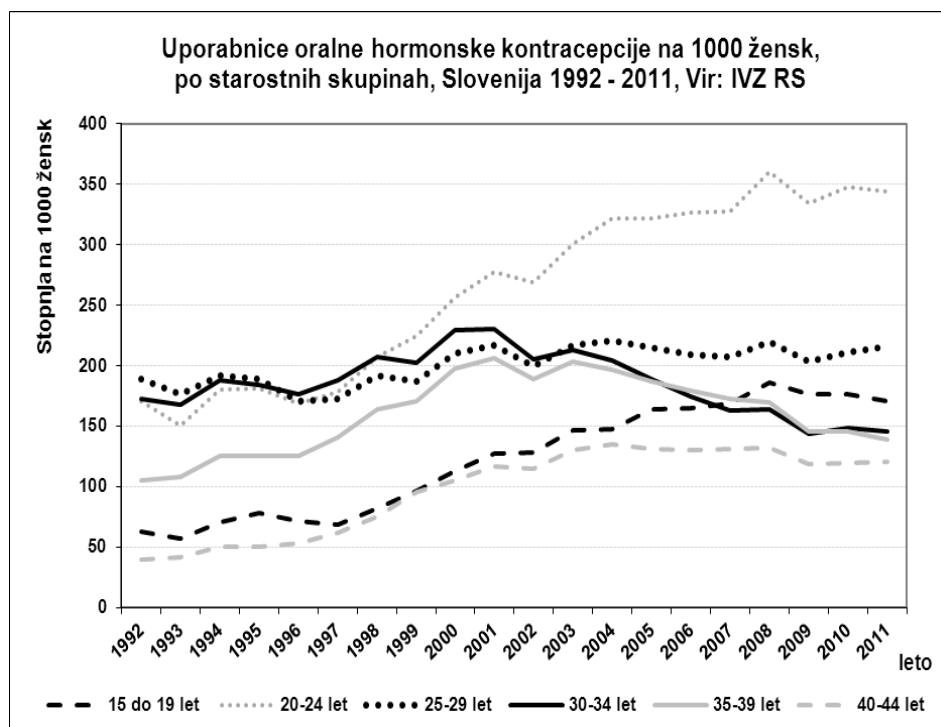
Kontracepcijsko svetovanje in predpisovanje kontracepcije

V Sloveniji je kontracepcijsko svetovanje in predpisovanje kontracepcije večinoma v domeni specialistov ginekologije in porodništva. Preventivni obiski v zvezi s kontracepcijskim svetovanjem in predpisovanjem kontracepcije predstavljajo dobro desetino obiskov v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu. Realno je ta delež še višji, saj je kontracepcijsko svetovanje lahko pridruženo drugi vrsti obiska.

Hormonska kontracepcija

Podobno kot v večini evropskih držav je tudi v Sloveniji trenutno hormonska kontracepcija najpogosteje uporabljena kontracepcijska metoda. Izdaja se na recept in je brezplačno dostopna. V letu 2011 je bilo izdanih več kot milijon omotov, kar ob predpostavki, da vse ženske uporabljajo kontracepcijo celo leto, pomeni več kot 80.000 uporabnic oziroma 167 na 1000 žensk v rodni dobi (15-49 let). V starostni skupini 15-44 let je bilo 185 uporabnic na 1000 žensk, kar je 49 % več kot leta 1991 in primerljivo z letom 2001. V zadnjem desetletju se raba v tej celotni populaciji ni bistveno spremenila, kar pa ne drži za posamezne starostne skupine. V zadnjem desetletju je namreč raba hormonske kontracepcije porasla pri mladostnicah za 35 % in pri ženskah, starih 20-24 let, za 24 %, medtem ko je pri ženskah, starih 30-34 let, upadla za 37 %, pri tistih, starih 35-39 let, pa za 33 % (Slika 2). Upad v višjih starostnih skupinah je najverjetneje povezan tako z višjo rodnostjo teh žensk, kot tudi z večjo rabo intrauterine kontracepcije v zadnjih letih. Tako je trenutno (2011) raba hormonske kontracepcije najvišja v starostni skupini 20-24 let, kjer jo uporablja več kot vsaka tretja ženska, sledi pa starostna skupina 25-29 let, v kateri jo uporablja več kot vsaka peta ženska. Hormonsko kontracepcijo uporablja 18,5 % mladostnic, ker pa je v tej skupini pomemben delež deklet, ki še niso spolno aktivne, je raba med spolno aktivnimi mladostnicami realno bistveno višja.

Slika 2: Uporabnice oralne hormonske kontracepcije na 1000 žensk, po starostnih skupinah, Slovenija 1992-2011.



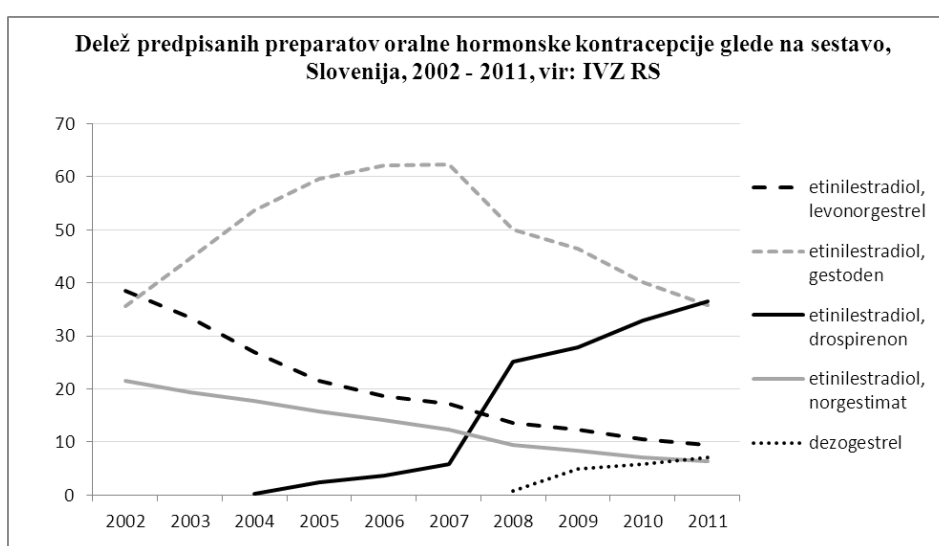
Več kot 95 % hormonske kontracepcije je v letu 2011 predstavljala oralna hormonska kontracepcija. Vaginalni obroček je uporabljalo 4 % uporabnic hormonske kontracepcije, obliže pa manj kot odstotek. Je pa uporaba vaginalnega obročka od leta 2009, odkar je na voljo, do leta 2011 pomembno narasla, medtem ko uporaba kontracepcijskih obličev od leta 2004 do 2011 nikoli ni presegla enega odstotka celotne rabe hormonske kontracepcije. Podatkov o depo hormonskih injekcijah pa nimamo na voljo.

Med oralno hormonsko kontracepcijo so v letu 2011 skoraj 93 % predstavljali preparati kombinirane hormonske kontracepcije. Najpogostejše je bila predpisana kombinacija etinilestradiola (ali etinilestradiola betadeksinijevega klarata) in drospirenona. Raba te vrste preparatov, ki so na voljo od leta 2004, je zadnja leta hitro naraščala in do leta 2011 dosegla 36,5 % vse oralne hormonske kontracepcije. Le malenkost nižji delež (35,8 %) so istega leta predstavljali preparati s kombinacijo etinilestradiola in gestodena, ki so vrh dosegli leta 2007 s kar 62,4 % deležem, od takrat so v upadanju. Delež preparatov s kombinacijo etinilestradiola in levonorogestrela, ki so bili še pred desetletjem najpogostejše predpisana vrsta hormonske kontracepcije, je leta 2011 padel pod 10 %. Podobno je v zadnjem

desetletju pomembno upadlo predpisovanje kombinacije etinilestradiola in norgestimata (Slika 3).

Od druge polovice leta 2008 je v Sloveniji na voljo tudi izključno progestogenska oralna kontracepcija (dezogestrel), katere raba hitro raste. Leta 2011 je predstavljala že več kot 7 % vse oralne hormonske kontracepcije, pri starejših od 30 let pa več kot 10 %.

Slika 3: Delež predpisanih preparatov oralne hormonske kontracepcije glede na sestavo, Slovenija, 2002-2011.



V prikazane stopnje, ki opredeljujejo rabo oralne hormonske kontracepcije, niso vključeni preparati, ki vsebujejo kombinacijo etinilestradiola in ciproteronacetata. Le-ti niso registrirani kot kontracepcija, uradno sodijo med antiandrogene in se prvenstveno uporabljajo v terapevtske namene. Ker imajo tudi kontraceptivni učinek, je z njimi dodatno pred neželeno nosečnostjo zaščiteneh 13 na 1000 žensk v rodni dobi.

Urgentna hormonska kontracepcija

Urgentna kontracepcija je za starejše od 16 let na voljo brez recepta. Tako podatkov o njeni rabi ni mogoče pridobiti iz Evidence porabe zdravil, izdanih na recept, zato smo zanje zaprosili zastopnike teh preparatov na slovenskem tržišču. Po zbranih informacijah je bilo v letu 2011 prodanih več kot 24.000 omotov urgentne kontracepcije ali 51 na 1000 žensk v rodni dobi.

Maternični vložki

Maternični vložki so bili najpogostejše uporabljena kontracepcija v 80 in začetku 90 letih prejšnjega stoletja, a je od sredine 80 let pa do začetka tega tisočletja njihova raba padala, saj jih je zamenjevala raba oralne hormonske kontracepcije. V zadnjem desetletju je raba materničnih vložkov spet porasla. Poleg bakrenih je od leta 1999 v Sloveniji na voljo tudi maternični vložek z levonorgestrelom (intrauterini sistem), katerega vstavev je bila sprva brezplačna samo v terapevtske namene. Od sredine 2007 je na voljo na zeleni recept tudi kot izključno kontracepcijska metoda.

Podatke o vstavitvah materničnih vložkov zbiramo od izvajalcev reproduktivnega zdravstvenega varstva, a ugotavljamo, da so številke, ki jih poročajo, podcenjene, ker je bilo v zadnjih letih izdanih več receptov za intrauterini sistem, kot pa je bilo poročanih vseh vstavev materničnih vložkov. Skupno je bilo od leta 2007 do 2011 na recept izdanih skoraj 47.000 intrauterinih sistemov. Na podlagi poročil ambulant, ki vodijo ločeno evidenco vstavev intrauterinih sistemov in bakrenih materničnih vložkov, ocenjujemo, da je slednjih še dobrih 10 odstotkov. Ob predpostavki, da bi vse ženske uporabljale maternične vložke 5 let, bi to pomenilo, da to vrsto kontracepcije uporablja 11 % žensk v rodni dobi. Največ uporabnic pa je med 30 in 44 let starimi ženskami, ko to vrsto zaščite uporablja več kot 15 % žensk.

Sterilizacije

Sterilizacije so razmeroma redke, pri moških jih je v zadnjem desetletju zabeleženih v povprečju 0,4 na 1000 in stopnja nekoliko raste, pri ženskah smo zabeležili v istem obdobju 3 na 1000 žensk v rodni dobi, stopnja pa v zadnjih letih pada. Ob upoštevanju povprečne starosti ženske ob sterilizaciji, ki je nekaj pod 40 let, ocenjujemo, da sterilizacijo kot metodo zaščite pred nezaželeno nosečnostjo uporabljala okoli 3,5 % parov.

Kondomi

Podatki o uporabi kondomov so bili zbrani v letih 1999-2001 na vzorcu odraslih, starih med 18 in 49 let. Kondom je v zadnjem mesecu pred raziskavo redno uporabljalo 11,7 % spolno aktivnih moških, ter 9,1 % spolno aktivnih žensk. V raziskavi na vzorcu odraslih, starih med 30 in 45 let, ki so leta 2004 obiskali družinskega zdravnika, jih je o uporabi kondoma poročalo 15 %. Kondom je sicer najpomembnejša oblika kontracepcije pri mladih ob začetku spolnega življenja.

Zaključek

Raba kontracepcije je v Sloveniji v zadnjih desetletjih pomembno porasla, kar se odraža v padcu stopnje dovoljene splavnosti. Najpogostejše uporabljena metoda kontracepcije je trenutno hormonska kontracepcija, med katero v veliki meri prevladuje oralna hormonska kontracepcija. Hitro narašča uporaba novejših preparatov tako kombinirane oralne hormonske kontracepcije kot tudi uporaba izključno progestogenske kontracepcije. V zadnjem desetletju je ponovno porasla tudi uporaba materničnih vložkov.

Literatura

Da Silva MO (coordinator). The Reproductive Health Report. Eur J Contracept Reprod Health Care 2011; 16 Suppl 1: S24-30.

Frost JJ, Duberstein Lindberg L. Reasons for using contraception: perspectives of US women seeking care at specialized family planning clinics. Contraception. V tisku 2012.

Klavs I, Rodrigues LC, Wellings K, Weiss HA, Hayes R. Increased condom use at sexual debut in the general population of Slovenia and association with subsequent condom use. AIDS 2005; 19: 1215-23.

Koren N. Uporaba kontracepcije v populaciji oseb starih 30-45 let z izbranim zdravnikom v ZD Celje. Specialistična naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2004.

Učinkovitost in varnost kontracepcije

Bojana Pinter

Uvod

Izbira kontracepcijske metode je pomembna odločitev. Metoda, ki ni učinkovita, ima lahko za posledico nenačrtovano nosečnost. Metoda, ki ni varna, lahko povzroči pomembne negativne zdravstvene učinke. Metode, katere uporaba se ne sklada z življenjskim slogom uporabnice/ka, le-ta ne bo uporabljal-a pravilno in dosledno. Najboljša kontracepcijska metoda za posameznico/ka ali par je tista, ki je učinkovita, varna in se lahko uporablja pravilno in dosledno. Katero metodo bo posameznik/ca izbral-a, je odvisno od več dejavnikov, najpomembnejši so: učinkovitost, varnost in nekontracepcijske prednosti oz. koristi metode, osebni dejavniki ter dostopnost metode (npr. cena).

Učinkovitost kontracepcije

Kljub široki rabi učinkovite kontracepcije v razvitem svetu, je ena tretjina (npr. v Franciji) do ena polovica nosečnosti (npr. v ZDA) nenačrtovanih (podatkov za Slovenijo nimamo). Ocenjuje se, da je več kot polovica nenačrtovanih nosečnosti posledica zatajitve kontracepcije.

V enem letu 85 % žensk, ki ne uporabljajo kontracepcije in so spolno dejavne, zanosi. Učinkovitost kontracepcijske metode pove, za koliko se zmanjša verjetnost zanositve zaradi uporabe metode v primerjavi z verjetnostjo zanositve, če ženska ne uporablja kontracepcije. Te verjetnosti neposredno ne moremo ugotoviti. Zato učinkovitost ocenjujemo z merjenjem nenačrtovanih zanositev, do katerih pride v obdobju izpostavljenosti zanositvi ob kontracepciji – to je t.i. stopnja zatajitve kontracepcije. Tudi izražanje kontracepcijske učinkovitosti je poenostavljeno, npr. namesto o »20-odstotni stopnji zanositve« govorimo o »80-odstotni učinkovitosti«; izraz je ohlapen, vendar kljub temu sprejemljiv za vsakdanjo rabo, saj tako strokovnjaki kot uporabnice/ki raje izražamo pozitivna stališča. Z vidika današnje terminologije je tudi primerneje govoriti o »učinkovitosti« kot »zanesljivosti« metode.

Učinkovitost kontracepcije opisujeta dva izraza:

- Stopnja zanositve **ob značilni rabi** kontracepcijske metode, ki pove, kakšna je učinkovitost metode ob dejanski rabi, vključno z nepravilno ali nedosledno rabo metode.
- Stopnja zanositve **ob popolni rabi** kontracepcijske metode, ki pove, kakšna je učinkovitost metode ob popolni (pravilni in dosledni) rabi v skladu z navodili za uporabo metode.

Podatke o stopnji zatajitve kontracepcije oz. o zanositvi ob popolni rabi kontracepcijske metode pridobimo iz kliničnih raziskav, ki podajajo zatajitev kontracepcije večinoma ob popolni rabi. Z epidemiološkimi raziskavami pa pridobimo podatke o zatajitvi kontracepcije ob značilni rabi, ki je, poleg intrinzične učinkovitosti metode, odvisna tudi od značilnosti uporabnice (starost, pariteta, osebne značilnosti, pogostnost spolnih odnosov, socialno ozadje, ...), zato se podatki lahko razlikujejo od države do države oz. med populacijami. Za izračun stopnje zatajitve kontracepcijske metode je najnatančnejša statistična metoda metoda življenjskih tabel, ki jo že več desetletij uporabljajo v ZDA v raziskavi National Survey of Family Growth. Po njihovem vzoru so jo uporabili Francozi leta 2000 v svoji nacionalni raziskavi o kontracepciji in splavu in tudi mi v Sloveniji v Rodnostni raziskavi leta 1989 (Tabela 1).

Opazne so razlike v učinkovitosti IUD v epidemioloških raziskavah v različnih državah. Podobne stopnje zanositve ob IUD ob značilni rabi kot pri nas so opazili tudi v raziskavah v ZDA, zato v njihovih podatkih navajajo učinkovitost iz kliničnih raziskav.

Stopnje zanositve ob značilni rabi metod, ki zahtevajo dosledno upoštevanje navodil za rabo, se razlikujejo med različnimi skupinami predvsem zaradi razlik v pripravljenosti posameznikov za popolno rabo metode. Ob daljši rabi metode se stopnja zanositve ob metodi zniža, ker uporabnica/k pridobi več izkušenj z metodo in zato, ker s časom slabše/i uporabnice/ki ne uporabljajo več te metode.

Tabela 1: Odstotek žensk, ki nenačrtovano zanosi v prvem letu značilne in popolne rabe posamezne kontracepcijske metode – podatki za ZDA, Francijo in Slovenijo.

	ZDA 1995-2002		Francija 2000	Slovenija 1989
Metoda	Popolna raba	Značilna raba	Značilna raba	Značilna raba
Brez metode	85	85		
Spermicidi	18	28	22	29*
Naravno načrt. družine	0,4-5	24	8	22
Prekinjen odnos	4	22	10	14
Ženski kondom	5	21		
Moški kondom	2	18	4	7
Diafragma	6	12		29*
KOK in POK	0,3	9	2	1
KC obliž	0,3	9		
Vaginalni obroček	0,3	9		
Progestogen. injekcije	0,2	6		
Bakreni IUD	0,6	0,8	1	5
LNG-IUD	0,2	0,2		
Podkožni vsadki	0,05	0,05		
Sterilizacija ženske	0,5	0,5		
Sterilizacija moškega	0,10	0,15		
LAM	1,5-2**	9**		

*Legenda: KOK – kombinirana hormonska kontracepcija, POK – progestogenska oralna kontracepcija, IUD – maternični vložek, LNG – levonorgestrel, LAM – metoda laktacijske amenoreje, * – spermicidi in diafragma skupaj, ** – v prvih 6 mesecih*

Varnost kontracepcije

Kontracepcijske metode imajo malo hudih stranskih učinkov. Na splošno je raba kontracepcije varnejša od nosečnosti. Hudi stranski učinki so smrt, stanja, ki zahtevajo hospitalizacijo ali kirurški poseg, drugi stranski učinki, okužbe, izguba reproduktivne sposobnosti in bolečina. Letno tveganje za smrt je pri nekadilkah, mlajših od 35 let, ki uporabljajo kombinirano hormonsko kontracepcijo (KHK) 1:1.667.000 na leto, podobno kot je verjetnost smrti zaradi strele – 1:2.000.000; tveganje pri kadilkah, mlajših od 35 let, je ob KHK 1:57.800, pri kadilkah, starih 35-44 let, ob KHK pa 1:5.200, zato se KHK pri kadilkah po 35. letu odsvetuje. Tveganje za smrt zaradi nosečnosti je približno 1:10.000. Tveganje, da v Sloveniji umremo zaradi poškodbe ali zastrupitve, je približno 1:1.500 na leto, kar potrjuje, da so vsakodnevne dejavnosti bistveno bolj tvegane kot raba kontracepcije.

Neželeni stranski učinki

Pogostnost stranskih učinkov zdravil je navedena v »Povzetku glavnih značilnosti zdravila« (angl.: Summary of Product Characteristics – SmPC), namenjenem predpisovalcem, in v »Navodilu za uporabo« (angl.: Patient Information Leaflet – PIL), namenjenem uporabnikom. Pogostnost stranskih učinkov je razvrščena na: zelo pogosti (>10 %), pogosti (1–10 %), občasni (0,1–1 %), redki (0,01–0,1 %) ter zelo redki (<0,01 %). Zaznavanje stopnje pogostnosti glede na uporabljen termin je pri uporabnikih (in tudi pri zdravstvenih delavcih) precej višje od dejanske pogostnosti. Raziskave kažejo, da uporabniki menijo, da se »zelo pogosti« in »pogosti« stranski učinki pojavljajo v 65 % in 45 %, »redki« in »zelo redki« stranski učinki pa v 8 % in 4 %, kar tudi vpliva na njihovo dožemanje varnosti zdravila.

Hudi stranski učinki se najpogosteje pojavljajo pri uporabnicah KHK, predvsem s pridruženimi dejavniki tveganja, pa tudi ob IUD. Temeljna značilnost tveganj za hude stranske učinke je, da so absolutna tveganja, brez dodatnih dejavnikov tveganja, zelo redka, pojavljajo se na manj kot 1:10.000:

- Bolezni srca in ožilja: venske tromboembolije (VTE) se pojavljajo v 4–5 primerih na 10.000 ženskih let pri ženskah v reproduktivni dobi in v 9–10 primerih na 10.000 ženskih let pri jemalkah KOK; podobno je tveganje ob obližu in vaginalnem obroču; v nosečnosti je tveganje povišano na 29 na 10.000 ženskih let, v poporodnem obdobju pa na 300–400 na 10.000 ženskih let. Absolutno tveganje (AT) za srčni infarkt je pri < 30 let starih ženskah 2:1.000.000, ob jemanju KOK je relativno tveganje (RT) 1,8. AT za možgansko kap je pri < 30 let starih ženskah 6:1.000.000, RT ob KOK pa 2,1. Dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni so: starost, debelost, trombofilija, družinska anamneza VTE pred 45. letom starosti, povišan krvni tlak, kajenje in migrena (z žariščnimi znaki).
- Rak dojke in materničnega vratu: kumulativno tveganje za raka dojke v splošni populaciji je majhno, <10:10.000 do 35. leta starosti, pri trenutnih uporabnicah KOK je RT majhno – 1,24, umrljivost zaradi raka dojke pa je enaka med uporabnicami in neuporabnicami KOK. RT za raka materničnega vratu ob jemanju KOK (nujen pogoj je perzistentna okužba s HPV) je pri jemanju KOK več kot 5 let 2,8, umrljivost pa je enaka kot pri neuporabnicah KOK.
- Tveganje za predrtje maternice je 0,044 % (0,44 na 1000 vstavitev) za bakreni IUD in 0,053 % (0,53 na 1000 vstavitev) za LNG-IUD. Tveganje za ekspulzijo IUD pa je 1:20 in je najpogostejše v prvih 3 mesecih po vstavitvi. Tveganje za medenično vnetje ob vstavitvi IUD je manjše od 1:100.

Manjši stranski učinki lahko vplivajo na izbiro kontracepcijske metode. Lahko so hormonsko, kemično ali mehanično povzročeni. Glavobol, slabost, vrtoglavica, občutljivost

dojk in porast teže so lahko stranski učinek hormonskih metod. Motnje menstruacijskega ciklusa kot so vmesne krvavitve, močnejše ali šibkejša krvavitve, se lahko pojavljajo ob hormonskih metodah ali ob IUD. Fizični občutki, kot so zmanjšana občutljivost penisa in pritisk na stene nožnice, so lahko posledica rabe mehaničnih metod. Kemično povzročeni stranski učinki pa so npr. alergija na lateks in baker. Večina teh stranskih učinkov, razen alergij, je ob ustreznem svetovanju sprejemljivih za uporabnico in ni zdravstveni razlog za opustitev ali menjavo metode.

V stališčih uporabnic/kov se pogosto pojavljajo tudi zmote, npr. da:

- KOK zmanjša plodnost, zmanjša libido, povzroči povečanje teže, povzroča sladkorno bolezen,
- IUD poveča tveganje za medenično vnetje, povzroča neplodnost, poveča tveganje za zunajmaternično nosečnost, ni primerna izbira za nulipare ali mladostnice,

kar lahko ovira izbiro najprimernejše kontracepcijske metode.

Nekontracepcijske koristi kontracepcije

Kontracepcijske metode imajo tudi določene nekontracepcijske koristi, zaradi katerih je lahko izbira med različnimi metodami lažja in tudi motivacija za uporabo večja. Zato je pri svetovanju o izbiri kontracepcije priporočljivo vedno poudariti nekontracepcijske koristi, kot npr.:

- Kondom ščiti pred spolno prenosljivimi okužbami (SPO) in posledično pred vnetji rodil in neplodnostjo; prepreči prezgodnjo ejakulacijo.
- Z metodami naravnega načrtovanja družine (NND) se ženske izobrazijo o svoji reproduktivni fiziologiji in lažje načrtujejo želeno nosečnost.
- Ob LNG-IUD se zmanjša količina menstruacijske krvi, zato je primerna izbira za zdravljenje menoragij, ublaži se dismenoreja, zmanjšajo se simptomi endometrioze in adenomioze, kot intrauterini sistem za progestogene ščiti endometrij ob hormonskem nadomestnem zdravljenju.
- Hormonska kontracepcija (KOK) ščiti pred zunajmaternično nosečnostjo, medeničnimi vnetji, prepolovi tveganje za raka jajčnikov, endometrija ter debelega črevesa in danke, izboljša kostno maso pri ženskah z nizkimi ravnmi estrogenov, zmanjša aknavost ter hiperandrogenizem, ublaži dismenoreje, menoragije, anemije ter zmanjša pojavnost predmenstruacijskega sindroma in endometrioze. Podobne koristi je pričakovati ob kontracepcijskih obližih in vaginalnem obročku. POK pa ne vpliva na dojenje.
- Sterilizacija ženske zmanjša tveganje za raka jajčnikov.

Če pri svetovanju in izbiri kontracepcije upoštevamo vse znane dejavnike (priporočila oz. smernice, povzetke glavnih značilnosti zdravila, z dokazi podprto medicino, ...), prednosti in koristi kontracepcije precej odtehtajo tveganja.

Slovenske smernice in merila primernosti za rabo kontracepcije

Pomemben pripomoček za svetovanje varne izbire kontracepcije so slovenske smernice za rabo KHK, POK in IUD in merila primernosti pri predpisovanju posameznih kontracepcijskih metod, ki smo jih sprejeli in objavili leta 2012, leta 2011 pa tudi smernice za rabo urgentne kontracepcije. Smernice in merila smo oblikovali na podlagi meril Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), britanske Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare ter ameriškega Centers for Disease Control and Prevention. Merila primernosti se nanašajo na varnost (neposredna zdravstvena tveganja) rabe določene kontracepcijske metode pri ženskah z določenimi zdravstvenimi stanji ali ob sočasni rabi določenih zdravil; prikazujemo jih v zbirni tabeli, ki je kot dodatek objavljena v tem zborniku.

Na podlagi anamneze, usmerjenega fizikalnega pregleda in, če je potrebno, še dodatnih laboratorijskih preiskav, lahko uporabnico glede na njeno zdravstveno stanje razvrstimo v eno od štirih kategorij primernosti rabe določene kontracepcijske metode:

- **Kategorija 1:** Stanje, kjer ni omejitev za uporabo kontracepcijske metode; kontracepcijska metoda **se uporablja v vseh okoliščinah**.
- **Kategorija 2:** Stanje, kjer so prednosti oz. koristi uporabe kontracepcijske metode na splošno večje od teoretičnih ali dokazanih zdravstvenih tveganj; kontracepcijska metoda **se običajno uporablja**.
- **Kategorija 3:** Stanje, kjer je teoretično ali dokazano tveganje običajno večje od prednosti oz. koristi uporabe kontracepcijske metode; **raba** kontracepcijske metode **običajno ni priporočljiva**, razen izjemoma, če niso na voljo ali niso sprejemljive druge primernejše metode.
- **Kategorija 4:** Stanje, kjer uporaba kontracepcijske metode predstavlja nesprejemljivo zdravstveno tveganje; kontracepcijska metoda **se ne uporablja**.

Zaključek

Za vzdrževanje visoke ravni svetovanja o kontracepciji je potrebno lastno znanje o učinkovitosti in varnosti kontracepcije stalno obnavljati in nadgrajevati. Temeljito poznavanje smernic, priporočil in meril nam omogoča, da je svetovanje v skladu z dokazi podprto medicino ter v čim večje zadovoljstvo naših uporabnic in uporabnikov.

Literatura

Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar MS. Contraceptive Technology. Twentieth Revised Edition. New York: Ardent Media Inc., 2011.

Pinter B. Dejavniki, ki vplivajo na vztrajnost uporabe kontracepcije – ocena z metodo življenjskih tabel. Magistrsko delo. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1992.

Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. Hum Reprod 2007; 22(9): 2422–7.

Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. Fertil Steril 2008; 90(5 Suppl): S103-13.

Bizjak Ogrinc U, Korošec S, Pinter B. Smernice za rabo nujne kontracepcije. Zdrav Vestn 2011; 80 (10): 727-33. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/24>

Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T, Bizjak Ogrinc U. Smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. Zdrav Vestn 2012; 81 (4): 277-88. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/79>

Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T. Slovenske smernice za rabo progestogenske oralne kontracepcije. Zdrav Vestn 2012; 81 (5): 355-62. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/81>

Pinter B, Trojner Bregar A, Imamović Kumalić S. Slovenske smernice za rabo materničnega vložka. Zdrav Vestn 2012; 81 (9): 589-601. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/87>

Reproduktivna fiziologija in farmakologija hormonske kontracepcije

Lucija Vrabič Dežman

Uvod

Učinkovitost hormonske kontracepcije (KC) temelji na preprečevanju ovulacije, v večini uveljavljenih režimov pa z rednimi odtegnitvenimi krvavitvami posnema normalen menstruacijski cikel. Te krvavitve načeloma niso potrebne, a imajo predvsem psihološki pomen za številne ženske, ki si želijo predvidljivih in rednih mesečnih krvavitev. Sprejemanje in dojemanje menstruacije se s socialnega, kulturnega in psihološkega vidika med različnimi kulturami zelo razlikuje. Menstruacija je lahko sprejeta kot počitek in obdobje druženja z drugimi ženskami, kot tudi znak ženstvenosti, plodnosti, mladosti ali čiščenja telesa; lahko pa je povezana z negativnimi čustvi: ranljivostjo, nečistostjo, občutkom sramu in studa. Vsi ti dejavniki, poleg visoke učinkovitosti, lahko vplivajo na odnos žensk do hormonske KC, ki jim omogoča bodisi redne mesečne krvavitve bodisi popolno odsotnost le-teh.

Fiziologija menstruacijskega ciklusa

Menstruacija je periodično luščenje predhodno endogeno sekretorno spremenjenega endometrija. Je odsev in posledica sprememb v delovanju jajčnikov, iz katerih izhajajo spodbude za vse spolne in zunajspolne spremembe med menstruacijskim ciklusom. Spremembe v toku ciklusa potekajo v vseh organih, ki imajo steroidne receptorje, najbolj pa so izražene v jajčnikih, endometriju, nožnici in jajcevodih. Menstruacijski cikel je odvisen od uravnovešenega delovanja hipotalamusa, hipofize, jajčnika, endometrija, drugih delov genitalnega trakta ter mehanizmov povratnih zvez.

Faze menstruacijskega ciklusa delimo na folikularno fazo, ovulacijo in lutealno fazo. Folikularna faza traja od prvega dne menstruacije do ovulacije, zaznamuje jo povišana koncentracija folikle spodbujajočega hormona (FSH). Od 7. dneva ciklusa dalje dozoreva vodilni (dominantni) folikel in sintetizira hormon estrogen: koncentracija FSH se zaradi negativne povratne zveze znižuje, zato ostali, v razvoju zaostali folikli, degenerirajo. Višja količina oz. koncentracija estrogena proti koncu folikularne faze izzove pozitivno povratno zvezo za sproščanje hipotalamičnega sproščevalnega hormona gonadotropinov (GnRH) in s

tem luteinizirajočega hormona (LH), ki takrat doseže predovulatorni vrh. Pod vplivom LH jajčece nadaljuje svojo prvo redukcijsko delitev, ki po 36 urah povzroči razpok zrelega folikla in iztis jajčeca v peritonealno votlino – ovulacijo. Jajčece se oprime jajčnika, mišične kontrakcije jajcevoda pa omogočijo, da s pomočjo fimbrij prispe v notranjost jajcevoda. Sam proces traja od 1-2 dni.

Po ovulaciji se v votlinico razpočenega folikla izlije kri (rdeče telesce). Zrnate celice se spremenijo v velike luteinske celice, rdeče telesce se kmalu spremeni v rumeno telesce. To je žleza z notranjim izločanjem, ki že 48 ur po ovulaciji intenzivno izloča progesteron in tudi estrogene. Delovanje progesterona in estrogena vzpodbuja predhodno proliferativen endometrij v sekretorno transformacijo endometrija, v katerega se ugnezdi zarodek. Zarodek začne proizvajati horionski gonadotropin (HCG), ki deluje na rumeno telesce in vzpodbuja njegovo delovanje. Rumeno telesce se ohrani in deluje do 12. ali 14. tedna nosečnosti, dokler njegove funkcije ne prevzame posteljica.

Če do oploditve ne pride, začne rumeno telesce propadati in se spremeni v brazgotinasto tvorbo, belo telesce. Koncentracija estrogena in progesterona upade, kar je signal hipotalamusu, da začne z novim menstruacijskim ciklusom. Odluči se tudi sloj endometrija in izloči z menstruacijsko krvavitvijo.

Mehanizem delovanja hormonske kontracepcije

Mehanizem delovanja hormonske KC je preprost: hormona estrogen in progestogen preprečujeta ovulacijo, jajčna celica ne dozori in se ne sprosti iz jajčnika, torej se tudi oploditi ne more. To lahko dosežemo že z enim samim hormonom, progestogenom, ki mu pripisujejo več učinkov: inhibicijo ovulacije s supresijo LH vrha, potrebnega za iztis jajčne celice iz jajčnika; zadebelitev cervikalne sluzi; zmanjšano gibljivost jajcevodov; oviranje transporta (gibanja) spermijev, možna inhibicija kapacitacije spermijev in ovirano ugnezdenje zaradi stanjšanja endometrija. Estrogen je dodan predvsem za stabiliziranje endometrija oz. preprečevanje vmesnih krvavitev, pripisujejo pa mu še nekatere KC učinke: delna inhibicija ovulacije s supresijo FSH; preprečitev razvoja dominantnega folikla in istočasna inhibicija LH vrha.

Vrste in oblike hormonske KC

Najpogostejše vrste hormonske KC sestavljata dva hormona, to je t.i. kombinirana hormonska KC (KHK), druge vsebujejo samo en hormon, to je t.i. progestogenska KC. Poznamo več oblik hormonske KC: kombinirana oralna KC (KOK) – tabletki, progestogenska oralna KC (POK) – mini tabletki, kombinirana transdermalna KC – kožni obliž, kombinirana vaginalna KC – vaginalni obroček, progestogenska parenteralna – mišična depojna injekcija in progestogenska subdermalna – podkožni vsadek.

Sestava hormonske kontracepcije

Kombinirano hormonsko KC sestavlja estrogenska ter progestogenska komponenta.

Estrogensko komponento predstavljata dve vrsti estrogena, potenten ester, etinil estradiol (EE) in novejši, identičen človeškemu, 17-beta estradiol. Odmerek estrogena se je z leti zmanjševal, tako poznamo visokoodmerno KOK (50 µg EE ali več), nizkoodmerno KOK (30-35 µg EE) in ultranizkoodmerno KOK (20 µg EE ali manj). V novejših KOK pa je EE nadomestil 17-beta estradiol v odmerku od 1 do 3 mg.

Progestogenska komponenta je bolj raznolika. Idealen predstavnik bi bil sicer naravni progesteron, a je neuporaben zaradi slabe oralne absorpcije, prekratkega razpolovnega časa in hitrega metabolizma pri prvem prehodu skozi jetra. Zato se uporabljajo sintetični progestogeni, ki jih odlikuje boljša oralna absorpcija, daljši razpolovni čas in stabilen plazemski nivo hormona daljše obdobje. Pri njihovi klasifikaciji je nekaj zmede, saj jih poimenujejo glede na različne kriterije. V literaturi pogosto zasledimo klasifikacijo, ki upošteva čas, ko so se pojavili na tržišču. Glede na ta podatek delimo progestogene v prvo generacijo, ki se je pojavila v šestdesetih letih prejšnjega stoletja. To so bile prve kontracepcijske tablete z noretinodrelom. Druga generacija je prišla na tržišče v sedemdesetih letih, ko je Smith leta 1963 sintetiziral levonorgestrel. Tretja generacija se je pojavila v devetdesetih letih. Kasneje odkriti oz. sintetizirani progestogeni pa sodijo v skupino t.i. nerazvrščenih.

Progestogeni so po kemični strukturi podobni progesteronu ali testosteronu. Delimo jih v pregnane, estrane (noretisteron in njegovi presnovki), gonane (levonorgestrel in njegovi presnovki), posebno skupino pa predstavljajo derivati spironolaktone (drospirenon) in nekateri novejši progestogeni (promegeston, trimegeston, ...).

Med seboj se razlikujejo v več lastnostih: tkivni afiniteti, pretvorbi v aktivno obliko, farmakokinetičnih lastnostih (biološki razpoložljivosti in razpolovnem času). Razlikujejo se tudi v bioloških učinkih. Vsem je skupen zgolj progesteronski učinek, transformacija estrogensko pripravljenega endometrija. V vseh ostalih možnih učinkih (androgenem, antiandrogenem, glukokortikoidnem, antimineralokortikoidnem) pa se razlikujejo. Razlike med njimi vplivajo na varnost in sprejemljivost v njihovi klinični uporabi in so odgovorne za neželene učinke ali dodatne ugodne učinke za uporabnice.

Tako novejše generacije progestogenov povzročajo manj nevarnih androgenih neželenih učinkov in boljšo kontrolo ciklusov. Druga generacija progestogenov povzroča v primerjavi s prvo generacijo 40 % manj vmesnih krvavitev, tretja pa v primerjavi z drugo 30 % manj vmesnih krvavitev. A žal istočasno poročajo o večji trombogenosti tretje generacije in novejših progestogenov v primerjavi z drugo generacijo.

Kombinirana hormonska kontracepcija

Kombinirana oralna hormonska kontracepcija

Glede na to, ali je sestava KOK v ciklusu enaka ali se spreminja, poimenujemo KC tabletko monofazne ali večfazne. Pri monofaznih je odmerek obeh hormonov v celotnem ciklusu enak, pri večfaznih pa ima vsak ciklus tri ali več vrst tablet z različnimi odmerki hormonov. Pri večfazni KOK je potrebno jemati tabletko po določenem vrstnem redu, saj so v različnih delih ciklusa odmerki hormonov različni.

Poznamo tudi različne režime uporabe KOK. Pri klasičnem režimu se jemlje aktivne tabletko 21 dni, sledi teden dni premora in krvavitev (»formula« 21/7). Pri prilagojenem režimu se jemlje aktivne tabletko 24 dni, sledijo 4 slepe (placebo) tabletko in krvavitev (24+4). Pri dinamičnem odmerjanju se jemlje aktivne tabletko z različnimi odmerki hormonov 26 dni, sledita 2 slepi tabletko (26+2). Odtegnitvena krvavitev je pogosto odsotna, možne so neželene vmesne krvavitve. Režim podaljšane jemanja tabletke je tudi že dolgo poznan. Tabletko se uporablja neprekinjeno daljše časovne obdobje, tri zavoje (v Veliki Britaniji znano pod imenom »tricikliranje«) ali več, sledi teden dni premora in krvavitev. Prednost takega režima je manj težav, povezanih z menstruacijo, slabost pa več vmesnih krvavitev.

Druge oblike kombinirane hormonske kontracepcije

Za visoko učinkovitost, ki jo nudi KOK, je potrebno dosledno jemanje tabletke, kar je lahko včasih pomanjkljivo, zaradi pozabljenosti ali opustitve jemanja tabletke ob pojavu neželenih učinkov in nenadomestitev le-te z neko drugo KC metodo. Tuji avtorji poročajo, da pozabi vzeti eno tabletko ali več v ciklusu kar 47 % uporabnic, dve ali več pa 22 % uporabnic.

Problem pozabljanja vsakodnevne uporabe KC lahko odpravijo druge oblike hormonske KC npr. kožni obliž ali vaginalni obroček: 33-50 % uporabnic KOK preneha z uporabo v prvem letu v primerjavi s 32 % uporabnic kožnega obliža in 22 % uporabnic vaginalnega obročka. Zaradi drugačne aplikacije in odsotnosti prvega prehoda hormonov skozi jetra nudita ti dve obliki kombinirane hormonske KC še druge prednosti: zagotavljata bolj stabilen nivo hormonov v krvi in bolj stabilen ciklus z manj vmesnimi krvavitvami. A slabost kožnega obliža je, da povzroča več neželenih učinkov kot oralna oblika (boleče krvavitve, slabosti, bruhanje, napetost dojke). Bolje se je obnesel vaginalni obroček, ki ima v primerjavi s KOK manj neželenih učinkov (slabosti, razdražljivost, depresija), vendar nekatere uporabnice oz. njihove partnerje od uporabe odvrača občutek prisotnosti tujka v nožnici.

Progestogenska kontracepcija

Progestogenska kontracepcija ne vsebuje estrogenov, zato je pomembna izbira v primerih, ko KHK ni primerna. V Sloveniji so na voljo tri oblike:

- Progestogenske kontracepcijske tablete (POK): učinkovina je dezogestrel, tablete se jemljejo enkrat dnevno nepretrgoma, brez 7-dnevnega premora. Zelo učinkovito preprečijo zanositev z zavoro ovulacije in zgostitvijo cervikalne sluzi, kar preprečuje semenčicam prehod skozi maternični vrat do maternične votline.
- Progestogenske kontracepcijske injekcije (depo medroksiprogesteron acetat) dajemo v mišico vsake tri mesece (Depo-Provera 150 mg). Mehanizem delovanja je podoben kot pri POK. Kontracepcijske injekcije trenutno v Sloveniji niso registrirane, možen pa je neposreden uvoz preko zdravstvene organizacije.
- Progestogenska KC v enkratnem odmerku (levonorgestrel) se uporablja kot nujna hormonska kontracepcija.

Zaključek

Odkritje kontracepcijske tabletko pred več kot petdesetimi leti je pomenilo veliko prelomnico v razvoju kontracepcije. Mehanizem delovanja kombinirane hormonske kontracepcije sloni na učinku estrogena in progestogena, ki preprečujeta ovulacijo. Velika učinkovitost se je ohranila tudi z manjšanjem odmerka estrogena in uporabo novejših vrst progestogenov, zanesljivost pa je odvisna od človeškega dejavnika. Pozabljene tabletko so pogost vzrok za neuspešnost oralne hormonske KC, zato so druge oblike dobrodošle. Poleg boljše doslednosti uporabe, prinašajo uporabnicam še druge prednosti, vendar pa tudi nekaj omejitev.

Literatura

Kiley J, Hammond C. Combined oral contraceptives: a comprehensive review. Clin Obstet Gynecol 2007; 50(4): 868–77.

Canadian Consensus Guideline on Continuous and Extended Hormonal Contraception, 2007.
Dosegljivo na: http://www.sogc.org/media/pdf/cont-ext-contr-guideline_e.pdf

Endocrinology of the Menstrual Cycle. Dosegljivo na:
<http://sprojects.mmi.mcgill.ca/menstrualcycle/physiology.html>

Vrabič Dežman L. Moja kontracepcija. Ljubljana: Božnar & Partner, 2012.

Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, et al. Classification and pharmacology of progestins. Maturitas 2003; 46 Suppl 1: S7-S16.

Merckx M. Does structures counselling influence combined hormonal contraceptive choice. *EJCRH*, 2011; 16: 418-29.

Lopez, LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (1): CD003552.

Praktični vidiki rabe materničnega vložka

Andreja Trojner Bregar

Uvod

Maternični vložek (*angl.*: intrauterine device – IUD) je varna in učinkovita metoda povratne kontracepcije. Raba IUD se v Sloveniji v zadnjih desetih letih zvišuje; leta 2009 ga je uporabljalo IUD približno 40.000 žensk v starosti 15-49 let, kar predstavlja skoraj 9 % žensk v rodni dobi.

Pri nas je na voljo več vrst IUD z bakrom (bakreni IUD), od leta 1999 pa tudi IUD, ki sprošča hormon progesteron – levonorgestrel (LNG-IUD), t.i. intrauterini sistem (IUS). IUD je primerna metoda kontracepcije predvsem za ženske, ki so že rodile, ki želijo učinkovito, dolgotrajno, reverzibilno metodo kontracepcije, ki si želijo metodo, ki ne zahteva rednega dnevnega jemanja ali aktivnosti pred ali med vsakim spolnim odnosom, doječe matere, ženske, ki bi težko redno jemale oziroma uporabljale kontracepcijo, ženske, pri katerih se odsvetuje uporaba drugih vrst kontracepcije, ženske, ki ne želijo več otrok in se ne želijo sterilizirati.

Pri rabi IUD v Sloveniji sledimo slovenskim smernicam za rabo IUD.

Ocena primernosti uporabnice za uporabo IUD

Z anamnezo ocenimo primernost ženske za uporabo IUD:

- Natančna osebna anamneza.
- Tveganje za spolno prenosljivo okužbo (SPO) (ženske stare < 25 let, ženske stare > 25 let z novim spolnim partnerjem ali več kot enim partnerjem v zadnjem letu ali če ima njihov stalni partner druge spolne partnerje/ke).
- Pri ženskah, ki še niso rodile, uporaba IUD ne zmanjša plodnosti, tveganje za neplodnost ob uporabi IUD je povezano s tveganjem za SPO.
- Ginekološki pregled je nujen del ocene zdravstvenega stanja pred rabo IUD.
- Večje tveganje za SPO – pred vstavitvijo IUD bris materničnega vratu vsaj na klamidijo, po potrebi na gonorejo.
- Če še ni na voljo izvidov preiskav na SPO, pretehtamo morebitno profilakso z antibiotikom proti klamidiji.

- Pri asimptomatskih ženskah ni indikacije za testiranje in zdravljenje okužb spodnjih rodil pred vstavitvijo IUD ali odlašanje vstavitve IUD do izvidov preiskav.
- Pri ženskah z endokarditisom v preteklosti ali z umetno srčno zaklopko je potrebno intravensko antibiotično profilaktično zdravljenje bakterijskega endokarditisa ob vstavitvi in ob odstranitvi IUD.
- Pri IUD z dodatkom progestogena je potrebno upoštevati tudi kontraindikacije zaradi hormona.

V Sloveniji so na voljo ali so bili na voljo v zadnjih desetletjih različni tipi IUD (Tabela 1).

Tabela 1: Različni tipi IUD, ki so ali so bili na voljo v Sloveniji.

Tip IUD	Učinkovina	Mere IUD	Primerna dolžina mater. votline	Registr. raba	Z dokazi podprta dovoljena raba	Delež (%) zanositev v 5 letih
Flexi-T 300	baker 300 mm ²	dolžina 28 mm širina 23 mm	≥ 5 cm, tudi nulipare	5 let	5 let	< 1% (1 leto)
Flexi-T+ 380	baker 380 mm ²	dolžina 32 mm širina 28 mm	≥ 6 cm	5 let	5 let	< 1% (1 leto)
Ginetik normal	baker 250 mm ²	dolžina 32 mm širina 30 mm	≥ 6 cm	5 let	5 let	< 1% (1 leto)
Ginetik mini	baker 250 mm ²	dolžina 27 mm širina 24 mm	tudi nulipare	5 let	5 let	< 1% (1 leto)
TCu380A	baker 380 mm ²		≥ 6,5 cm	10 let	< 12 let	< 2%
TCu380S	baker 380 mm ²			10 let	< 10 let	< 2%
Multiload Cu375	baker 375 mm ²		≤ 6,5 cm	5 let	< 10 let	
Mirena	LNG 14µg/24 ur	dolžina 32 mm širina 32 mm	≥ 6 cm	5 let	< 7 let (ženske stare ≥ 45 let ob vstavitvi IUD)	< 1%

Informacije za uporabnico IUD

Poglavitni način delovanja bakrenega IUD in LNG-IUD je preprečevanje oploditve. V petih letih zanosi manj kot 2 % žensk ob rabi bakrenega IUD in manj kot 1 % ob rabi LNG-IUD.

Uporabnicam je potrebno dati ustno in pisno informacijo o načinu delovanja IUD, učinkovitosti, trajanju zaščite, zapletih, stranskih učinkih, tveganjih, koristih, izbiri IUD ter povratku plodnosti:

- Uporabnica mora po pojasnilu prostovoljno privoliti v poseg.
- Po odstranitvi IUD se plodnost povrne takoj. Priporočljivo je, da ženska ne zanosi prvi mesec po odstranitvi IUD, da se iz telesa izločijo sledovi bakra oz. progestogena. Če načrtuje zanositev, naj vsaj en mesec pred načrtovano zanositvijo začne jemati pripravke folne kisline.
- Pri ženskah, ki jim vstavimo bakreni IUD pri starosti 40 let ali pozneje, lahko IUD ostane v maternici še eno leto po menopavzi, če menopavza nastopi po 50. letu, oziroma dve leti, če menopavza nastopi pred 50. letom.
- LNG-IUD je registriran kot kontraceptiv za 5 let; pri ženskah, ki jim vstavimo LNG-IUD pri starosti 45 let ali pozneje, lahko IUD ostane v maternici 7 let, oziroma dokler ni potrjena menopavza.

Varna vstavev IUD

- Upoštevati udobje in varnost uporabnice, oceniti potrebo po protibolečinskem zdravljenju.
- Bimanualni ginekološki pregled.
- Ni dokazov za koristnost čiščenja ektocerviksa pred vstavitvijo IUD.
- Sterilne rokavice niso potrebne, če je IUD že v inserterju in je za vložitev IUD uporabljena tehnika »brez dotika«.
- Ob vstavitvi IUD s špičasto prijemalko stabiliziramo maternični vrat, da po potrebi izmerimo dolžino maternične votline in zmanjšamo možnost predrtja maternice ob vložitvi IUD. IUD vložimo po navodilih za posamezni tip vložka.
- Vstavev in vrsto IUD je potrebno dokumentirati.

Zdravnik lahko zanesljivo domneva, da ženska ni noseča, če ženska nima znakov in simptomov nosečnosti in:

- ni imela spolnih odnosov od zadnje normalne menstruacije;
- je pravilno in dosledno uporabljala učinkovito metodo kontracepcije;
- je v prvih 7 dneh od začetka normalne menstruacije;
- je v prvih 7 dneh po splavu;

- doji izključno/skoraj izključno, je amenoroična in manj kot 6 mesecev po porodu.

V Sloveniji običajno vstavimo IUD v prvih 5 dneh po začetku menstruacije, ker je manjša verjetnost vstavitve IUD v nosečo maternico in je kanal materničnega vratu širši kot po menstruaciji. IUD lahko vstavimo tudi v času ovulacije, ko je kanal materničnega vratu ponovno širši, če zanesljivo vemo, da ženska ni noseča. IUD lahko vstavimo tudi po uspešni histeroskopski operaciji maternične pregrade. Pomembno je izbrati ustrezno velikost IUD. Dolžino in širino maternične votline lahko ocenimo z vaginalno UZ preiskavo in glede na meritve izberemo ustrezno velikost IUD. Po vstavitvi nitke IUD odrežemo, tako da zunaj materničnega vratu ostane približno 2 cm. Uporaba tamponov ob vstavljenem IUD ni prepovedana.

Spremljanje uporabnice IUD

Po vstavitvi IUD moramo uporabnico seznaniti z več vidiki uporabe IUD:

- Ustno in pisno jo poučimo o tipu vstavljenega IUD in predvidenem trajanju rabe.
- Stanja, ob katerih naj poišče zdravniško pomoč: simptomi medenične okužbe, dolgotrajne motnje menstruacijskega ciklusa, izostanek menstruacije, netipne nitke IUD, tipanje stebila IUD v nožnici.
- Spolne odnose odsvetujemo približno 7 dni po vstavitvi.
- Kontrola nitke IUD.
- Ob večjem tveganju za SPO svetujemo dodatno uporabo kondoma ob IUD.
- Kontrolni pregled je potreben po prvi menstruaciji po vstavitvi IUD oz. po 3 do 6 tednih od vstavitve; letni kontrolni pregledi rutinsko niso potrebni.
- Ob sumu na nosečnost ob IUD je potrebno pomisliti tudi na zunajmaternično nosečnost, ki je pri IUD pogostejša kot pri drugih metodah kontracepcije.
- Če uporabnica želi odstranitev IUD brez nevarnosti, da bi prišlo do zanositve, naj pride na odstranitev IUD v prvih dneh menstruacijskega ciklusa; če želi odstranitev kasneje v ciklusu, naj se vzdrži spolnih odnosov ali uporablja drugo metodo učinkovite kontracepcije vsaj 7 dni pred odstranitvijo IUD; če je imela spolni odnos v predhodnih 7 dneh, je potrebno pretehtati potrebo po odstranitvi IUD in morebitni hkratni hormonski nujni kontracepciji.
- Zamenjava IUD je možna v istem ciklusu, takoj po odstranitvi prvotnega IUD.
- Če so v brisu materničnega vratu prisotni organizmi podobni aktinomicetam (ALO) brez simptomov ali znakov okužbe, je varna takojšnja ponovna vstavitev IUD ali vstavitev v 3-5 dneh po odstranitvi IUD. Potreba po premoru med odstranitvijo in ponovno vstavitvijo IUD ter po morebitni antibiotični profilaksi v primeru prisotnosti ALO je prepuščena individualni presoji zdravnika.

- Pri diagnostiki in zdravljenju predrakavih sprememb materničnega vratu z električno zanko (LLETZ) IUD ni potrebno odstraniti; če je možno, naj IUD ostane vstavljen; odločitev je prepuščena klinični presoji lečečega zdravnika. V primeru, da bo odstranitev IUD potrebna, uporabnici svetujemo spolno vzdržnost ali uporabo kondoma vsaj 7 dni pred LLETZ. V primeru nepričakovane odstranitve IUD ocenimo tveganje za neželeno nosečnost v ciklusu in po potrebi svetujemo alternativne metode kontracepcije (npr. nujna hormonska kontracepcija). IUD lahko ponovno vstavimo 4-6 tednov po LLETZ.
- Dokazov o morebitnih tveganjih pri magnetno resonančnem slikanju ob vstavljenem bakrenem IUD ni. Uporabnica naj pred slikanjem radiologa opozori, da ima vstavljen IUD.

IUD kot nujna kontracepcija

Uporabimo lahko bakreni IUD, ki povzroči vnetni odziv endometrija in ovira ugnezdjenje, baker v cervikalni sluzi pa ovira gibljivost semenčic in oploditev. Vstaviti ga moramo v 5 dneh po nezaščitenem spolnem odnosu. Če lahko ocenimo čas ovulacije, lahko vstavimo bakreni IUD tudi po 5 dneh po nezaščitenem spolnem odnosu, vendar ne, če je od ovulacije preteklo več kot 5 dni. Ženske lahko obdržijo nujni IUD kot stalno kontracepcijo.

Obravnava zapletov, povezanih z IUD

Tabela 2: Obravnava zapletov, povezanih z IUD.

Zaplet, povezan z IUD	Obravnava
Sum na predrtje ob vstavitvi	- Postopek ustavimo in preverimo vitalne znake (krvni tlak, utrip) in stanje ženske vsakih 5-10 minut v prvi uri po predrtju, nato vsake pol ure, dokler ni bolnica stabilna. - Če nastopijo spremembe v vitalnih znakih ali hematokritu, bolečina ali znaki peritonealnega draženja, nastavimo i.v. kanal in bolnico pod nujno napotimo v ustrezno bolnišnico. - Opravimo UZ pregled rodil in/ali RTG trebuha na prazno, da določimo lokacijo IUD, čim prej. - Če je stanje normalno in je IUD odstranjen, lahko gre ženska domov 6 ur po predrtju. - IUD lahko ponovno vstavimo po 6 tednih od predrtja.
Netipne nitke	- Uporabnica naj uporablja drugo metodo kontracepcije ali se vzdrži spolnih odnosov do razjasnitve zapleta. - Če ne vidimo nitk, naredimo UZ pregled rodil. Če je IUD v maternici, lahko tam ostane vstavljen ali pa ga odstranimo z ozko prijemalko ali Novakovo kireto, po potrebi histeroskopsko. - Če UZ ne določimo lokacije IUD in nimamo dokazov za ekspanzijo, opravimo RTG trebuha na prazno. - Če je IUD v trebušni votlini zunaj maternice, žensko napotimo na kirurško odstranitev IUD.
Nenormalne krvavitve	- Izključitev bolezni ali okužb rodil, če stanje traja več kot 6 mesecev po vstavitvi. - Pri uporabnicah LNG-IUD moramo ob spremembi vzorca krvavitve izključiti okužbe, nosečnost in bolezni rodil (UZ rodil, biopsija endometrija). - Pri uporabnicah bakrenega IUD lahko mazanje, blage in močnejše ter podaljšane krvavitve zdravimo z nesteroidnimi antirevmatiki (ne aspirin) ali antifibrinoliti.
Nosečnost	- Izključiti moramo zunajmaternično nosečnost. - Uporabnico, ki je zanosila ob IUD, seznanimo z večjo možnostjo spontanega splava v 2. trimesečju, prezgodnjega poroda in okužbe, če IUD ostane v maternici. - Odstranitev IUD ob nosečnosti zmanjša tveganja; verjetnost spontanega splava zaradi odstranitve IUD je majhna. - Če so nitke IUD vidne, odstranimo IUD do 12. tedna nosečnosti. - Če nitke IUD niso vidne, jih poiščemo ob porodu ali prekinitvi nosečnosti, po potrebi opravimo RTG trebuha na prazno.
Sum na medenično vnetno bolezen	- Če so prisotni simptomi in znaki medenične vnetne bolezni, uvedemo ustrezne antibiotike. - IUD ni potrebno odstraniti, razen če simptomi ne izginejo v naslednjih 72 urah ali če ženska želi odstranitev IUD. - Če odstranimo IUD, po potrebi hkrati predpišemo nujno hormonsko kontracepcijo. - Pri potrjeni medenični vnetni bolezni ali sumu nanjo spremljamo žensko, dokler simptomi in znaki ne izginejo, po potrebi zdravimo partnerja in ocenimo nadaljnje tveganje za SPO in svetujemo o varni spolnosti.
Prisotnost aktinomicetam podobnih organizmov (ALO)	- Če so ob IUD v brisu materničnega vratu prisotne ALO brez simptomov ali znakov okužbe, odstranitev IUD ni potrebna. - Če se pojavijo simptomi in znaki okužbe, moramo hkrati iskati tudi druge vzroke okužb (SPO) in po potrebi odstraniti IUD.

Zaključek

Smernice o uporabi IUD so sistematično pripravljena priporočila, ki zdravnikom pomagajo pri odločanju o načinu primerne in varne uporabe IUD.

Literatura

Pinter B, Trojner Bregar A, Imamović Kumalić S. Slovenske smernice za rabo materničnega vložka. Zdrav Vestn 2012; 81 (9): 589-601.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010.

World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Fourth edition, 2009. Geneva: World Health Organization, 2009.

Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC guidance. Emergency contraception. April 2006. J Fam Plann Reprod Health Care 2006; 32 (2): 121-8.

Pregradna kontracepcija – fizikalna in kemična

Marija Ilijaš Koželj

Uvod

Zaščita pred neželeno nosečnostjo je že več tisočletij del našega življenja. Kontracepcijske metode so uporabljali bodisi na skrivaj ali ne, odvisno od morale določenega obdobja. Fizikalne pregradne metode kontracepcije mehansko preprečijo prehod spermijev v maternico in s tem oploditev jajčeca. Vezane so na spolni odnos in se uporabljajo neposredno v povezavi z njim. Sodiijo med manj zanesljive metode, npr. kondom, diafragma in cervikalna kapica. Način in pravilna uporaba pregradne metode močno vplivata na stopnjo zaščite pred neželeno nosečnostjo.

Pregradne metode kontracepcije imajo manj neželenih učinkov od hormonske kontracepcije in zmanjšajo tveganje za prenos klamidijske okužbe, gonoreje, sifilisa in *Trichomonas vaginalis*. Z redno in pravilno uporabo kondoma se pomembno zmanjša tveganje za prenos okužbe s HIV.

Kemične pregradne metode (spermicidi) v obliki kreme, pene, želeja, filma, vaginalnih svečk ali tabletk, so kemične substance, ki ohromijo ali uničijo spermije. Dostopne so brez recepta, njihova uporaba se priporoča skupaj s kondomom, diafragma ali cervikalno kapico. Zaščita pred spolno prenosljivimi okužbami (SPO) se s sočasno uporabo spermicidnih sredstev ne poveča.

Fizikalna pregradna kontracepcija

Moški kondom je v tanek, raztegljiv, v obliki tulca, vrh katerega je rezervoar za semensko tekočino. Večina kondomov je iz lateksa, pri preobčutljivosti na lateks se priporoča raba kondomov iz poliuretana. Pri kondomih iz naravnega materiala je zaradi drobnih por tveganje za prenos virusov hepatitisa B, HSV in HIV večje. Kondom mehansko prepreči izliv semenske tekočine v nožnico. Kontracepcijska učinkovitost je pri pravilni uporabi kondoma 98 %, zaradi nepravilne rabe pa zanosi večje število žensk (do 18 žensk na 100 žensk letno). Redna in pravilna raba kondoma iz lateksa zmanjša tveganje za nekatere SPO. Izsledki raziskav kažejo:

- da se zmanjša tveganje za prenos gonoreje, klamidije, sifilisa, *Trichomonas vaginalis*, HIV in HPV pri ženskah, katerih partnerji so pravilno in dosledno uporabljali kondom;
- pravilna in dosledna raba kondomov zmanjša tveganje za prenos okužbe s HIV pri HIV negativnih ženskah, ki so imele stabilno zvezo s HIV pozitivnimi partnerji;
- pravilna in dosledna raba kondomov zmanjša tveganje za okužbo s HIV za 69 odstotkov.

Moški kondom ima za uporabnike vrsto kontracepcijskih in nekontracepcijskih prednosti, pa tudi nekaj pomanjkljivosti.

- Prednosti: Uporablja se brez omejitev in je primeren za večino parov za stalno ali občasno uporabo. Je neškodljiv in je prosto dostopen v lekarnah, trgovinah, na bencinskih črpalkah in kondomatih. Pri nekaterih moških prepreči prezgodnjo ejakulacijo. Kondom zmanjša tveganje za SPO vključno z virusom HIV. Priporočljiv je pri ljudeh s tveganim spolnim življenjem, pri mladih na začetku spolnega življenja ter v obdobju pred menopavzo.
- Pomanjkljivosti: Zmanjšanje zadovoljstva in občutja med spolnim odnosom, zmanjšanje erektilne sposobnosti ob uporabi kondoma ter občutljivost na lateks so pomanjkljivosti, ki vplivajo na nedosledno in nepravilno uporabo ali neuporabo kondoma pri spolnem odnosu. Kondom je le za enkratno uporabo in zahteva sodelovanje obeh partnerjev. Ni brezplačen.

Ženski kondom – femidom je večji, v obliki tulca s fiksnim zunanjim obročem in je prevlečen z lubrikantom. Izdelan je lahko iz naravnega ali sintetičnega lateksa ali iz poliuretana. Mehanično prekrije nožnico in del zunanjega spolovila ter tako prepreči izliv semenske tekočine v nožnico in stik zunanjega spolovila pred telesnim stikom. Kontracepcijska učinkovitost pri pravilni rabi femidoma je 95 %, zaradi nepravilne rabe pa zanosi kar 21 % žensk. Raziskav, ki bi primerjale učinkovitost moškega kondoma in femidoma pred neželeno nosečnostjo in tveganjem za prenos SPO, je malo. Poročajo o nekoliko večjem številu »mehaničnih« težav (vstavitev, izpad, poškodba, nepravilna penetracija) ter manjšem tveganju za prenos SPO pri rabi femidoma. V Sloveniji je na voljo v spletnih trgovinah.

- Prednosti: Femidom je varen, učinkovit in dostopen brez recepta. Zmanjša tveganje za SPO. Ker je iz sintetičnih materialov, ni občutljiv na temperaturo in vlago in ima malo preobčutljivostnih reakcij. Uporaba oljnih lubrikantov ne zmanjša kontracepcijske učinkovitosti. Za razliko od kondoma, se femidom lahko vstavi v nožnico že pred spolnim odnosom.

- Pomanjklivosti: Ženske odklanjajo uporabo femidoma zaradi težav pri vstavljanju, vidnem zunanjem obroču, višji ceni in slabi dostopnosti. Femidom je le za enkratno uporabo in se ne priporoča za analne spolne odnose.

Diafragma je mehanski kontracepcijski pripomoček. Podobna je gumijasti kapici. Sestavljena je iz jeklenega peresa, preko katerega je napeta membrana iz lateksa, ki prekrije maternični vrat in tako preprečuje vstop semenske tekočine v maternico. Priporoča se sočasna uporaba spermicidnega sredstva. Diafragmo ločimo glede na sestavo (lateks, silikon), vrsto in velikost. Kontracepcijska učinkovitost pri pravilni rabi diafragme in spermicidnega sredstva je 94 %, zaradi nepravilne rabe zanosi 12 % žensk. V Sloveniji je diafragma na voljo v spletnih trgovinah. Prednosti in pomankljivosti diafragme:

- Prednosti: Diafragma je neškodljiv kontracepcijski pripomoček. Ženska si lahko vstavi diafragmo že prej pred spolnim odnosom. Uporabljajo jo lahko doječe matere ter ženske, pri katerih je uporaba estrogenov kontraindicirana..
- Pomanjklivosti: Za določitev velikosti diafragme je nujen obisk pri ginekologu. Pri vstavitvi je potrebna izkušnost. Po odnosu mora ostati v nožnici najmanj šest in ne več kot štiriindvajset ur. Po uporabi zahteva diafragma skrbno nego in vzdrževanje. Uporaba diafragme se odsvetuje ženskam, ki so preobčutljive na lateks, silikon ali spermicide, pri ženskah s pogostimi vnetji sečil ter pri ženskah s predhodnim sindromom toksičnega šoka. Po nosečnosti, splavu, kirurškem posegu v mali medenici ali večji izgubi telesne teže (5 do 10 kg) je potrebna ponovna umeritev diafragme. Ni primerna za ženske s povešeno ali zdrsnjeno maternico. Diafragma ne zmanjša tveganje za SPO. Ni brezplačna.

Cervikalna kapica je izdelana iz lateksa ali silikona v različnih velikostih. Tako kot diafragma prekrije maternični vrat in prepreči vstop semenske tekočine v maternico. Priporoča se sočasna uporaba spermicida. V nožnici lahko ostane do 48 ur. V Sloveniji so na voljo le v spletnih trgovinah.

Kemična pregradna kontracepcija

Spermicidi so v obliki kreme, pene, želeja, filma, vaginalnih svečk ali tabletk. So kemične substance (nonoxynol-9), ki ohromijo ali uničijo spermije. Kontracepcijsko učinkovitost ocenjujejo od 71 do 85 %. Spermicidi so dostopni v lekarnah brez recepta, v Sloveniji so trenutno na voljo le v spletnih trgovinah. Lahko se uporabljajo samostojno, vendar imajo večjo učinkovitost pri zaščiti pred neželeno nosečnostjo skupaj s kondomom, diafragmo ali cervikalno kapico. Spermicidi lahko povzročajo draženje vaginalne sluznice in povečajo tveganje za vnetje sečil. Uporaba spermicida ne ščiti pred SPO.

Zaključek

Pregradne metode kontracepcije mehansko preprečijo prehod spermijev v maternico in s tem oploditev jajčeca. Vezane so na spolni odnos in se uporabljajo neposredno v povezavi z njim. V skupini manj učinkovitih metod so kondom, diafragma, cervikalna kapica in spermicidi. Način in dosledna raba pregradne metode močno vplivata na stopnjo zaščite pred neželjeno nosečnostjo. Z redno in pravilno rabo kondoma se pomembno zmanjša tveganje za prenos spolno prenosljivih okužb vključno s HIV. Uporaba spermicidov se priporoča skupaj s kondomom, diafragmo ali cervikalno kapico.

Literatura

National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Workshop Summary: Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Diseases (STI) Prevention, July 20, 2001. Dosegljivo na: <http://www.niaid.nih.gov/dmid/STIs/condomreport.pdf>

Gallo MF et al. Non-latex versus latex male condom contraception. Cochrane Database Syst Rev 2006; CD003550.

Bounds W, Guillebaud J, Newman GB. Female condom (Femidom). A clinical study of its use-effectiveness and patient acceptability. Br J Fam Plann 1992; 18: 36-41.

Cook L et al. Diaphragm versus diaphragm with spermicides for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2009; CD002031.

Schreiber CA et al. Effects of long-term use of nonoxynol-9 on vaginal flora. Obstet Gynecol 2006; 107: 136.

Naravne metode načrtovanja družine

Milena Igličar

Uvod

»Metoda naravnega načrtovanja družine (NND) je ravnanje, s pomočjo katerega lahko poskušamo zanositi ali pa se nosečnosti izogniti, ker lahko z opazovanjem naravno pojavljajočih se telesnih znakov in znamenj v teku menstruacijskega ciklusa določimo plodne in neplodne dneve v aktualnem ciklusu. Če uporabljamo NND za preprečevanje nosečnosti, predpostavlja ta metoda spolno vzdržnost v plodni fazi ciklusa.« (definicija Svetovne zdravstvene organizacije – SZO).

Naravne metode načrtovanja družine temeljijo bodisi na opazovanju sprememb sluzi materničnega vratu (Billingsova metoda, FertilityCare), merjenju jutranje telesne temperature (temperaturna metoda) ali kombinaciji obeh (simptotermalne metode). Novejše metode NND so zanesljive, če jih par dobro pozna in natančno upošteva pravila. Številni pari jih uporabljajo zaradi moralnih zadržkov do uporabe kontracepcijskih sredstev. Ker nimajo negativnih vplivov na zdravje, jih lahko uporabljajo tudi ženske, ki zaradi različnih bolezni ne smejo uporabljati kontracepcijskih sredstev. Pri teh metodah sodelujeta oba partnerja in če tak način urejanja spočetij oba pozitivno sprejemata, to pozitivno vpliva na njun medsebojni odnos. Ženske so zadovoljne, ker živijo uglašeno z naravnim ritmom svojega telesa. Ti pari so si večinoma zvesti. Nenazadnje so metode zelo poceni.

Zgodovinski razvoj in bistvene značilnosti posameznih metod

Prva znanstvena spoznanja o plodnem času sta posredovala ginekologa Ogino (Japonska) in Knaus (Avstrija), ki sta v tridesetih letih 20. stoletja neodvisno drug od drugega ugotovila, da pride do ovulacije 12-16 dni pred naslednjo menstruacijo. Pravila, ki sta jih postavila, so določala neplodni čas na podlagi predhodnih dolžin ciklusov (**Knaus-Oginova ali koledarska metoda**). Ker je ta metoda temeljila na statistični verjetnosti, je bila zelo nezanesljiva, in se danes kot samostojna metoda ne priporoča več.

Temperaturna metoda se je razvila po letu 1940 na podlagi spoznanja, da se bazalna temperatura po ovulaciji pod vplivom hormona progesterona dvigne za nekaj desetink stopinje in ostane povišana do menstruacije. Metoda je zanesljiva, njena slabost pa je v tem,

da si ženska neplodne dneve lahko določi šele po ovulaciji. Neuporabna je v času anovulatornih ciklusov, v času dojenja in v perimenopavzi.

Avstralski nevrolog John Billings je skupaj s svojo ženo Evelyn okrog leta 1960 razvil ovulacijsko metodo opazovanja cervikalne sluzi, imenovano **Billingsovo metodo**. Spoznala sta, da so ženske same sposobne prepoznavati plodne dneve na osnovi občutka, ki ga ta sluz povzroča ob vходу v nožnico in na osnovi videza izločene sluzi. Sluz iz cervikalnega kanala se pri različnih hormonskih dogajanjih značilno spreminja, kar sta s svojimi raziskavami potrdila endokrinolog James Brown in fiziomorfolog Erik Odeblad. Nizke koncentracije estrogena se odražajo v t.i. bazalnem neplodnem vzorcu občutka in videza sluzi, ob višjih koncentracijah pa prihaja do drugih vzorcev, ki jih par lahko prepozna kot nastop možno plodnih dni in jih lahko spremlja vse do t.i. vrhunca plodnosti, tj. zadnjega dneva maksimalnega občutka (tj. spolzkosti) in/ali videza tekoče ali raztegljive, prozorne sluzi. Prednost te metode je enostavnost ter uporabnost tudi med dojenjem, ob nerednih ciklih in v perimenopavzi. Natančno je predstavljena v knjigi *The Billings Method*, zadnja revidirana izdaja je izšla leta 2008. V slovenščini je bila izdana precej starejša izdaja z naslovom *Načrtovanje družine z ovulacijsko metodo*, ki je že dolgo razprodana.

Simptotermalno metodo je prvi leta 1965 javno predstavil avstrijski zdravnik Joseph Rötzer. Po tej metodi določimo začetek plodnih dni na podlagi najzgodnejšega dviga telesne temperature v vseh dosedanjih ciklih in opazovanja sluzi, konec plodnih dni pa na podlagi opazovanja sluzi in merjenja bazalne temperature. Leta 1981 je bila v Nemčiji ustanovljena interdisciplinarna znanstvena delovna skupina za naravno načrtovanje družine. Vključevala je ginekologe, pedagoge, psihologe in delovala na več univerzah. Ta je v modelnem projektu izdelala temelje za izpopolnjeno simptotermalno metodo **Sensiplan**. Metoda je natančno predstavljena v priročniku in delovnem zvezku *Naravno in zanesljivo*, ki sta v prenovljeni izdaji letos izšla tudi v slovenskem jeziku. Metoda Sensiplan je sprejeta kot zanesljiva kontracepcijska metoda tako pri Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF), kot tudi pri European Society of Contraception and Reproductive Health.

Danes se pri nas poučuje tudi standardizirana Billingsova metoda imenovana **FertilityCare**. Pred več kot 30 leti jo je začel razvijati ameriški ginekolog dr. Thomas Hilgers, v Evropo jo je pripeljal irski zdravnik dr. Phil Boyle pred 13 leti. Prvi center za *FertilityCare* in *NaPro* je nastal na Irskem, sedaj se centri širijo po Evropi. Metoda poleg določanja občutka in videza sluzi določa tudi opazovanje vseh krvavitev v ciklusu, nožničnih izcedkov, bolečin in drugih znakov, ki jih ženska pri sebi morda opazi. Natančno in standardizirano beleženje omogoča učitelju in ginekologu objektivni pogled v cikel. Vse to je v veliko pomoč pri prepoznavanju nekaterih bolezni in pri težavah z zanositvijo.

Pri nas obstajajo komercialni testi, ki na podlagi dviga LH v urinu določijo najbolj plodne dneve v ciklusu. Služijo bolj za pomoč parom, ki imajo težave z zanositvijo. V tujini je na tržišču pripomoček Persona, ki na podlagi merjenja nivoja LH v urinu in pomnjenja predhodnih ciklov pomaga določiti plodne dni. Zanesljivost je ocenjena na 94 %.

Učinkovitost posameznih metod

Ločimo teoretično učinkovitost posameznih metod pri doslednem upoštevanju pravil in uporabno učinkovitost metode. Večina raziskav učinkovitosti je opravljenih med pari, ki obiskujejo tečaje posameznih metod in si natančno beležijo vsa opazovanja. Učinkovitost **Knaus-Oginove metode** je bila samo 53 %. Učinkovitost temperaturne metode je ob strogi uporabi visoka, vendar se zaradi nepraktičnosti kot samostojna metoda ni dosti uporabljala. Multicentrična študija SZO je pokazala, da je učinkovitost **Billingsove metode** ob dosledni rabi 97,8 %.

V Nemčiji, na univerzah v Düseldorfu in Heidelbergu, že dolga leta spremljajo zanesljivost simptomermalne metode med ženskami, ki obiskujejo tečaj učenja metode. Rezultati 20 let potekajoče prospektivne longitudinalne kohortne raziskave, ki je vključevala 900 žensk, kažejo, da je 322 parov v plodnih dneh abstiniral, do nenačrtovane nosečnosti je prišlo v 0,4 %; 509 parov je v teh dneh uporabljalo dodatne pregradne metode, nenačrtovano je zanosilo 0,6 % žensk. Ostali so imeli občasno nezaščiten spolni odnos tudi v plodnih dneh, med temi je odstotek nenačrtovanih nosečnosti bistveno višji – 7,5 %. Iz raziskave je predčasno izstopilo 9,2 % žensk, kar priča o dobri sprejemljivosti metode. Omenjena raziskava kaže, da je učinkovitost te metode ob dobrem poznavanju in dosledni uporabi primerljiva z uporabo zanesljivih kontracepcijskih sredstev. Rezultati raziskav o zanesljivosti metode **FertilityCare** pa kažejo na 98,7-99,9 % učinkovitost metode ob pravilni uporabi, in na 94,6-97,7% uporabno učinkovitost.

Uporaba naravnih metod v Sloveniji

Podatki o uporabi hormonske kontracepcije, materničnih vložkov ter opravljenih sterilizacijah kažejo, da slaba polovica žensk v rodni dobi ne uporablja nobene od teh oblik kontracepcije. Nekatere nimajo spolnih odnosov, nekateri uporabljajo kondom ali prekinjen spolni odnos, ali naravne metode. Po podatkih iz ankete opravljene v treh ginekoloških ambulantah leta 2000 je naravne metode uporabljalo 8 % vseh parov, po anketah opravljenih na Celjskem območju leta 2004 pa 16 %. Seveda vsi ti pari naravnih metod ne poznajo natančno in pravil ne upoštevajo dosledno. Nekatere ženske površno določijo plodne dneve v mesecu in se brez natančnega opazovanja na to zanesejo. Med temi so tudi nenačrtovane zanositve in to daje občutek, da so naravne metode nezanesljive. Med ženskami, ki so opravile umetno prekinitev nosečnosti, jih je leta 2009 2,5% navedlo, da so kot metodo ob zanositvi uporabljale naravno metodo.

Velik delež parov, ki uporabljajo naravne metode načrtovanja družine, že vnaprej sprejema večje število otrok. Med tistimi, ki to metodo jemljejo resno, so umetne prekinitve nosečnosti zelo redke, saj večinoma sprejmejo otroka v primeru nenačrtovane zanositve. Določena obdobja, ko res ne želijo zanositi, pravila strogo upoštevajo, v obdobjih, ko se čutijo bolj odprti za novo življenje, pa se pravil držijo manj natančno. Poznavanje znakov plodnosti paru zelo pomaga v času načrtovanja nosečnosti, še posebej v primeru težav z zanositvijo.

V ginekološki ambulanti lahko naravne metode predstavimo le okvirno. Za natančno učenje je premalo časa. Bistveno je, da jim za to možnost povemo in da ženskam poudarimo, kako pomembno je natančno učenje in dosledno upoštevanje pravil. Pri nas že vsa leta potekajo tečaji s strani akreditiranih učiteljic simptotermalne metode v Družinskem centru Betanija v Ljubljani. Billingsovo ovulacijsko metodo prav tako akreditirane učiteljice poučujejo v Društvu Gibanje za življenje. Pred leti se je izobrazilo večje število učiteljev in pridobilo mednarodno licenco za poučevanje metode Sensiplan. Tečaji potekajo po različnih krajih Slovenije. Metodo *Fertilitycare* poučujejo v Zavodu Iskreni.net. Vsi tečaji so sestavljeni iz teoretičnega in praktičnega dela, ko ženska natančno beleži svoja opazovanja in se o tem sproti pogovarja z učiteljem. Večinoma tečaj obiskujejo v parih. Kot plod bolj razširjenega poučevanja pričakujemo zanesljivejšo uporabo naravnih metod.

Zaključek

V nasprotju z zastarelo, nezanesljivo koledarsko metodo po Knausu in Oginu temeljijo današnje metode NND na samoopazovanju. S pomočjo opazovanja telesnih znakov lahko vsakokrat v aktualnem ciklusu določimo plodno obdobje. Če imamo željo po otroku, vemo, kdaj je največja verjetnost, da bomo zanosili, če pa se hočemo nosečnosti izogniti, se v plodnem času vzdržimo spolnih odnosov. Naravne metode načrtovanja družine so neškodljive, poceni in zanesljive, če jih par dobro pozna in pravilno uporablja. Uporaba metode pozitivno vpliva na partnerski odnos. Pri nas obstajajo različne možnosti natančnega učenja metod. Ginekologi v ambulanti ženske lahko usmerimo na tečaje in posebej poudarimo pomen pravilne uporabe.

Literatura

Frank Herrmann P, Sottong U, Baur S, Raith-Paula E, Strowitzki T, Freundl G. Naravno in zanesljivo (Priročnik in delovni zvezek). Celje: Mohorjeva družba, 2012.

Billings E, Westmore A. Načrtovanje družine z ovulacijsko metodo. Celje: Mohorjeva družba, 1988.

Trussell J., Grummer-Strawn L. Contraceptive failure of the ovulation method of periodic abstinence. *Fam Plann Perspect* 1990; 22: 65-75.

Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C et al. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human Reprod* 2007; 22: 1310-19.

Hilgers TW, Stanford JB. The use-effectiveness to avoid pregnancy of Creighton Model NaPro education technology: a meta-analysis of prospective trials. *J Reprod Med* 1998; 43: 495-502.

Rovtar A. Poznavanje in uporaba naravnih metod načrtovanja spočetja med ženskami v Sloveniji. Diplomaska naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta, Oddelek za biologijo, 2000.

Koren N. Uporaba kontracepcije v populaciji oseb 40-50 let na področju ZD Celje. Specialistična naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2004.

Sterilizacija in vazektomija

Sašo Drobnič

Uvod

Sterilizacija žensk in moških (vazektomija) sta kirurški metodi za trajno zaščito pred neželjeno nosečnostjo. Namenjeni sta parom, ki ne želijo več imeti otrok. Za sterilizacijo lahko zaprosi vsak razsoden državljan Slovenije, ki je dopolnil 35 let. Pri ženskah sterilizacijo naredimo endoskopsko, z laparoskopijo in v zadnjem času tudi s histeroskopijo, le izjemoma tudi z laparotomijo, kadar je ta potrebna zaradi drugih vzrokov (npr. pri carskem rezu). Pri moških največkrat naredimo klasično vazektomijo, ponekod uporabljajo t.i. brezskalpelno tehniko, redkeje tudi okluzivne tehnike. Sterilizacija in vazektomija veljata za zelo zanesljivi tehniki zaščite pred neželjeno nosečnostjo.

Zakonska osnova sterilizacije in vazektomije

Pogoje za sterilizacijo in vazektomijo opredeljuje Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (Ur.l. SRS 11/77). Na osnovi odločitve komisije prve stopnje za umetno prekinitev nosečnosti (13. in 14. čl.) lahko sterilizacijo opravimo vsaki osebi, ki je zanjo zaprosila, je dopolnila 35 let in je razsodna. Izjemoma jo lahko opravimo tudi mlajšim, če je potrebna iz zdravstvenih razlogov (10. čl.). Opravimo jo lahko šele po šestih mesecih od odobritve, razen v primerih, kadar je potrebna iz zdravstvenih razlogov. Sterilizacija se lahko opravlja v bolnišnicah ali pooblaščenih zdravstvenih organizacijah (16. čl.).

Tehnike sterilizacije

Laparoskopska sterilizacija

Laparoskopsko sterilizacijo lahko naredimo na več načinov:

- Bipolarna koagulacija: pri laparoskopskem pristopu lahko uporabljamo tehniko enega ali več vbodov. Prvi se je uveljavil zlasti v primerih sterilizacije po porodu, kjer je zaradi velikosti maternice vbod nad sramnico tvegan. Skozi popek uvedemo t.i. operativni laparoskop z optiko in prostorom za operativni instrument (največkrat bipolarno prijemalko) v enem. Jajcevoda koaguliramo v začetnem delu v dolžini 1-2 cm. Kadar potrebe po le enem vbodu ni, največkrat uporabljamo

tehniko dveh vbodov, skozi popek in nad sramnico. Skozi slednjega uvedemo operativni instrument, bipolarno prijemalko, s katero koaguliramo del jajcevoda, koagulirani del pa lahko s škarjami tudi prerežemo.

- Sterilizacija s sponkami: pri tej tehniki namestimo plastične sponke različnih oblik na začetni del jajcevoda. Slabost teh tehnik je potreba po posebnih instrumentih (aplikatorjih), poseg pa je tehnično nekoliko zahtevnejši. Poškodba jajcevoda je pri tem posegu manjša, kar izboljša možnosti poprave jajcevodov, kadar je ta zaželen.
- Druge metode laparoskopske sterilizacije: sterilizacijo lahko naredimo tudi z monopolarno koagulacijo, lasersko vaporizacijo ali termalno koagulacijo. Te metode se zaradi tveganosti ali pa potrebe po posebni opremi ne uporabljajo več.

Zapleti laparoskopske sterilizacije so enaki zapletom drugih laparoskopskih posegov. Lahko se pojavi »post-tubal ligation sindrom«, ki je skupina simptomov, ki se občasno pojavijo po sterilizaciji. Sindrom vključuje motnje menstruacije, bolečine v medenici, spremembe spolnega obnašanja, predmenstruacijski sindrom itd. Raziskave so pokazale, da je večina sprememb verjetno posledica fizioloških sprememb staranja. Čezmerna poškodba tkiv pri sterilizaciji z bipolarno koagulacijo lahko poslabša prekrvljenost tkiva jajčnikov in povzroči njihovo odpoved.

Histeroskopska sterilizacija

V zadnjem desetletju se vse pogosteje uporablja sodobne tehnike histeroskopske sterilizacije, t.i. mikroinsecijski Essure vstavek. Približno 4 cm dolg spiralni vložek iz kovine in polimerov vstavimo v začetni del jajcevoda, v katerem se razširi in zasidra. Reaktivni razrast tkiva okoli vložka zamaši jajcevod. Vložek Essure uporabljajo tudi za obstrukcijo vrečastih jajcevodov (saktosalpinksov) pred postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo ali kot nadaljevanje drugih histeroskopskih posegov (npr. ablacija endometrija). Pri še novejši tehniki (Adriana) v jajcevod vstavimo kateter, ki z nizkoenergijskimi radiofrekvenčnimi valovi povzroči plitvo poškodbo epitelija. V ta prostor vstavimo vložek iz silikonskega matriksa. Pri obeh tehnikah obstrukcijo po treh mesecih preverimo s histerosalpingografijo.

Prednosti histeroskopske sterilizacije pred laparoskopsko so manjši poseg brez anestezije, poseg lahko opravimo tudi pri pacientkah, pri katerih je laparoskopija zaradi zarastlin v trebuhu ali drugih splošnih stanj otežena ali kontraindicirana; slabosti pa so: potreba po kontracepciji še tri mesece po posegu, potreba po posegu za potrditev okluzije jajcevodov in večja pojavnost enostranske okluzije. Ker Essure vložek prevaja električni tok, je uporaba elektrokirurških posegov (npr. ablacija endometrija) pri uporabnicah omejena. Obe metodi sta ireverzibilni.

Zapleti histeroskopske sterilizacije so: predrtnje jajcevoda, po katerem je vložek potrebno z endoskopskim posegom odstraniti iz trebušne votline; ekspulzija (iztis) vložka; bolečine v medenici in vnetje. Tveganje zanositve za metodo Essure je 0,1 %, za metodo Adriana pa 1,1-1,8 % letno.

V preteklosti so preizkušali še druge tehnike transcervikalne sterilizacije: vbrizganje korozivnih substanc (fenol, kvinakrin, metilcianoakrilat), mehanično obstrukcijo s silikoni in polietilenom ter termične poškodbe z YAG laserjem in elektrokoagulacijo. Opisane metode so zaradi slabih uspehov in številnih zapletov opustili.

Klasične metode sterilizacije

Danes se uporabljajo izključno, kadar je poseg potreben iz drugih vzrokov (npr. carski rez). Takrat uporabimo katero od preverjenih tehnik (Pomeroy, Madlener, bipolarna koagulacija).

Tehnika vazektomije

Vazektomija je ambulantni poseg, ki s sorazmerno majhnim tveganjem zagotavlja paru trajen kontracepcijski učinek. Vazektomija je najučinkovitejša metoda moške kontracepcije in obenem edina, ki jo množično uporabljamo. Zanje lahko zaprosijo vsi moški po 35. letu, ki ne želijo več imeti otrok. Na posvetu pred posegom pacientu poseg opišemo in ga seznanimo z morebitnimi zapleti in stranskimi učinki. Če pacient želi, lahko vzorec semena shranimo v semenski banki za morebitno kasnejšo uporabo. Pred posegom pacienta pregledamo, da izključimo morebitne anatomske nepravilnosti in druge kontraindikacije za poseg.

Pacient leže na hrbet. Skrotum po potrebi obrijemo in sterilno očistimo. Z eno roko semenovod zadržimo čim bližje pod kožo v srednji ravnini (raphe), na sredini med bazo penisa in testisom. Kožo, podkožje in tkivo okoli semenovoda infiltriramo z lokalnim anestetikom. Kožo zarežemo v dolžini 1-2 cm. Zarežemo v podkožje in z instrumentom zgrabimo semenovod z ovojnicami. Tudi te zarežemo in semenovod izoliramo. Kos semenovoda v dolžino pribl. 1 cm izrežemo in konca zavežemo. Enak postopek ponovimo tudi na drugi strani.

Namesto zank lahko na prosta konca semenovoda namestimo sponke (po dve na vsaki strani) ali oba konca semenovodov koaguliramo. Tkivo okoli semenovoda in kožo zašijemo, izrezana dela semenovodov pa pošljemo na histološki pregled. Po posegu pacientu predlagamo mirovanje, nošnjo oprijetega spodnjega perila do kontrolnega pregleda semena (po pribl. dvajsetih izlivih) pa še uporabo obstoječe zaščite.

Zapleti vazektomije:

- hematom skrotuma (v 0,3-10,7 %): skrotum oteče, pri večjih hematomih je boleč tudi v mirovanju, bolečina seva v trebuh. Večje hematome incidiramo v splošni anesteziji in kožo hematoma dreniramo. Po posegu priporočimo mirovanje, hlajenje skrotuma, analgetike, pacienta po potrebi zaščitimo z antibiotikom. Pri manjših hematomih zadošča hlajenje in mirovanje.
- infekti po posegu so zelo redki.
- spermalni granulom: pojavi se na testisovi strani semenovoda kot zatrdlina, ki je včasih na stisk občutljiva. Nastane zaradi antigenškega učinka semena kot lokalna vnetna reakcija. Terapija večinoma ni potrebna, granulom se postopoma resorbira.
- *post-vasectomy pain syndrome*: nastane v 0,1-0,25 %. Značilna zanj je topa bolečina, ki jo včasih ejakulacija poslabša. Vzrok zanjo je večinoma kronični kongestivni epididimitis. Epididimis zaradi nakopičene tekočine in semena oteče. Pacientu predpišemo analgetike, operativni poseg (resekcija, vazo-vazostomija) je le redko potreben.
- rekanalizacija: je redka, nastane v manj kot 1 % vseh posegov. Če pacient želi, lahko vazektomijo ponovimo.

Alternativa klasični vazektomiji je t.i. »no scalpel« vazektomija, kjer namesto skalpela za incizijo uporabimo posebno ostro prijemalko. Pri injekcijski tehniki pa pod kontrolo tipa v svetlino semenovoda vbrizgamo polimer, ki se strdi, ali sklerozirajoče sredstvo. Prvi zamaši semenovod začasno, drugi pa za stalno.

Literatura

Vogler A. Tubarna sterilizacija. V: Ribič-Pucelj M (ur). Tečaj ginekološke endoskopske kirurgije. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Ginekološka klinika, 1998: 38-40.

Drobnič S. Vazektomija. Androloški list 1995, leto 1, št. 1: 9-11.

Vieira A.: Vasectomy and other vasal occlusion techniques for male contraception. Up To

Date 2012. Dosegljivo na: <http://www.uptodate.com/contents/vasectomy-and-other-vasal-occlusion-techniques-for-male-contraception>

Greenberg J. Hysteroscopic sterilization. Up To Date 2012. Dosegljivo na: <http://www.uptodate.com/contents/hysteroscopic-sterilization>

Perspektive moške kontracepcije

Branko Zorn

Uvod

Kontracepcijske metode, ki jih uporabljamo pri moških, delimo na štiri glavne kategorije: tradicionalne metode (spolna abstinenca, prekinjen odnos), pregradne metode (kondom), kirurška metoda (vazektomija) in nekirurške metode (hormonske, imunske, nehormonske in termične). V prispevku obravnavamo nekirurške metode, katerih uporaba je zaenkrat omejena na klinične študije, se pa pojavljajo kot možnost kontracepcije za moške v prihodnosti.

Hormonska kontracepcija

Hormon testosteron (T) so odkrili leta 1939. Takoj je nastala prva hormonska kontracepcija z uporabo T propionata s kratko razpolovno dobo. Sledila je kontracepcija s T z dolgo razpolovno dobo, T enantat. Pri pacientih, ki so dobivali preparate T, so opazili izrazito zmanjšanje števila semenčic v izlivu, tudi njihovo popolno odsotnost (azoospermijo).

Hormon T sam ali v kombinaciji s progestageni moti spermatogenezo z neposrednim zavirajočim vplivom na gonadoliberin (GnRH), folikulotropin (FSH) in luteotropin (LH).

Pri kontracepciji s T so možni stranski učinki kot so aknovitost, zvišana koncentracija lipidov v serumu, hemokonzentracija in rast prostate. Zaradi možnih stranskih učinkov je potrebna redna kontrola krvnih vrednosti, biokemičnih izvidov seruma in pregled prostate. Z uporabo selektivnih modulatorjev receptorjev za androgene (angl.: *selective androgen receptor modulator*, SARM) pričakujemo učinkovito zmanjšanje odmerkov gonadotropinov z manj ali nič vpliva na lipide in rast prostate. Tabela 1 prikazuje raziskave o hormonski kontracepciji za moške. Vse preučevane učinkovine, razen SARM, zavirajo GnRH, FSH in LH.

Tabela 1: Hormonska kontracepcija za moške, preučevana v zadnjih 20 letih. Prikaz raziskav glede na preučevano učinkovino (T in derivati, androgeni in progestogeni, SARM).

Učinkovina, odmerek, način aplikacije, leto raziskave	Oligo-azoo-spermija (%)	Omejitev raziskave	Vrsta raziskave, število preiskovancev
T enantat, 200 mg, i.m. 1x/teden, 1990	90-100 %	aknavost, porast teže, spremembe v mišicah, jetrih, konc. lipidov in hematopoezi	SZO, RUK faza II, n=271
T enantat, 100 mg, i.m. 1x na teden, 1996	98 %	slabo sodelovanje preiskovancev	RUK I faza
T undekanoat, 1000 mg 1x/mesec, 2003	97 %	stranski učinki, značilni za zvišane vrednosti T v krvi	RUK faza III, n=305
T undekanoat, 1 injekcija 500 mg/mesec, 2009	95 %; normalizacija v 7 mesecih.	dobro sodelovanje preiskovancev; nespremenjene konc. lipidov, hemoglobina in PSA	RUK, n=1045
Implanti MENT acetata, 2003	82 %	zvišanje št. eritrocitov, hematokrita in hemoglobina, zmerne spremembe lipidov in jetrnih encimov	moški prostovoljci, n=35
Implai Implanti levonorgestrela in T, 2006	92 %	aknavost, zvišana konc. hemoglobina.	randomizirana raziskava, n=80
Noretisteron enantat 200 mg/dan in T undekanoat/8 tednov, 2006	90 %	počasna vzpostavitev spermatogeneze; ni sprememb v rasti prostate	randomizirana raziskava, n=40
Transdermalni gel T in DMPA 300 mg/3 mesece, 2006	90 %	rahlo znižana spolna funkcija	randomizirana raziskava, n=44
Implanti T vsakih 4-6 mesecev in depo DMPA vsake 3 mesece, 2003.	97 %	spremembe teže, konc. lipidov in PSA; dobra reverzibilnost	RUK, n=55
MPA 20 mg/dan per os in perkutani T 50-125 mg/dan, 2011	80 %	nespremenjene vrednosti T v krvi	RUK, n=35
Implant etonogestrela in injekcije T	91 %	spremembe teže in razpoloženja, prekomerno potenje, aknavost	dvojno slepa kontrolirana raziskava, n=354
Ciproteron acetat in T enantat	dobra supresija	Veliko stranskih učinkov	
SARM	delna prekinitev spermatogeneze, nobene brejosti		poskusi na živalih

Legenda: DMPA – depomedroksiprogesteron acetat, MENT – 7 alfa-metil-19-nortestosteron, MPA – medroksiprogesteron acetat, PSA – prostatični specifični antigen, SZO – Svetovna zdravstvena organizacija, RUK – raziskava o učinkovitosti kontracepcije

Agoniste GnRH so v kombinaciji s T uporabili v 12 kliničnih protokolih pri 106 moških. Azoospermijo so dosegli le pri 23 %. Boljši so rezultati, pridobljeni s kombinacijo T enantata in antagonistov GnRH. Učinkovitost kombinacije T s progestogeni ali testosterona samega je velika, večja od kondomov (ob primerni uporabi) in blizu učinkovitosti ženske oralne kontracepcije. Večja je pri Azijcih in mlajših moških kot pri belcih in starejših moških. Obetavna je tudi kombinacija MPA per os in perkutanega T, ki bi morda bila prijaznejša za moške, a omejitev je zaenkrat še v slabi učinkovitosti.

Leta 1996 je SZO opustila vodilno vlogo, ki jo je imela pri uravnavanju moške plodnosti z delovno skupino *Task Force for the Regulation of Male Fertility*, ustanovljeno leta 1972. Na 10. sestanku o moški kontracepciji leta 1997 so se udeleženci dogovorili, da razvijejo najboljšo kombinacijo testosterona in progestogena. Industrija se je hitro umaknila iz projekta, verjetno zaradi nasprotij interesov.

Nepopolna učinkovitost in možni stranski učinki so negativne plati hormonske kontracepcije za moške. Poleg tega je tovrstna kontracepcija trenutno še draga.

Imunska kontracepcija

Imunska kontracepcija izpolnjuje kriterije učinkovite, neškodljive in reverzibilne metode z možnostjo razvoja poceni cepiva. Uporabili so molekule s selektivnim vplivom na izdelavo in funkcije gamet: cepivo proti GnRH, proti eppinu, proti akrosinu, proti laktat dehidrogenazi C₄. Imunska kontracepcija je danes raziskana le na živalih.

Nehormonska kontracepcija

Nehormonska kontracepcija temelji na vrsti preparatov oz. njihovih mehanizmov, ki preprečujejo nastajanje semenčic, njihovo dozorevanje v nadmodku, gibljivost, hiperaktivacijo in kapacitacijo. Le *gossypium* je bil testiran pri moškem v II. fazi kliničnega preizkušanja. Noben preparat ni klinično uporabljen.

Motenje encimov sAC (topna adenilat-ciklaza) in sNHE (izmenjalec Na⁺/H⁺, specifičen za modo) bi spremenilo elektrolitsko aktivnost in intracelularni pH z oviranjem gibljivosti semenčic. Žal inhibitorji še niso znani. Isto velja za encime, ki uravnavajo vstop kalcija v semenčico – proteini CatSper (angl.: *cation channels of sperm proteins*) in encimi SFEC (angl.: *sperm flagellar energy carrier*) in GAPDS (angl.: *sperm-specific glyceraldehyde-3-phosphate dehydrogenase*). Inhibitorji receptorjev za HE6 (angl.: *human epididymal protein 6*) in CRISP-1 (angl.: *cysteine-rich sperm proteins*), specifični za nadmodek, in antagonisti receptorjev za retinojsko kislino še nimajo klinične aplikacije. Inhibicija proteina Izumo naj bi preprečila oploditev.

Z uporabo male molekule JQ1 je ameriški skupini uspelo inhibirati protein BRDT (angl.: *bromodomain, testis-specific*) in zaustaviti izdelavo semenčic. Med spermatogenezo protein BRDT, ki je specifičen za modo, vpliva med meozo in po njej pri preurejanju kromatina. Kontrolira tudi reorganizacijo genoma, ki nastane po hiperacetilaciji histonov (epigenetski proces) v podaljšanih spermatidah. Pri moških mutacije gena, ki kodira za BRDT, povzročijo azoospermijo. Metoda predstavlja velik napredek in presega v učinkovitosti, varnosti in reverzibilnosti vse ostale metode kontracepcije pri moških: hormonsko, imunsko in nehormonsko.

Moška termična kontracepcija

Zvišanje temperature v modniku je vzrok za azoospermijo. Zato so nastale eksperimentalne zamisli za moško termično kontracepcijo (MTK), kjer moda segrevamo z vodo, ki ima 47°C, z ultrazvokom, ali z vzpostavitvijo umetnega kriptorhizma. Pri tej slednji se za zvišanje temperature v modih uporabi "dvig mod": moda se ročno porine v ingvinalni kanal. Njun izpust iz kanala preprečimo z dobro oprijetim spodnjim perilom. Moda naj bodo v tem položaju na toplem najmanj 15 ur na dan. Kontraceptivni učinek dosežemo ob koncentraciji semenčic $< 1 \times 10^6$ /ml ejakulata. To raven kontracepcije se doseže v enem do štirih mesecih dvigovanja mod. MTK lahko uporabljamo največ 4 leta, do takrat je metoda popolnoma reverzibilna. Koncentracija semenčic se normalizira med 6. in 9. mesecem po prenehanju MTK.

Zaključek

Idealna moška kontracepcija bi morala biti učinkovita, neodvisna od spolnega odnosa, nekirurška, reverzibilna, z nespremenjenimi vrednostmi androgenov, brez vplivov na poželenje, ter poceni: take kontracepcije ni. Zaenkrat je hormonska kontracepcija le eksperimentalna, z redkimi kliničnimi aplikacijami. Sedaj potekajo raziskovanja v smeri sprejemljivejših oblik hormonskih kombinacij, nesteroidnih molekul in cepiv.

Literatura

Naz RK, Rowan S. Update on male contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2009; 21: 265-9.

Nieschlag E, Behre HM. Approaches to hormonal male contraception. V: Nieschlag E, Behre HM, Nieschlag S. *Andrology: male reproductive health and dysfunction*. 3rd ed. Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer, 2010.

Page ST, Amory JK, Bremner WJ. Advances in male contraception. *Endocr Rev* 2008; 29: 465-93.

Soufir JC, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale. *Andrologie* 2012; 3: 211-5.

Urgentna kontracepcija

Urška Bizjak Ogrinc

Uvod

Nujna kontracepcija (KC) (urgentna, angl. »emergency«, ali postkoitalna kontracepcija) je kontracepcija za zaščito pred neželeno nosečnostjo neposredno po nezaščitenem spolnem odnosu. Na voljo sta dve metodi nujne kontracepcije:

- hormonska nujna kontracepcija, ki primarno deluje z zavoro ovulacije; če je uporabljena v folikularni fazi menstruacijskega ciklusa, odloži ovulacijo za 5-7 dni.
- nujna vstavev bakrenega materničnega vložka (IUD, ki povzroči vnetno reakcijo endometrija in zavira ugnezdjenje, baker v cervikalni sluzi pa ovira gibljivost semenčic.

V svetu in pri nas se pogosteje uporablja hormonsko nujno kontracepcijo, ker je enostavnejša za uporabo in v zadnjem času tudi na voljo v lekarnah brez recepta. Možnosti hormonske nujne kontracepcije so progestagenska tableta z levonorgestrelom ali ulipristalacetatom ter Yuzpejeva metoda s kombiniranimi hormonskimi kontraceptivi. Zdravnik mora presoditi glede na individualne okoliščine, kdaj je nujna kontracepcija potrebna. Po svetu je hormonska nujna kontracepcija dostopna tako BTC (angl. *behind the counter* = BTC) – brez recepta pod nadzorom farmacevta, kot OTC (angl. *over the counter* = OTC) – brez recepta brez nadzora farmacevta.

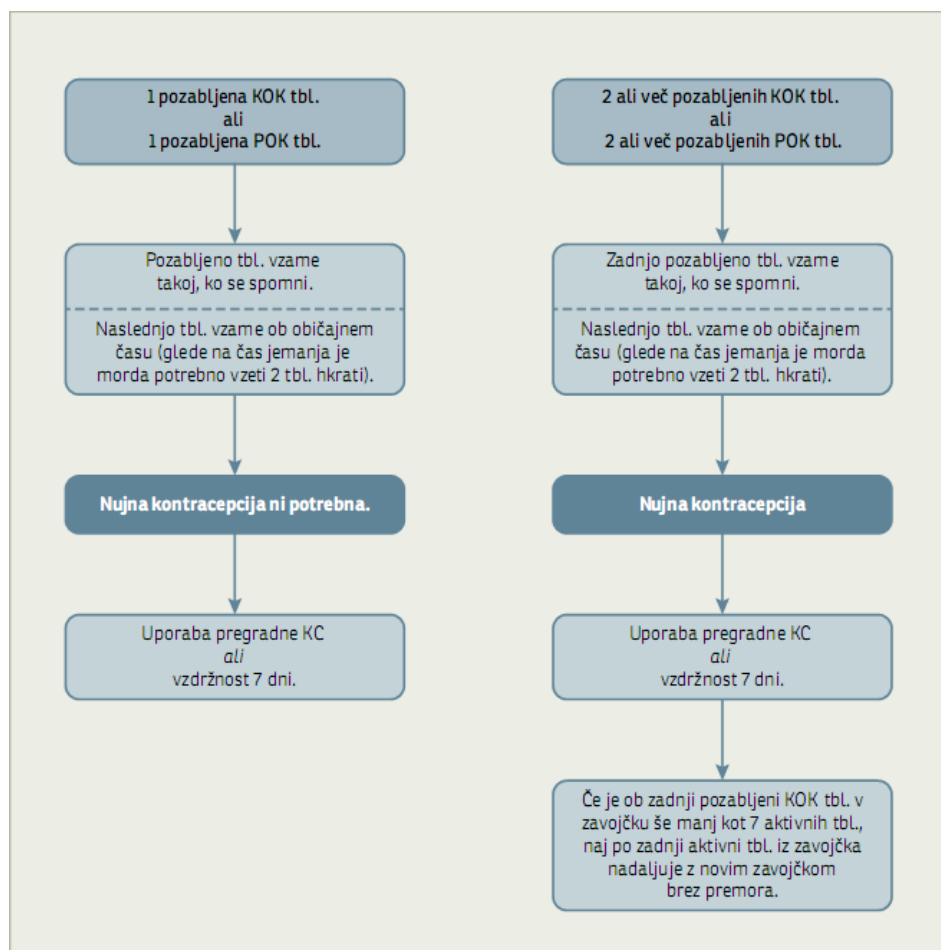
Indikacije za nujno kontracepcijo

Zanositev po nezaščitenem spolnem odnosu je možna kadar koli v menstruacijskem ciklusu. Najmanj verjetna je prve tri dni menstruacijskega ciklusa. Priporočila o okoliščinah, kjer je nujna kontracepcija potrebna:

- pozabljena tabletk/tabletke kombinirane oralne hormonske ali progestogenske kontracepcije (Slika 1)
- kompletna ali delna ekspulzija oz. odstranitev materničnega vložka v sredini menstruacijskega ciklusa ter nezaščiten spolni odnos v zadnjih sedmih dneh
- aplikacija progestogenske kontracepcijske injekcije več kot 4 tedne prepozno in nezaščiten spolni odnos
- napake pri uporabi pregradnih metod

- uporaba zdravil, ki inducirajo jetrne encime (rifampicin; antikonvulzivi: fenitoin, karbamazepin, barbiturati, primidon, topiramat, okskarbazepin; šentjanževka) ob kombinirani hormonski kontracepciji do 28 dni po uporabi zdravil, če ni pridružene pregradne kontracepcije.

Slika 1: Priporočeno ukrepanje ob pozabljeni kombinirani oralni hormonski kontracepciji (KOK) in progestogenski oralni kontracepciji (POK).



Vrste hormonske nujne kontracepcije

Levonorgestrel (LNG) kot nujno kontracepcijo se vzame v enojnem odmerku 1,5 mg čim prej po nezaščitenem spolnem odnosu oz. najpozneje v roku 72 ur.

Ulipristalacetat (UPA) kot nujno kontracepcijo se vzame v enojnem odmerku 30 mg čim prej po nezaščitenem spolnem odnosu oz. najpozneje v roku 120 ur.

Uporabi se lahko tudi **kombinirana estrogensko-progestogenska kontracepcija (Yuzpejeva metoda)**: 2 tableti s 50 µg etinilestradiola/0,25 mg LNG ali 4 tablete s 30µg etinilestradiola/0,15 mg LNG, čim prej oz. najpozneje v 72 urah po nezaščitenem spolnem odnosu; enak odmerek ponoviti čez 12 ur.

Zagotavljanje učinkovitosti nujne kontracepcije

Uporabnice morajo dobiti ustna in pisna navodila o uporabi nujne kontracepcije. Moramo jim dati možnost, da se same odločijo in s tem povečamo učinkovitost in pravilno uporabo. Nujno kontracepcijo lahko uporabijo večkrat v ciklusu, če je to klinično indicirano. Svetujemo posvet in izbiro redne in učinkovite kontracepcije. Pri ponovnem nezaščitenem spolnem odnosu v 12 urah po nujni hormonski kontracepciji ponovna nujna kontracepcija ni potrebna. IUD kot obliko nujne kontracepcije moramo ponuditi vsem ženskam, ki bi se tudi sicer odločile za tovrstno zaščito, v 72 urah po nezaščitenem spolnem odnosu in do 5 dni po nezaščitenem spolnem odnosu.

Ob rabi nujne hormonske kontracepcije se lahko pojavijo slabost in bruhanje (v 1-14 %), pogostejše motnje menstruacijskega ciklusa, redko glavobol in omotica. Če se bruhanje pojavi do 2 uri po LNG in do 3 ure po UPA, je potrebno ponovno vzeti odmerek učinkovine.

Kontraindikacije za nujno kontracepcijo

Po kriterijih Svetovne zdravstvene organizacije ni kontraindikacij za hormonsko nujno kontracepcijo. Previdnost pri nujni hormonski kontracepciji z LNG se priporoča pri ženskah z jetrno disfunkcijo, pri galaktozni in laktozni intoleranci, pri glukozno-galaktozni malabsorpciji, pri Crohnovi bolezni in pri občutljivosti na LNG. Pri UPA se priporoča previdnost pri astmi; UPA zmanjša učinek KOK in POK. Pri IUD kot nujni kontracepciji so enake kontraindikacije kot pri redni uporabi IUD.

Interakcije z zdravili

Ženskam, ki jemljejo zdravila, ki inducirajo jetrne encime, svetujemo uporabo IUD kot nujne kontracepcije ali povečanje odmerka nujne hormonske kontracepcije LNG. Pri ženskah, ki jemljejo antikoagulantna zdravila so lahko ob LNG antikoagulantni učinki spremenjeni. Induktorji CYP3A4 (npr. rifampicin, fenitoin, fenobarbital, karbamazepin, ritonavir, šentjanževka) in zdravila, ki zvišujejo želodčni pH, lahko znižajo učinek UPA.

Izdajanje nujne hormonske kontracepcije

- Nujno hormonsko kontracepcijo lahko predpisujejo vsi zdravniki. LNG nujna kontracepcija je v Sloveniji na voljo v lekarnah brez recepta za starejše od 16 let kot BTC, UPA pa je na voljo na samoplačniški zdravniški recept.
- V različnih državah sveta imajo glede nujne hormonske kontracepcije različne ureditve. Za nujno hormonsko kontracepcijo bi si želeli, da bi bila za uporabnice čim lažje dostopna, vendar nekontrolirana uporaba ni želena. V evropskih državah, Kanadi in Avstraliji je dostopna v lekarnah pod nadzorom farmacevta, ki zdravilo izda (BTC). V Združenih državah Amerike je nujna hormonska kontracepcija, ki je bila prej dostopna v prosti prodaji brez nadzora farmacevta (OTC), v letu 2006 ponovno postala zdravilo, ki se ga prodaja pod nadzorom farmacevta (BTC).

Zaključek

Nujna kontracepcija se uporablja kot zaščita pred neželeno nosečnostjo ob nezaščitenem spolnem odnosu. Najpogosteje uporabljena in najenostavnejša za uporabnico je hormonska nujna kontracepcija; kot nujno kontracepcijo lahko uporabimo tudi bakreni maternični vložek. Pri nujni kontracepciji je pomembna lahka dostopnost, dobra informiranost uporabnic in možnost morebitnega svetovanja s strani farmacevta o pravilni rabi.

Literatura

Bizjak Ogrinc U, Korošec S, Pinter B. Smernice za rabo nujne kontracepcije. Zdrav Vestn 2011; 80: 727-33.

Gavura S. Rx, OTC, BTC – Wading into Pharmacy's Alphabet Soup. Dosegljivo na: <http://www.sciencebasedmedicine.org/index.php/rx-otc-btc-wading-into-pharmac>

Senak M. Behind-the-Counter Drug Access. American health and drug benefits. Dosegljivo na: <http://www.ahdbonline.com/article/behind-counter-drug-access>

Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T, Bizjak Ogrinc U. Smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. Zdrav Vestn 2012; 81: 277-88.

Izbira kontracepcije pri srčno–žilnih boleznih

Vilma Kovač

Uvod

Incidenca in smrtnost zaradi srčno–žilnih boleznih, kot so miokardni infarkt, možganska kap, venske trombembolije in koronarna srčna bolezen, sta pri ženskah v reproduktivnem obdobju nizki, tveganja za te bolezni in smrtnost pa se povečajo z naraščajočo starostjo in s pojavom dejavnikov tveganja kot so debelost, sladkorna bolezen, kajenje in zvišan krvni tlak.

Kontracepcijske metode in tveganja za srčno–žilne zaplete

Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK) sodi med zelo učinkovite metode kontracepcije. Estrogenska in progestogenska komponenta nekoliko zvišujeta tveganje za nastanek venskih in arterijskih trombemboličnih dogodkov. Uporaba KHK je povezana z dvakrat večjim relativnim tveganjem za venske trombembolizme (VTE) (9-10 na 10.000 ženskih let vs. 4-5 na 10.000 ženskih let pri ženskah v rodni dobi). VTE je smrtna v 1-2 %. Tveganja so višja v prvih nekaj mesecih jemanja, nato se znižajo, čeprav so še povišana v primerjavi s tveganjem pri neuporabnicah. Raziskave kažejo, da so tveganja za VTE višja pri KHK, ki vsebuje progestogene tretje generacije (desogestrel, gestoden, ciproteron) in četrte generacije (drospirenolone). Jemanje KHK je povezano z nekoliko povečanim relativnim tveganjem za *miokardni infarkt*, predvsem pri ženskah, ki kadijo. Tveganja se povečajo ob hipertenziji, sladkorni bolezni, hiperholesterolemiji, preeklampsiji in nosečnostni hipertenziji v anamnezi. Tveganje za *ishemično možgansko kap* je pri uporabnicah KHK dvakrat višje pri ženskah z migreno, pri zdravih uporabnicah KHK nekatere raziskave kažejo večje tveganje kot pri neuporabnicah, spet druge raziskave pa tega ne potrjujejo. Tveganja se povečajo ob kajenju, povišanem krvnem tlaku, migreni, debelosti, hiperholesterolemiji in starosti > 35 let.

Absolutna tveganja za srčno–žilne zaplete so nizka, se pa zvišajo ob določenih dejavnikih tveganja, kar omejuje uporabo KHK pri ženskah s srčno–žilnimi boleznimi, še zlasti pri tistih s srčnimi boleznimi s protrombotičnim kardialnim statusom (pljučna hipertenzija, aritmije, ishemična koronarna bolezen).

Progestogenska oralna kontracepcija (POK) vsebuje izključno progestogen in sodi med zelo učinkovite metode kontracepcije. Kontracepcijski odmerki progestogenov niso povezani s povečanim tveganjem za VTE, za možgansko kap ali miokardni infarkt, zato je ta kontracepcijska metoda praviloma primerna izbira za bolnice s srčno-žilnimi boleznimi.

Maternični vložki (IUD) spadajo med zelo zanesljive kontracepcijske metode. Bakreni maternični vložki so primerna metoda kontracepcije za večino bolnic s srčno-žilnimi boleznimi. Previdnost je potrebna pri bolnicah, ki so prebolele endokarditis in/ali imajo umetno srčno zaklopko, pri katerih je priporočljiva antibiotična profilaksa ob vstavitvi in odstranitvi IUD. Podobno velja tudi za maternične vložke z levonorgestrelom.

Pregradna kontracepcija sodi med učinkovite (npr. kondom) oz. manj učinkovite (npr. diafragma) metode kontracepcije, saj je njena učinkovitost odvisna predvsem od načina in doslednosti uporabe. Pregradno kontracepcijo lahko uporabljamo pri vseh srčno-žilnih boleznih, ni pa primerna metoda za ženske s srčnimi obolenji, pri katerih morebitna nepričakovana nosečnost pomeni veliko tveganje za življenje (npr. pljučna hipertenzija). Uporabo kondoma svetujemo predvsem kot dodatno zaščito za preprečevanje spolno prenosljivih okužb.

Posamezna stanja in srčno-žilne bolezni ter predpisovanje kontracepcije

Tabela 1 prikazuje posamezna stanja in srčno-žilne bolezni ter predpisovanje kontracepcije. Kategorije primernosti rabe določene kontracepcijske metode so opisane v prispevku "Učinkovitost in varnost kontracepcije", objavljenem v tem zborniku.

Tabela 1. Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe KHK, POK in IUD pri srčno-žilnih boleznih in dejavnikih tveganja.

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek	
			Bakreni IUD	LNG - IUD
	Z = začetek, N = nadaljevanje			
Osebnostne značilnosti in reproduktivna zgodovina				
Starost	Menarha do < 40 let = 1	Menarha do > 45 let = 1	Menarha do < 20 let = 2	Menarha do < 20 let = 2
	≥ 40 let = 2		> 20 let = 1	> 20 let = 1
Kajenje				
a) starost < 35 let	2	1	1	1

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek	
			Bakreni IUD	LNG - IUD
Z = začetek, N = nadaljevanje				
b) starost ≥ 35 let				
- < 15 cigaret na dan	3	1	1	1
- ≥ 15 cigaret na dan	4	1	1	1
- prenehanje kajenja pred < 1 letom	3	1	1	1
- prenehanje kajenja pred ≥ 1 letom	2	1	1	1
Debelost				
a) ITM ≥ 30–34 kg/m²	2	1	1	1
b) ITM ≥ 35 kg/m²	3	1	1	1
Srčno-žilne bolezni				
Več dejavnikov tveganja za pojav srčno-žilnih bolezni	3/4	2	1	2
Povišan krvni tlak				
a) ustrezno zdravljeno	3	1	1	1
b) stalno povišan krvni tlak				
- sistolični 140–159 mm Hg ali diastolični 90–94 mm Hg	3	1	1	1
- sistolični ≥ 160 mm Hg ali diastolični ≥ 95 mm Hg	4	1	1	1
c) bolezni arterijskih žil	4	2	1	2
Povišan krvni tlak v nosečnosti v preteklosti (normalen krvni tlak v sedanjosti)	2	1	1	1
Venska tromboembolija (VTE) (GVT in PE)				
a) VTE v preteklosti	4	2	1	2
b) sedanja VTE (na antikoagulantnem zdravljenju)	4	2	1	2
c) VTE v družinski anamnezi				
- sorodnik v 1. kolenu < 45 let	3	1	1	1
- sorodnik v 1. kolenu ≥ 45 let	2	1	1	1
d) večji kirurški poseg				
- z daljšo imobilizacijo	4	2	1	2

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)		Maternični vložek			
				Bakreni IUD	LNG - IUD		
	Z = začetek, N = nadaljevanje						
- brez daljše imobilizacije	2		1	1	1		
e) manjši kirurški poseg brez imobilizacije	1		1	1	1		
d) nepomičnost, ki ni v povezavi s kirurškim posegom (npr. odvisnost od invalidskega vozička, izčrpavajoča bolezen)	3		1	1	1		
Znane trombogene mutacije (faktor V Leiden, mutacija protrombina, pomanjkanje proteina S, proteina C in antitrombina)	4		2	1	2		
Povrhnja venska tromboza							
a) varice	1		1	1	1		
b) povrhnji tromboflebitis	2		1	1	1		
Ishemična bolezen srca (sedanja ali v preteklosti)			Z	N		Z	N
	4		2	3	1	2	3
Možganska kap (sedanja ali v preteklosti, vključno s TIA)			Z	N		Z	N
	4		2	3	1	2	3
Znana hiperlipidemija	2/3		2	1	2		
Bolezen srčnih zaklopk ali prirojena bolezen srca							
a) brez zapletov	2		1	1	1		
b) z zapleti	4		1	2	2		
Nevrološka stanja							
Glavoboli							
	Z	N					
a) nemigrenski (blagi, hudi)	1	2	1		1	1	
			Z	N			
b) migrena brez avre	2	3	1	2	1	2	
c) migrena z avro	4		2		1	2	
d) migrena z avro v preteklosti (pred ≥ 5 leti)	3		2		1	2	

Starost

Pri ženskah, starih > 40 let, tveganje za srčno-žilne bolezni narašča s starostjo in se z jemanjem KHK ob prisotnih dejavnikih tveganja (debelost, povišan krvni tlak, sladkorna bolezen, kajenje) še poveča. Starost ženske > 40 let sama po sebi ni kontraindikacija za katero koli obliko kontracepcije. Ob odsotnosti dejavnikov tveganja se KHK lahko uporablja do menopavze oz. do 50. leta, POK pa do 55. leta starosti.

Kajenje

Kajenje tobaka deluje protrombotično in aterogeno ter zvišuje tveganje za akutni infarkt miokarda, nenadno srčno odpoved, kap in za periferne žilne bolezni. Tveganja se zvišujejo s starostjo in s številom pokajenih cigaret. Pri ženskah, starih > 35 let, ki pokadijo več kot 15 cigaret dnevno, koristi KHK ne odtehtajo tveganj, zato njim te kontracepcije praviloma ne predpisujemo. Raba KHK je možna pri uporabnicah, starih > 35 let, ki so prenehale kaditi pred ≥ 1 letom.

Debelost

Ker je debelost povezana s povečanim tveganjem za kardiovaskularne, cerebrovaskularne in venske tromboembolične dogodke, smo pri predpisovanju KHK previdni. Pri indeksu telesne mase (ITM) > 35 kg/m² uporabljamo KHK le izjemoma, če niso na voljo ali niso sprejemljive druge bolj primerne metode (kat. 3), za obliže je mejni ITM >30 kg/m². POK, IUD in pregradno kontracepcijo lahko predpisujemo.

Več dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni

Pri kombinaciji dejavnikov kot so starost, kajenje, sladkorna bolezen, povišan krvni tlak in debelost je potrebna klinična ocena. Z večjimi tveganji za tromboze so povezane tudi sistemske bolezni kot so Crohnova bolezen, sistemski eritematozni lupus, ali jemanje nekaterih zdravil (npr. psihofarmaki). Glede KHK se večina primerov kombiniranih stanj vključuje v kat.3, lahko pa tudi v kat. 4. Ostale metode praviloma lahko predpisujemo.

Povišan krvni tlak

KHK z nizkimi odmerki hormonov lahko zmerno zviša krvni tlak, ki lahko poveča tveganje za arterijske bolezni. Pri zdravih ženskah ta zmeren porast krvnega tlaka le minimalno zviša absolutno tveganje za arterijske bolezni. Pomembno zvišan krvni tlak pa lahko pri uporabnicah KHK zviša tveganje predvsem za možgansko kap in miokardni infarkt, manj za VTE. Stanja s sistoličnim tlakom ≥ 160 mm Hg ali z diastoličnim tlakom ≥ 95 mm Hg spadajo glede KHK v kat. 4. Ustrezno zdravljen in nekoliko nižji krvni tlak lahko spada v

kat. 3 za rabo KHK. Ostale metode lahko varno predpisujemo, saj povišan krvni tlak ne zvišuje zdravstvenih tveganj pri njihovi uporabi.

VTE (globoka venska tromboza in pljučna embolija)

Prebolela VTE v preteklosti in sedanja VTE na antikoagulantnem zdravljenju spadata glede KHK v kat. 4. Pri uporabnicah KHK z VTE v družinski anamnezi negativni testi za trombofilijo ne izključujejo vseh trombogenih mutacij, zato je potrebna previdnost pri predpisovanju KHK. Družinska anamneza VTE v prvem kolenu pri starosti ≥ 45 let spada v kat. 2, pri starosti ≤ 45 let pa v kat. 3. Pri večjem kirurškem posegu (daljšem od 30 minut) z daljšo imobilizacijo KHK ne predpisujemo, pri manjšem kirurškem posegu (krajšem od 30 minut) brez imobilizacije so dovoljene vse oblike kontracepcije.

Znane trombogene mutacije

Ženske, ki imajo znižan nivo naravnih antikoagulantov kot so antitrombin III, protein C, protein S ali mutacija faktorja V Leiden ali genska mutacijo protrombina (G20210A), so nagnjene k VTE. Ženske z mutacijo faktorja V Leiden imajo 35-krat večje tveganje za tromboze ob uporabi KHK. Glede predpisovanja KHK spadajo omenjena stanja v kat. 4. Pred predpisovanjem KHK se rutinsko presejanje na trombofilijo ne priporoča, negativni izvidi namreč ne izključujejo vseh tipov trombofilije. Vrednotenje izvidov presejanja na trombofilijo mora potekati v sodelovanju s hematologom ali drugim specialistom, potrebno je upoštevati tudi družinsko anamnezo.

Povrhnja venska tromboza

Pri povrhnjem tromboflebitisu se KHK običajno uporablja, pri varicah lahko uporabljamo vse oblike kontracepcije.

Ishemična bolezen srca

Pri ishemični bolezni srca in pri boleznih arterijskih žil (koronarna bolezen z angino pektoris, bolezen perifernih žil z intermitentnimi klavdikacijami, hipertenzivna retinopatija, tranzitorna ishemična ataka – TIA) KHK ne predpisujemo. Če se ishemična bolezen srca pojavi ob jemanju POK ali ob rabi IUD z levonorgestrelom, spada nadaljevanje uporabe teh kontracepcijskih metod v kat. 3. Bakreni IUD lahko varno uporabljamo pri ishemični bolezni srca.

Možganska kap (sedanja ali v preteklosti, vključno s TIA)

KHK pri teh stanjih ne predpisujemo. Ob pojavu možganske kapi med jemanjem POK ali ob IUD z levonorgestrelom spada nadaljevanje uporabe v kat. 3, začetek uporabe metode pa v kat. 2. Tudi pri tej bolezni je bakreni IUD varna oblika kontracepcije.

Znana hiperlipidemija

Pri znani hiperlipidemiji KHK običajno ne uporabljamo (kat. 3), če gre za blažjo stopnjo bolezni KHK lahko uporabljamo pod zdravniškim nadzorom (kat. 2).

Bolezni srčnih zaklopk ali prirojena bolezen srca

Pri boleznih srčnih zaklopk ali prirojeni bolezni srca brez zapletov lahko uporabljamo vse oblike kontracepcije, tudi KHK, katere uporaba spada v kat. 2. Previdnost je potrebna zlasti pri kardialnih bolnicah s protrombotičnim kardialnim statusom, saj antikoagulantno zdravljenje ne zagotavlja zaščite pred dodatnim trombotičnim tveganjem ob KHK. Tem bolnicam praviloma ne predpisujemo KHK, lahko pa uporabljajo IUD (kat. 2).

Nepomičnost

Ob imobilizaciji je nepomičnost v kombinaciji s KHK lahko vzrok za srčno-žilne zaplete. To velja tudi za večje operacije z daljšo imobilizacijo, kjer svetujemo prekinitev rabe KHK štiri tedne pred posegom in še dva tedna po okrevanju. Ob večjih kirurških posegih brez daljše imobilizacije prekinitev KHK ni potrebna.

Migrena

Pri nemigrenskih glavobolih je dovoljena uporaba vseh oblik kontracepcije. Če se omenjeni glavoboli pojavijo ob jemanju KHK, spada nadaljnja raba v kat. 2. Raba KHK se odsvetuje pri uporabnicah, ki imajo migreno z avro ne glede na starost, saj bi se ob KHK pomembno povečalo tveganje za ishemično možgansko kap. Ob pojavu migrene brez avre ob jemanju KHK spada nadaljevanje uporabe v kat. 3.

Migrena je povezana z dvakrat večjim tveganjem za ishemično možgansko kap, saj lahko privede do cerebrovaskularne hipoperfuzije zaradi vazospazma, do aktivacije trombocitov, povečane agregacije trombocitov in povečane koncentracije in aktivnosti določenih vaskularnih prokoagulacijskih faktorjev (endotelin 1, von Willebrandov faktor). Višja prevalenca odprtega *foramen ovale* pri pacientih z migreno še dodatno prispeva k tveganju za embolično možgansko kap. Pacienti z migreno z avro imajo še višje tveganje za

ishemično možgansko kap in to tveganje neposredno korelira s pogostnostjo avre. Ob avri prihaja namreč do kortikalne depresije, oligemije in sprememb v žilni perfuziji.

Bivanje na visoki nadmorski višini

Dolgotrajno potovanje je zmeren dejavnik tveganja za razvoj VTE in pri ženskah, ki jemljejo KHK, še dodatno zviša tveganje za VTE. Uporabnicam KHK, ki potujejo z letalom več kot tri ure, svetujemo skrajšanje obdobja nepomičnosti. Ukrepi, kot so kompresijske nogavice ali antikoagulantna terapija, niso potrebni. V primeru dodatnih dejavnikov tveganja, kot so npr. debelost, je potrebno pred potovanjem svetovanje ustreznih specialistov. Ženske, ki potujejo med različnimi časovnimi pasovi, moramo opozoriti, da nadaljujejo s pravilnim jemanjem tablet in da naslednjo tabletko vzamejo 24 ur po zadnji tabletki KHK.

Obstaja teoretična možnost povečanega tveganja za pojav tromboze ob KHK pri daljšem bivanju (več kot sedem dni) na nadmorski višini več kot 4500 m. Dejavniki, ki k temu prispevajo so policitemija, dehidracija, mraz, dolgotrajno bivanje v šotoru, npr. zaradi neurja, in kajenje. Pri ženskah, ki bodo preživele več kot sedem dni na nadmorski višini več kot 4500 m, svetujemo opustitev KHK in uvedbo alternativne metode kontracepcije.

Zaključek

Pri svetovanju in predpisovanju kontracepcije moramo upoštevati novonastala srčno-žilna obolenja, prav tako je potrebna velika previdnost pri prirojenih srčnih boleznih, saj lahko morebitna nosečnost in neustrezna kontracepcija ogrožata zdravje teh pacientk. Pri izbiri kontracepcijske metode je potrebno pri ženskah s srčno-žilnimi boleznimi oceniti tveganje za srčno-žilne in druge zaplete, za poslabšanje bolezni ter upoštevati učinkovitost kontracepcijske metode in želje ženske.

Literatura

Hormones and cardiovascular health in women. The ESHRE Capri Workshop Group. Hum Reprod Update 2006; 12(5): 483-97.

Thorne S, MacGregor A, Nielson-Piercy C. Risk of contraception and pregnancy in heart disease. Heart 2006; 92: 1520-5.

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Combined hormonal contraception. Clinical Effectiveness Unit. October 2011. London: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2011.

Pinter B, Korošec S, Trojner Bregar A, Bizjak Ogrinc U, Srnovršnik T, Imamović Kumalić S. Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe kombinirane hormonske kontracepcije, progestogenske oralne kontracepcije in materničnega vložka. Slovenske smernice. Isis 2012; februar: 54-8.

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare clinical Guidance. Contraception for women aged over 40 years. Clinical Effectiveness Unit. July 2010. London: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2011.

Spector JT, Kahn SR, Jones MR, Jayakumar M, Dalal D, Nazarian S. Migraine headache and ischemic stroke risk: An updated meta-analysis. Am J Med 2010; 123(7): 612-24.

Izbira kontracepcije pri kroničnih boleznih

Eda Vrtačnik Bokal

Uvod

V reproduktivnem obdobju se lahko pojavljajo številne kronične bolezni, ob katerih ženske potrebujejo varno in učinkovito kontracepcijo. To zavezuje zdravnike, ki se ukvarjajo z reproduktivnim zdravjem žensk, k popolnem razumevanju prednosti in negativnih učinkov različnih oblik kontracepcije, ter vplivu različnih metod na potek kronične bolezni in na ostale zdravstvene dejavnike tveganja. Prav tako morajo biti seznanjeni z možnimi interakcijami zdravil, upoštevati morajo tudi potrebe in želje para. Pri uporabi kontracepcije pri bolnicah s kroničnimi boleznimi, mora biti nadzorovanje kontracepcije dinamično, skladno s spremembami poteka bolezni in njenimi posledicami.

Kronične vnetne črevesne bolezni

Kronična vnetna črevesna bolezen prizadene 1 na približno 400 ljudi in se pretežno izraža v obliki Chronove bolezni ali ulceroznem kolitisu. Obe bolezni potekata s kliničnimi znaki kot so diareja, izgubljanje telesne teže in krči v trebuhu. Opazno je tudi povečano tveganje za tromboze, predvsem v aktivni fazi bolezni. Bolezen lahko spremlja tudi malabsorpcija, osteopenija in osteoporoza.

Zdravljenje je lahko medikamentozno ali kirurško. Medikamentozno zdravimo z zdravili 5-aminosalicilne kisline, kortikosteroidi, imunosupresivnimi učinkovinami in tumor-nekrotičnim-faktorjem-alfa učinkovinami. Kirurško zdravljenje je potrebno v urgentnih primerih (megakolon, krvavitve, perforacije) ali ob neuspešnem medikamentoznem zdravljenju, elektivno kirurško zdravljenje pa ob komplikacijah (fistule, strikture). Kronične vnetne črevesne bolezni so lahko povezane tudi z zunajčrevesnimi zapleti (npr. hepatobiliarna bolezen s fibro-obliterativnim vnetjem).

Chronova bolezen

Chronova bolezen prizadene celotni gastrointestinalni trakt v vseh njegovih plasteh. Najpogosteje se pojavlja v starosti 14-40 let in lahko prizadene le določene dele črevesja, medtem ko so ostali predeli zdravi. Klinični znaki se kažejo z bolečinami v trebuhu, kronično drisko, izgubo teka, slabostjo in hujšanjem. Bolezen pogosto spremljajo fistule in strikture s posledično obstrukcijo črevesa.

Ulcerozni kolitis

Ulcerozni kolitis prizadene samo debelo črevo in rektum. Kaže se v difuznem vnetju površnega dela mukoze in krvavitvah. Celoten kolon je prizadet pri 20 % pacientov, pri 30 % pa je prizadet rektum.

Kontracepcija

Glede na to, da je to bolezen reproduktivnega obdobja, moramo biti pozorni na to, da nosečnost načrtujemo v najoptimalnejšem obdobju, ko so klinični znaki bolezni najmanj izraženi. Ko se odločamo za izbor kontracepcije, moramo upoštevati, v kakšni meri je bolezen izražena, kakšna zdravila jemlje bolnica in kako obsežen je bil operativni poseg, če je bil opravljen.

Pri izdelavi ameriških priporočil (US MEC) so lahko uporabili podatke desetih raziskav, ki so ustrezale vključitvenim kriterijem s pridržkom. Razpoložljivi podatki so pokazali, da se ponovitve bolezni ne povečujejo z uporabo samo progestogenske oralne kontracepcije (POK) ali kombinirane hormonske kontracepcije (KHK). Dve farmakokinetični raziskavi sta pokazali, da kronično vnetje črevesja nima vpliva na absorpcijo KHK.

Nobena raziskava ni preiskovala tveganja za tromboze pri bolnicah s kroničnim vnetjem črevesa. Po pregledu omenjenih podatkov in razpravi strokovnjakov so KHK uvrstili v kat. 3 pri bolnicah s povečanim tveganjem za žilne trombembolije (aktivna in zelo razširjena bolezen, operativni posegi, imobilizacija, uporaba kortikosteroidov, pomanjkanje vitaminov, izgubljanje tekočin). KHK je uvrščena v kat. 2 pri bolnicah z blago izraženo obliko, prav tako je POK uvrščena v kat. 2, v kat. 1 pa maternični vložek z bakrom ali levonorgestrelom (Cu-IUD, LNG-IUD) (Tabela 1).

Tabela 1. Zbirna tabela kategorij primernosti rabe KHK, POK in IUD pri kroničnih vnetnih črevesnih boleznih.

Kronične vnetne črevesne bolezni	KHK	POK	Cu-IUD	LNG-IUD
Brez povečanega tveganja za VTE	2	2	1	1
S povečanim tveganjem za VTE	3	2	1	1

Legenda: KHK – kombinirana hormonska kontracepcija, POK – progestogenska oralna kontracepcija, IUD – maternični vložek, VTE – venska trombembolija; kat. 1 – se uporablja vedno, kat. 2 – se uporablja običajno, kat. 3 – običajno ni priporočljiva, razen izjemoma, če niso na voljo ali niso sprejemljive druge primernejše metode, kat. 4 – se ne uporablja

Revmatične bolezni

Revmatične bolezni (sistemski eritematozni lupus, revmatoidni artritis, poliomiozitis, dermatomiozitis, sistemska skleroza, Sjogrenov sindrom) pogosteje prizadenejo ženske kot

moške, pogostejše v reproduktivnem obdobju. Te avtoimune bolezni pogosto vodijo v prezgodnjo odpoved jajčnikov zaradi same bolezni ali zaradi zdravljenja s citotoksičnimi učinkovinami.

Sistemiški eritematozni lupus

Sistemiški eritematozni lupus (SLE) je najpogostejša revmatična bolezen žensk v reproduktivnem obdobju. Bolezen je povezana s ponavljajočimi splavi in prezgodnjimi porodi. Vsa ta dejstva zahtevajo učinkovito kontracepcijo. Estrogen in nosečnost vplivata na ravnovesje nastajanja Th1/Th2 citokinov s pomikom v Th2; ob SLE je stanje povezano s Th2, zato teoretično visoke vrednosti estrogenov lahko poslabšajo osnovno bolezen.

Pri SLE je pomembno vedeti, kakšna je raven antifosfolipidnih protiteles. Antifosfolipidna protitelesa, ki vključujejo lupus antikoagulant in protikardiolipinska protitelesa, so pri SLE pogosto prisotna. V tem primeru vnos estrogenov predstavlja povečano tveganje tako za arterijske kot venske tromboembolije.

Kontracepcija

Uporaba vseh oblik hormonske kontracepcije ni kontraindicirana pri bolnicah z neaktivno ali stabilno obliko bolezni. Pri bolnicah s prisotnimi antifosfolipidnimi protitelesi pa so vse oblike KHK absolutno kontraindicirane (kat. 4), POK pa relativno kontraindicirana (kat. 3). V kat. 3 sodi tudi LNG-IUD (Tabela 2). Bolnice s SLE imajo lahko prisotne tudi druge dejavnike tveganja za srčno-žilne zaplete, kar je potrebno upoštevati pri izbiri hormonske kontracepcije. Pozorni moramo biti tudi na trombocitopenijo, ki pogosto spremlja SLE. Pri menoragijah lahko LNG-IUD deluje celo terapevtsko, če klinični znaki bolezni in zdravljenje dovoljujejo njegovo uporabo.

Tabela 2. Zbirna tabela kategorij primernosti rabe KHK, POK in IUD pri SLE.

Sistemiški eritematozni lupus (SLE)	KHK	POK	Cu-IUD	LNG-IUD
Pozitivna (ali neznano) antifosfolipidna protitelesa	4	3	1	3
Huda oblika trombocitopenije	2	2	Z-3, N-2	2
Imunosupresivno zdravljenje	2	2	Z-2, N-1	2
Nič od navedenega	2	2	Z-1, N-1	2

Legenda: KHK – kombinirana hormonska kontracepcija, POK – progestogenska oralna kontracepcija, IUD – maternični vložek, Z – stanje ob začetku, N – stanje ob nadaljevanju, kat. 1 – se uporablja vedno, kat. 2 – se uporablja običajno, kat. 3 – običajno ni priporočljiva, razen izjemoma, če niso na voljo ali niso sprejemljive druge primernejše metode, kat. 4 – se ne uporablja

Revmatoidni artritis

Revmatoidni artritis (RA) je avtoimuna bolezen, ki povzroča vnetje sklepov, izgubljanje kostne mase, povečano tveganje za vnetja in kronične bolečine. Najpogosteje se pojavi v sredini ali poznem reproduktivnem obdobju. Klinični znaki se v času nosečnosti izboljšajo ali celo izzvenijo, po porodu pa se v 90 % povrnejo. RA je povezan s Th1 citokini, zato bi lahko teoretično visoki odmerki estrogenov omilili aktivnost bolezni. Zdravljenje revmatoidnega artritisa temelji primarno na imunosupresivnem zdravljenju s kortikosteroidi in citostatiki. Kontracepcija je v obdobju zdravljenja potrebna zaradi teratogenih učinkov zdravil.

Kontracepcija

V raziskavah ni bilo opisanih nobenih sopojavov KHK, ki bi negativno vplivali na napredovanje RA, zato le-ta tudi ni kontraindicirana. Vendar je vsako bolnico potrebno individualno obravnavati in upoštevati vse vplive zdravljenja, posledice tako bolezni kot zdravljenja in morebitne dodatne dejavnike tveganja (npr. za srčno-žilne bolezni). Bolnice z RA so bolj izpostavljene osteoporozi (bolezn, zdravljenje s kortikosteroidi) zato se kontracepcija z depo medroksiprogesteron acetatom (DMPA) odsvetuje. Podatkov o povezavi med IUD in medeničnim vnetjem pri bolnicah z imunosupresivnim zdravljenjem ni, vendar podatki raziskav o imunosupresiji drugih bolezni (npr. SLE) ne kažejo na povečano tveganje za medenično vnetje pri bolnicah z IUD.

Glede na razpoložljive rezultate so v smernicah US MEC uvrstili uporabo POK in pojav RA ob IUD v kat. 1, KHK in RA pred vstavitvijo IUD pa v kat. 2 (Tabela 3). Uporaba DMPA je pri bolnicah s trajnim kortikosteroidnim zdravljenjem zaradi možnosti zmanjševanja kostne mase kat. 3, sicer pa kat. 2.

Tabela 3. Zbirna tabela kategorij primernosti rabe KHK, POK in IUD pri RA.

Revmatoidni artritis (RA)	KHK	POK	Cu-IUD	LNG-IUD
Imunosupresivno zdravljenje	2	1	Z-2, N-1	Z-2, N-1
Brez imunosupresivnega zdravljenja	2	1	1	1

Legenda: KHK – kombinirana hormonska kontracepcija, POK – progestogenska oralna kontracepcija, IUD – maternični vložek, Z – stanje ob začetku, N – stanje ob nadaljevanju, kat. 1 – se uporablja vedno, kat. 2 – se uporablja običajno, kat. 3 – običajno ni priporočljiva, razen izjemoma, če niso na voljo ali niso sprejemljive druge primernejše metode, kat. 4 – se ne uporablja

Sladkorna bolezen

Prevalenca bolnic s sladkorno boleznijo (SB) tipa 2 se v svetu zvišuje, incidenca juvenilne SB tipa 1 pa je relativno nepoznana in je različna v različnih etničnih okoljih. Ženske, ki so razvile SB v nosečnosti, imajo povečano tveganje za razvoj SB tipa 2 v letih po nosečnosti.

Kontracepcija

Kontracepcija je zelo pomembna za ženske s SB, ker nenačrtovane nosečnosti lahko vodijo v številne zaplete tako pri nosečnicah kot pri plodu, zato je potrebno predkonceptijsko svetovanje s skrbnim uravnavanjem sladkorja v krvi. Ženske z nosečnostno SB v preteklosti imajo povečano tveganje za SB tipa 2, zato je nosečnost potrebno načrtovati, da se izognemo neprepoznani SB.

Pri predpisovanju kontracepcije moramo biti poleg osnovne bolezni pozorni na zaplete, ki so povezani s slabo uravnavano SB. Pri spremljanju bolnic s SB zadostuje merjenje krvnega tlaka, telesne mase in indeksa telesne mase, spremljanje ravni sladkorja v krvi in spremljanje osnovnega lipidnega profila. Uporaba primernih kontracepcijskih metod pri bolnicah s SB tipa 1 in tipa 2, in pri tistih z nosečnostno SB v preteklosti je zelo priporočljiva, ker le tako lahko zmanjšujemo tveganja med samo nosečnostjo. Moderne oblike hormonske kontracepcije (KHK, POK) so varna izbira pri SB brez zapletov in nujne zaradi potrebe po načrtovani nosečnosti. Pri tem moramo biti pazljivi na metabolično delovanje KHK, ki jo moramo individualno prilagajati glede na diabetični profil posameznice in na njeno potrebo po zanesljivi kontracepciji. Znano je, da KHK z nizkimi odmerki lahko minimalno spreminja lipidni profil, zato moramo biti pozorni na razvoj tromboze. Pri SB s srčno-žilnimi boleznimi ter makro- in mikrožilnimi zapleti pa se KHK odsvetuje; lahko se uporabljajo POK ali nehormonske oblike kontracepcije (Tabela 4).

Tabela 4. Zbirna tabela kategorij primernosti rabe KHK, POK in IUD pri sladkorni bolezni.

Sladkorna bolezen	KHK	POK	Cu-IUD	LNG-IUD
Nosečnostna sladkorna bolezen v preteklosti	1	1	1	1
Brez žilnih zapletov (od insulina neodvisna ali od insulina odvisna)	2	2	1	2
Z nefropatijo/ retinopatijo/nevropatijo	3/4	2	1	2
Pridružene druge žilne bolezni	3/4	2	1	2

Legenda: KHK – kombinirana hormonska kontracepcija, POK – progestogenska oralna kontracepcija, IUD – maternični vložek, kat. 1 – se uporablja vedno, kat. 2 – se uporablja običajno, kat. 3 – običajno ni priporočljiva, razen izjemoma, če niso na voljo ali niso sprejemljive druge primernejše metode, kat. 4 – se ne uporablja

Epilepsija

Epilepsijo ima približno 1 % ljudi. Nekatera zdravila proti epilepsiji lahko spodbudijo aktivnost jetrnih encimov in tako spremenijo metabolizem hormonskih oblik kontracepcije, kar vpliva na njihovo kontracepcijsko učinkovitost. Pozorni moramo biti tudi na bolnice, ki prejemajo antiepileptike za zdravljenje kroničnih bolečin in migrene. Nekateri antiepileptiki inducirajo citokrom P450 jetrno encimsko aktivnost in povečajo

metabolizem tako etinilestradiola kot progestogena ter znižajo serumsko raven teh hormonov tudi do 50 %. Tega se moramo zavedati, ko se odločimo, da bomo predpisali hormonsko kontracepcijo. Antiepileptiki, ki inducirajo encimsko aktivnost jeter, vplivajo na vse oblike KHK – na tablete (KOK), obliže in vaginalne obročje NuvaRing, POK in nujno kontracepcijo, nimajo pa vpliva na DMPA in IUD. Predpisovanje KHK pri antiepileptikih, ki spodbudijo aktivnost jetrnih encimov, mora biti prilagojeno z višjimi odmerki etinilestradiola, ker drugače ne dosežemo ustrezne ravni hormonov v krvi, ki bi preprečevala ovulacijo.

Odmerjanje KHK pri antiepileptikih z vplivom na jetrno encimsko aktivnost

Pričnemo s kombinacijo 50 µg etinilestradiola in s pripadajočim odmerkom progestogena. V primeru, da na tržišču ni ustreznega odmerka, lahko bolnica vzame tudi 2 tableti po 30 µg etinilestradiola skupaj. Kljub povečanemu odmerku obstaja možnost, da antiepileptična zdravila zmanjšajo anovulatorni učinek v 7-dnevnem prostem intervalu. Zato se priporoča triciklični ali kontinuirani (podaljšani) režim jemanja KHK. Po treh ali štirih ciklikih se priporoča zelo kratka prekinitev štirih dni. Odmerek se ne povečuje, če nastopijo prekinitvene krvavitve zgodaj v tricikličnem režimu, ker se to največkrat spontano uredi v 2 ali 3 mesecih. Še novejši pa je pristop s povišanim odmerkom KHK, ki ga dajemo neprekinjeno vse do pojava vmesnih krvavitev in nato naredimo prekinitev 3 do 4 dni, potem pa spet nadaljujemo z neprekinjenim jemanjem KHK z odmerkom 60 µg etinilestradiola. Kontracepcijski obliži in vaginalni obroči v teh primerih niso primerna oblika kontracepcije. Antiepileptična zdravila, ki povečajo encimsko aktivnost jeter, pa nimajo vpliva na DMPA in IUD (ne na bakrenega, ne na LNG-IUD). Posebno pozorni pa moramo biti pri zdravljenju samo z lamotriginom (Lamictal), kjer je odsvetovana sočasna uporaba KHK zaradi zmanjšane varnosti in učinkovitosti obeh zdravil.

Zaključek

Z vedno boljšim in učinkovitejšim zdravljenjem se pri številnih bolnicah s kroničnimi boleznimi zdravstveno stanje pomembno izboljša, kar se kaže tudi z izboljšanjem kvalitete življenja. Z izboljšanjem fizične kondicije se običajno povrne tudi reproduktivna funkcija, zato je pomembno, da tem ženskam nudimo učinkovito in varno kontracepcijo. Na ta način preprečujemo neželene nosečnosti, predvsem pa načrtujemo nosečnosti v najprimernejšem času in na ta način pomembno zmanjšujemo tveganja med potekom nosečnosti, tako pri materi kot pri plodu. Pomembno je omeniti velik pomen različnih smernic s področja kontracepcije, še pomembnejše pa je vedeti, da klinične smernice ne morejo nadomestiti klinične obravnave bolnic, ki morajo biti individualno in dinamično obravnavane.

Literatura

Jacobson JC, MD, Aikins Murphy P. United States Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2010: A Review of Changes. *Journal of Midwifery and Women's Health*.

Li RHW, Gebbie AE, Wong RWS, Ng EHY, Glasier AF, Ho PC. The use of sex hormones in women with rheumatological diseases. *Hong Kong Med J* 2011; 17: 487-91.

Pinter B, Korošec S, Trojner Bregar A, Bizjak Ogrinc U, Srnovršnik T, Imamović Kumalić S. Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe kombinirane hormonske kontracepcije, progestogenske oralne kontracepcije in materničnega vložka. *Slovenske smernice*. Isis 2012; februar: 54-8.

Sven O. Skouby L Hormonal contraception in obesity, the metabolic syndrome, and diabetes. *Ann NY Acad Sci* 2010; 1205: 240–4.

O'Brien MD, Guillebaud J. Contraception for women taking antiepileptic drugs *J Fam Plann Reprod Health Care* 2010; 36: 239-42.

Izbira kontracepcije pri osebah s posebnimi potrebami

Špela Smrkolj

Uvod

O reproduktivnih vprašanjih, specifičnih za mladostnice in odrasle ženske s posebnimi potrebami, je malo podatkov. Skupina oseb s posebnimi potrebami vključuje bolnice s cerebralno paralizo, multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji, psihiatrične bolnice ter duševno manj razvite osebe. Ginekološka obravnava mladostnic in žensk s posebnimi potrebami je bila do zdaj slabo definirana. Ginekolog ima pomembno vlogo pri zagotavljanju reproduktivnega zdravja vseh žensk. Reprodukativno zdravje po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije obravnava reproduktivne procese, funkcije in procese v vseh življenjskih obdobjih, od rojstva do smrti. Vsi ljudje morajo imeti pravico do zadovoljujočega, odgovornega in varnega spolnega življenja, do rojevanja in do svobodne izbire, koliko otrok si želijo in če sploh in kdaj to želijo storiti. Ženske in moški morajo imeti pravico do izbire varnih, učinkovitih, cenovno dostopnih in sprejemljivih metod uravnavanja rodnosti, ter pravico do ustreznega reproduktivnega zdravstvenega varstva, ki zagotavlja ženskam varno nosečnost in porod, parom pa omogoča najboljše pogoje za zdravega otroka.

Izkušnje iz klinične prakse

Cerebralna paraliza, multipla skleroza in druge nevrološke, in psihiatrične bolezni ter duševna manjrazvitost se pri mladostnicah in odraslih ženskah pojavljajo v več oblikah, prizadetost posameznic je zato različna. Prav zato obstaja potreba po posebni obravnavi teh posameznic s strani specialista ginekologije in porodništva. V Sloveniji pa žal do zdaj v večini zdravstvenih domov in bolnišnic ni bilo posebne obravnave teh posameznic. Mladostnice in odrasle ženske s posebnimi potrebami poročajo o težavah na področju reprodukcije in spolnosti; za pomoč pri teh težavah negovalci niso posebej usposobljeni, težave, ki jih občutijo, pa pogosto zato ostanejo neprepoznane in nepravilno obravnavane. Ginekologi mladostnicam in odraslim ženskam s posebnimi potrebami ne nudijo posebnih uslug glede težav s spolnostjo in reprodukcijo. To opazimo že ob vstopu v ordinacijo, saj pregledovalne mize niso dostopne niti prilagodljive odraslemu z invalidnostjo. Včasih je težko narediti pravičen pregled zaradi fizičnih omejitev posameznic (posebno spastičnosti)

ali omejene količine podatkov, ki jih lahko pregledovalec pridobi od posameznic s posebnimi potrebami, ki potrebujejo njihove storitve. Zato so nekateri zdravniki manj pripravljeni raziskovati spremembe in nepravilnosti menstruacijskega ciklusa pri mladostnicah in odraslih ženskah s posebnimi potrebami ali izvesti temeljit pregled. Čeprav je podatkov v literaturi izjemno malo, se zdi, da se rutinski PAP brisi, pregledi dojk (posebno mamografija) pri mladostnicah in odraslih ženskah s posebnimi potrebami ne izvajajo tako pogosto kot pri ostalih zdravih posameznicah.

Najpogostejša reproduktivna vprašanja, ki se porajajo pri odraslih ženskah s posebnimi potrebami so načrtovanje rojstev in zaščita pred spolno prenosljivimi okužbami v rodnem obdobju, ob menopavzi pa skrb ob prvih znakih menopavze in manifestacije le te v primerjavi z ženskami, ki nimajo posebnih potreb. Odrasle ženske s posebnimi potrebami so zaskrbljene zaradi morebitnih dodatnih fizičnih omejitev, ki jih lahko prinese obdobje po menopavzi, npr. čustvenih sprememb, sprememb razpoloženja in sprememb v nivoju energije.

Odrasle ženske s posebnimi potrebami imajo lahko pogosto težave z inkontinenco in retenco urina. Tveganje za nastanek raka rodil pri ženskah s posebnimi potrebami, ki se starajo, je verjetno enako kot pri ostalih ženskah, ki se starajo.

Ginekološka obravnava žensk s posebnimi potrebami

Mladostnice s posebnimi potrebami naj prvi pregled pri specialistu ginekologu, ki se usmerjeno ukvarja z obravnavo teh bolnic, opravijo, ko začnejo s spolno dejavnostjo oz. v starosti 20 let. Pri klinični ginekološki obravnavi teh posameznic je od njih posebno pazljivo potrebno pridobiti anamnestične ali heteroanamnestične podatke, ker ginekološka anamneza vstopa na izjemno intimno življenjsko področje le-teh. Ob klinični obravnavi je potrebno zmanjšati nelagodje in strah preiskovank in pridobiti njihovo zaupanje. Ob prvem ginekološkem pregledu mladostnic s posebnimi potrebami, ki so že spolno dejavne, je potrebno opraviti vaginalni ginekološki pregled z odvzemom citološkega brisa materničnega vratu (bris PAP), potrebno je opraviti vaginalni ultrazvočni pregled rodil ter preiskovankam svetovati izbiro ustrezne kontracepcije. Če ob prvem ginekološkem pregledu mladostnice s cerebralno paralizo še niso spolno aktivne, je potrebno pri njih opraviti le abdominalni ali rektalni ultrazvočni pregled rodil.

Presejanje za raka materničnega vratu (brisi PAP) se tudi pri mladostnicah in ženskah s posebnimi potrebami izvaja na rednih ginekoloških pregledih enkrat letno do enkrat na tri leta.

Najpogostejša izbira kontracepcije pri ženskah s posebnimi potrebami so depojne progestogenske injekcije (depojni medroksi-progesteron acetat 150 mg i.m. na 3 mesece),

maternični vložki (IUD), sterilizacija ženske (po 35. letu) ter uporaba kondomov. Depojne progestogenske injekcije v Sloveniji žal niso več registrirane, lahko pa jih zdravstvena organizacija neposredno uvozi za svoje potrebe; zaenkrat s tovrstno oskrbo ni težav. Lahko predpišemo tudi kombinirano hormonsko kontracepcijo (tablete, obliž, vaginalni obroček) ali progestogensko oralno kontracepcijo, če je zagotovljena redna raba, npr. pomoč oz. nadzor skrbnika.

Pri predpisovanju kontracepcije moramo upoštevati morebitno prisotnost spremljajočih bolezni (npr. povišan krvni tlak, ...) ali razvad (npr. kajenje in starejše od 35 let, debelost, ...) in temu primerno svetovati ustrezno kontracepcijo, glede na slovenske smernice za rabo kontracepcije. Tako npr. pri nepomičnosti, ki ni v povezavi s kirurškim posegom (npr. odvisnost od invalidskega vozička, izčrpavajoča bolezen), kombinirana hormonska kontracepcija (KHK) ni priporočljiva (kat. 3), lahko pa predpišemo progestogensko oralno kontracepcijo (POK), depojne progestogene, bakreni IUD ali IUD s hormonom. V praksi se lahko srečamo tudi z ovirami npr. pri vstavitvi IUD (spazmi mišičja ob cerebralni paralizi), zato je včasih za vstavev IUD potrebna splošna anestezija.

Po Zakonu o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvih otrok (ZZUUP) se pri osebah brez opravilne sposobnosti (npr. z duševno manjrazvitostjo) sterilizacija lahko opravi po 35. letu na predlog skrbnikov s soglasjem pristojnega organa socialnega skrbstva. Tako naš zakon še posebej ščiti te osebe pred evgenično sterilizacijo. V praksi se sicer tudi redko zgodi, da se s sterilizacijo pristojni organ socialnega skrbstva strinja, zato je še toliko pomembneje, da imamo na voljo dolgo delujočo kontracepcijo, kot so depojne progestogenske injekcije in IUD, ki ga lahko vstavimo tudi nuliparam.

Zaključek

O reproduktivnih vprašanjih, specifičnih za mladostnice in odrasle ženske s posebnimi potrebami, je malo podatkov. Mladostnice in odrasle ženske s posebnimi potrebami naj obravnava specialist ginekolog, ki se usmerjeno ukvarja z obravnavo teh preiskovank. Ginekolog sam, ali s timom potrebuje daljši čas za pripravo na sam pregled, svetovanje ter morebitne posege. S humanističnega vidika vse večje skrbi za osebe s posebnimi potrebami ni nepomembno sistematično obdelati posebne probleme, ki jih te osebe predstavljajo in na osnovi ustreznih analiz pripraviti opremo, ekipo, časovne in druge normative.

Literatura

WHO. European health for all data base. Copenhagen: WHO urad za Evropo, 2003. Dzienkowski RC, Smith KK, Dillow KA, Yucha CB. Cerebral palsy. a comprehensive review. Nurse Pract 1996; 21 (2):45-8, 51-4, 57-9.

Eastgate G. Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Publica Mex* 2008; 50 suppl 2: S255-S259.

Conod L, Servais L. Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud Publica Mex* 2008; 50 suppl 2: S230-S238.

World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2006. Dosegljivo na: http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gep/text.pdf.

Pinter B, Korošec S, Trojner-Bregar A, Bizjak Ogrinc U, Srnovršnik T, Imamović-Kumalić S. Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe kombinirane hormonske kontracepcije, progestogenske oralne kontracepcije in materničnega vložka: slovenske smernice. *ISIS*, februar 2012; 54-8.

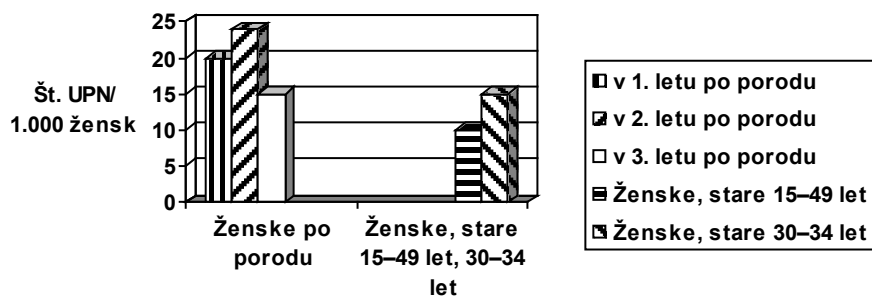
Svetovanje o kontracepciji po porodu

Barbara Požlep, Bojana Pinter

Uvod

Po porodu se lahko plodnost hitro povrne, zato je uporaba zanesljive kontracepcije v poporodnem obdobju zelo pomembna. V Sloveniji je med ženskami v prvih letih po porodu stopnja neželjenih nosečnosti večja kot v splošni populaciji žensk v rodni dobi. Leta 2001 je bila dovoljena splavnost žensk v rodni dobi 15/1.000 žensk (15–49 let), v subpopulaciji žensk v prvih 12 mesecih po porodu pa 40/1.000 žensk, kar je 2,7-krat več. Zaradi večje dovoljene splavnosti v prvih letih po porodu smo leta 2004 izdali prve smernice za svetovanje o kontracepciji po porodu. Do leta 2009 se je v splošni populaciji dovoljena splavnost že znižala na 10/1.000 žensk, v subpopulaciji žensk v prvih 12 mesecih po porodu pa na 19/1.000 (Slika 1).

Slika 1: Dovoljena splavnost (delež umetnih prekinitev nosečnosti – UPN) med ženskami v prvih treh letih po porodu ter ženskami, starimi 15–49 let ter 30–34 let, Slovenija 2009.



Ker je dovoljena splavnost v prvih dveh letih po porodu še vedno visoka (in celo višja kot najvišja starostno specifična splavnost, ki je v starostni skupini 30-34 let), je nujno okrepiti svetovanje o varni in zanesljivi kontracepciji po porodu.

Menstruacijski cikel po porodu

Ob dojenju sesanje prekine frekvenco in amplitudo pulznega izločanja gonadotropinov, tako da ovulacija izostane. Plodnost je v času dojenja zmanjšana, zato je uporaba kontracepcijskih metod učinkovitejša. Ovarijska aktivnost se poveča, ko se zmanjšata pogostnost in trajanje dojenja..

Menstruacija se pri doječih materah pojavi v povprečju 28. teden po porodu. Prvi menstruacijski ciklusi so pogosto povezani s popuščanjem lutealne faze in relativno neplodnostjo. Ovulacija pri doječih materah v povprečju nastopi 34. teden po porodu. Ob izključnem dojenju je obdobje zmanjšane plodnosti precej daljše kot ob delnem dojenju.

Pri ženskah, ki ne dojijo, se prva menstruacija (krvavitev, ki traja vsaj dva dni in ob kateri ženska uporablja predloge vsaj en dan) pojavi 4–6 tednov po porodu, prva ovulacija pa v povprečju 45. dan po porodu.

Kontracepcija po porodu

V Sloveniji glede uporabe kontracepcije upoštevamo pravkar potrjene slovenske smernice. Svetovanje o izbiri primerne kontracepcijske metode po porodu mora biti temeljito.

Metoda laktacijske amenoreje (LAM)

Metodo LAM lahko uporabljajo doječe matere, če so hkrati izpolnjena tri merila: samo v prvih šestih mesecih po porodu, izključno dojenje, amenoreja. Ob izpolnjenih teh treh pogojih zanosita 2 % žensk. Ročno brizganje mleka ni nadomestek za sesanje novorojenčka. Učinkovitost LAM se zmanjša, če se zmanjša pogostnost podojev ter zaradi stresa in bolezni matere ali dojenčka.

Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)

Ravni hormonov v materinem mleku ob uporabi hormonske kontracepcije so podobne ravni v času ovulacijskih ciklusov. Raziskave ne kažejo škodljivega učinka uporabe KHK ob dojenju na rast ali razvoj otrok, vendar je. KHK v kateri koli obliki v prvih šestih tednih po porodu kontraindicirana, ker lahko zmanjša tvorbo mleka. Od šestih tednov do šestih mesecev po porodu ne zmanjša tvorbe mleka, vendar se ob izključnem dojenju načeloma ne uporablja. Pri delnem dojenju je uporaba KHK šest tednov po porodu sprejemljiva, po šestih mesecih po porodu pa primerna izbira ne glede na dojenje. Nedoječe matere jo lahko začnejo uporabljati po treh tednih po porodu, če niso pridruženi drugi dejavniki tveganja za vensko tromboembolijo (starost 35 let ali več, nepomičnost, transfuzija ob porodu, ITM $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, poporodna krvavitev, porod s carskim rezom, predhodna preeklampsija, kajenje).

Če so ti dejavniki tveganja prisotni, je pri nedoječih materah varna uporaba KHK od šestih tednov po porodu naprej.

Progestogenska kontracepcija

Progestogenska kontracepcija v obliki depo injekcij ali kot progestogenska oralna kontracepcija (POK) se lahko pri doječih materah uporablja že v prvih šestih tednih po porodu, idealno pa ne prej kot v treh tednih po porodu zaradi možnega teoretičnega vpliva hormonov na razvoj dojenčka, ki pa ni potrjen. Nedoječe matere lahko začnejo progestogensko kontracepcijo uporabljati takoj po porodu. Depo injekcije depo medroksiprogesteron acetata so pri nas trenutno na voljo samo prek neposrednega uvoza, za kar mora poskrbeti vsaka zdravstvena organizacija sama. Od leta 2008 je na voljo t.i. progestogenska oralna kontracepcija, ki vsebuje progestogen dezogestrel in jo lahko na recept predpišemo nedoječim materam takoj po porodu, doječim materam pa tri tedne po porodu.

Nujna hormonska kontracepcija

Nujna hormonska kontracepcija po nezaščitenem odnosu ne glede na dojenje ni potrebna v prvih treh tednih po porodu, ker je verjetnost zanositve majhna. Sicer pa se lahko uporablja kadar koli po porodu ne glede na dojenje. V Sloveniji je na voljo nujna hormonska kontracepcija z levonorgestrelom, ki je učinkovita do 72 ur po nezaščitenem spolnem odnosu: brez recepta v lekarnah za starejše od 16 let (za mlajše na beli recept). Ker se levonorgestrel izloča v materino mleko, je priporočljivo, da ženska doji, tik preden zaužije zdravilo, in nato šele šest ur po jemanju zdravila z levonorgestrelom. Nova nujna hormonska kontracepcija z ulipristalacetatom je učinkovita do 120 ur po nezaščitenem spolnem odnosu in se predpiše na zdravniški recept. Ulipristalacetat se lahko teoretično izloča v mleko, zato ni priporočljivo dojiti vsaj 36 ur po zaužitju zdravila z ulipristalacetatom.

Nehormonska kontracepcija

Maternični vložek (bakreni, hormonski) ne vpliva na dojenje. Brez omejitev ga je mogoče vstaviti doječi ali nedoječi materi štiri tedne po porodu, tudi po porodu s carskim rezom. Kondom, spermicidi ali prekinjeni odnos se lahko uporabljajo kadar koli po porodu ne glede na dojenje. Ob dojenju je uporaba naravnih metod kontracepcije manj zanesljiva, pri nedoječih materah pa je uporaba naravnih metod mogoča po štirih tednih (ovulacijska metoda) oz. po treh menstruacijskih ciklih po porodu (koledarska metoda). Sterilizacija se lahko opravi v prvih sedmih dneh po porodu ali po šestih tednih po porodu ne glede na dojenje.

Štiristopenjsko svetovanje o kontracepciji po porodu

Prvi pregled po porodu naj ženska opravi šest tednov po porodu oz. po potrebi prej. Doječa ali nedoječa mati lahko po porodu začne uporabljati učinkovito kontracepcijo, če zagotovo vemo, da ni noseča.

Da bi bila svetovanje in uporaba kontracepcije po porodu dosledna in učinkovita, naj svetovanje o kontracepciji po porodu poteka v štirih stopnjah (predlog novih priporočil za rabo kontracepcije (KC) po porodu).

1. stopnja: Svetovanje o KC že pred porodom, v zadnjem trimesečju nosečnosti

- Odločitev o KC po porodu (najprimernejša metoda in alternativne možnosti).
- Če se ženska odloči za LAM, mora biti svetovanje temeljito (upoštevanje vseh treh pogojev).
- Če se ženska odloči za prekinjeni odnos, spermicide, diafragmo ali naravne metode kontracepcije, jo je potrebno opozoriti na manjšo učinkovitost izbranih metod.
- Svetovati moramo glede spolne abstinence do prvega pregleda po porodu, da lahko takoj uvedemo učinkovite metode KC.

2. stopnja: Svetovanje in izbira KC po porodu (Tabela 1)

Tabela 1: Primeren začetek uporabe posameznih kontracepcijskih metod po porodu.

Čas po porodu	Doječa mati	Nedoječa mati
Takoj po porodu	LAM kondom spermicidi* prekinjeni odnos* sterilizacija	kondom progestogenska KC spermicidi* prekinjeni odnos* sterilizacija
≥ 3 tedne po porodu	progestogenska KC nujna hormonska KC	kombin. hormonska KC, če ni dejav. tveganja za VTE nujna hormonska KC
≥ 4 tedne po porodu	maternični vložek (bakreni, hormonski)	maternični vložek (bakreni, hormonski) naravne metode KC*
≥ 6 tednov po porodu	kombin. hormonska KC (delno dojenje) diafragma* sterilizacija	kombin. hormonska KC, če so dejav. tveganja za VTE diafragma* sterilizacija
≥ 6 mesecev po porodu	kombinirana hormonska KC (ne glede na dojenje)	

*manj učinkovite kontracepcijske metode

3. stopnja: Svetovanje o KC 3–6 mesecev po porodu

- Zamenjava LAM za drugo učinkovito metodo.
- Spremljanje uporabe trenutne kontracepcijske metode, morebitna zamenjava za učinkovitejšo ali sprejemljivejšo metodo in dodatno motiviranje za rabo kontracepcije.

4. stopnja: Svetovanje o KC čez eno leto

- Spremljanje uporabe trenutne kontracepcijske metode, morebitna zamenjava za učinkovitejšo ali sprejemljivejšo metodo in dodatno motiviranje za rabo kontracepcije.

Zaključek

Zanositev kmalu po porodu je pogosto nenačrtovana in neželena, zato ji je treba nameniti pozornost že v predporodnem obdobju. Jasna strokovna merila o predpisovanju kontracepcije po porodu, tudi ob dojenju, nam omogočajo individualno in hkrati optimalno izbiro.

Literatura

Pinter B. Kontracepcija po porodu. V: MSD plus. Ljubljana: Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila, 2012, 5-8.

Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T, Bizjak Ogrinc U. Slovenske smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. Zdrav Vestn 2012; 81 (4): 277-88.

Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T. Slovenske smernice za rabo progestogenske oralne kontracepcije. Zdrav Vestn 2012; 81 (5): 355-62.

World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth edition, 2009. Geneva: World Health Organization, 2009.

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, UKMEC 2009, London: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2009.

Center for Disease Control. Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods During the Postpartum Period. Morbidity and Mortality Weekly Report 2011; 60 (26): 878–83.

Svetovanje o kontracepciji po umetni prekinitvi nosečnosti

Sara Korošec, Bojana Pinter

Uvod

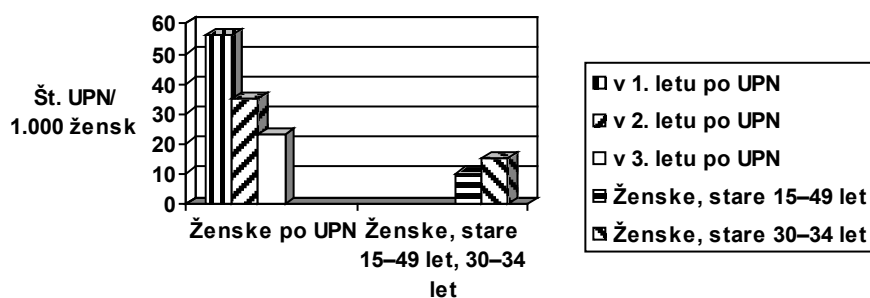
Povsod po svetu kot tudi pri nas predstavljajo poseben zdravstveni problem ženske, ki so že imele umetno prekinitev nosečnosti (UPN) iz nemedicinskega vzroka. Statistični podatki in raziskave kažejo, da imajo ženske, ki so že kdaj koli imele UPN, pogostejše ponovno UPN. Eden izmed kazalcev preprečevanja neželene nosečnosti pri ženskah, ki so že imele UPN, je delež povratnic. Povratnice so ženske, ki so v določenem koledarskem letu imele UPN, in pri katerih se je zadnja nosečnost pred tem končala kot UPN. Delež povratnic med ženskami z UPN se v Sloveniji vztrajno znižuje: leta 1997 je bil 30 %, leta 2009 pa 19 %.

Vendar je dovoljena splavnost po UPN v Sloveniji še vedno visoka. V Sloveniji je med ženskami v prvih letih po UPN delež neželenih nosečnosti oz. UPN večji kot v splošni populaciji žensk v rodni dobi. Zaradi večje dovoljene splavnosti v prvih letih po UPN smo leta 2004 izdali prve smernice za svetovanje o kontracepciji po UPN. Do leta 2009 se je dovoljena splavnost znižala in je znašala 10/1.000 žensk, starih 15–49 let (od tega 4,5 % v drugem trimesečju), najvišja starostno specifična dovoljena splavnost pa je bila 15/1.000 v skupini žensk, starih 30–34 let. V subpopulaciji žensk po UPN je leta 2009 dovoljena splavnost znašala:

- v prvih 12 mesecih po UPN 56/1.000 žensk, kar je 5,6-krat več kot pri ženskah v rodni dobi oz. 3,7-krat več kot je bila najvišja starostno specifična dovoljena splavnost;
- 13–24 mesecev po UPN 35/1.000 žensk, kar je 3,5-krat več kot pri ženskah v rodni dobi oz. 2,3-krat več kot je bila najvišja starostno specifična dovoljena splavnost;
- 25–36 mesecev po UPN 23/1.000 žensk, kar je 2,3-krat več kot pri ženskah v rodni dobi oz. 1,5-krat več kot je bila najvišja starostno specifična dovoljena splavnost (Slika 1).

Delež povratnic z UPN v drugem trimesečju je znašal 2,4 % vseh povratnic.

Slika 1: Dovoljena splavnost (stopnja umetnih prekinitev nosečnosti – UPN) med ženskami v prvih treh letih po UPN, ter ženskami, starimi 15–49 let in 30–34 let, Slovenija 2009.



Podatki o dovoljeni splavnosti v letih 2001 in 2009 kažejo, da se je dovoljena splavnost v tem obdobju znižala. Razmerje med dovoljeno splavnostjo v prvih letih po UPN in dovoljeno splavnostjo v rodni dobi oz. najvišjo starostno specifično splavnostjo pa se ni znižalo. Podatki nedvoumno kažejo, da se preprečevanje neželene nosečnosti po UPN v zadnjem desetletju ni izboljšalo nič bolj kot v splošni populaciji in je še vedno nekajkrat manj učinkovito kot v splošni populaciji. Zato je potrebno svetovanje o kontracepciji po UPN v Sloveniji okrepiti.

Izbira kontracepcije po UPN

Zelo visok delež neželenih zanositev oz. UPN v prvih letih po UPN je lahko posledica ne dovolj temeljitega svetovanja o kontracepciji po UPN. Na osnovi statističnih podatkov lahko domnevamo, da so ženske, ki se odločijo za UPN, slabše uporabnice kontracepcije. Zato mora biti svetovanje o kontracepciji še toliko bolj temeljito in motivirajoče.

Da bi bila svetovanje in uporaba kontracepcije po UPN čim bolj dosledna in učinkovita, naj svetovanje o kontracepciji po UPN poteka v petih stopnjah – predlog novih priporočil za rabo kontracepcije po UPN.

Petstopenjsko svetovanje o kontracepciji po UPN

1. stopnja: Ob napotitvi na UPN – svetovanje o kontracepciji (izbrani ginekolog)

- **Odločitev o kontracepciji po UPN** (najprimernejša metoda in alternativne možnosti, izbrane na podlagi primernosti – Slika 2). Svetovanje o rabi kontracepcije mora biti temeljito, žensko je potrebno opozoriti, da je dokazano slabša uporabnica kontracepcije in da mora biti pri uporabi kontracepcije še posebej dosledna, zato je potrebno izbrati metodo, ki je dovolj učinkovita in hkrati sprejemljiva za žensko.
- Če se ženska odloči za kombinirano hormonsko kontracepcijo (KHK), kamor sodijo kombinirana oralna kontracepcija (KOK), kontracepcijski kožni obliž in vaginalni obroček, ali progestogensko oralno kontracepcijo (POK), **predpišemo KHK ali POK že ob napotitvi na UPN**. KHK ali POK lahko ženska začne uporabljati takoj po UPN, najpozneje 5. dan po UPN, ali ob kontrolnem pregledu (če še ni imela spolnih odnosov) ali ob naslednji menstruaciji po UPN.
- Če se ženska odloči za uporabo **materničnega vložka (IUD)**, izbrani ginekolog predpiše IUD (npr. Mirena) ali da ženski v roke IUD (npr. bakreni IUD), ki se lahko vstavi v maternico takoj po UPN ali ob kontrolnem pregledu (če še ni imela spolnih odnosov) ali ob naslednji menstruaciji po UPN.
- Če se ženska odloči za manj učinkovite metode kontracepcije - spermicide, diafragmo, naravne metode kontracepcije ali prekinjen odnos (kar je manj priporočljivo), jo je potrebno **opozoriti na manjšo učinkovitost izbranih metod**. Ob tem je žensko potrebno temeljito poučiti o metodah **nujne kontracepcije** (uporaba, dosegljivost).
- Svetovati je treba glede **spolne abstinence do prvega pregleda po UPN** (da lahko takoj uvedemo učinkovite metode kontracepcije, če niso uvedene že takoj po UPN).

Slika 2. Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe različnih kontracepcijskih metod.

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek	
			Bakreni IUD	LNG-IUD
Po splavu				
a) 1. trimesečje	1	1	1	1
b) 2. trimesečje	1	1	2	2
c) po septičnem splavu	1	1	4	4

2. stopnja: Ob posegu (UPN) – svetovanje o kontracepciji (lečeči ginekolog)

- Morebitni predpis KHK ali POK ali vložitev materničnega vložka takoj po UPN.
- Spolna abstinenca do kontrolnega pregleda.

3. stopnja: Ob kontrolnem pregledu po UPN – svetovanje o kontracepciji (izbrani ginekolog)

- Kontrolni pregled po 2-3 tednih po UPN z izbiro kontracepcije, če ni bila izbrana in predpisana že prej.

4. stopnja: Tri mesece po UPN – svetovanje o kontracepciji (izbrani ginekolog)

- Spremljanje uporabe trenutne kontracepcijske metode in morebitna zamenjava za bolj sprejemljivo metodo.

5. stopnja: Kontrola čez eno leto – svetovanje o kontracepciji (izbrani ginekolog)

- Spremljanje uporabe trenutne kontracepcijske metode, morebitna zamenjava za učinkovitejšo ali sprejemljivejšo metodo in dodatno motiviranje za rabo kontracepcije.

Večstopenjski pristop naj bi zagotovil kakovostno svetovanje o kontracepciji in doslednejšo rabo kontracepcije po UPN.

Zaključek

V Sloveniji je med ženskami v prvih letih po UPN delež neželenih nosečnosti oz. UPN tudi do 5-krat večji kot v splošni populaciji žensk v rodni dobi oz. kot je najvišja starostno specifična splavnost. Zato je preprečevanju neželene nosečnosti po UPN treba nameniti pozornost že ob odločitvi za UPN; nujno potrebno je temeljito in kakovostno svetovanje o kontracepciji že ob UPN. Jasna strokovna merila in večstopenjski pristop zagotavljajo kakovostno svetovanje kontracepcije in doslednejšo rabo kontracepcije po UPN.

Literatura

Pinter B, Pretnar-Darovec A, Vrtačnik Bokal E. Nove smernice v svetovanju kontracepcije po umetni prekinitvi nosečnosti (UPN) in po porodu ter v obravnavi UPN pri mladostnicah. Ljubljana: ISIS, 1.5.2004: leto XIII, št. 5: 83–4.

Inštitut za varovanje zdravja RS. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji 2009. Primerjava podatkov med regijami za leto 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.

Pinter B. Kontracepcija po umetni prekinitvi nosečnosti. V: Tul N, Štolfa-Gruntar A (ur.). Prekinitev nosečnosti z zdravili. Zbornik. Ljubljana, 27. januar 2012. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, 2012, str. 89-93.

Pinter B, Korošec S, Trojner-Bregar A, Bizjak Ogrinc U, Srnovršnik T, Imamović-Kumalić S. Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe kombinirane hormonske kontracepcije, progestogenske oralne kontracepcije in materničnega vložka: slovenske smernice. Isis 2012; februar: 54-8.

Svetovanje kontracepcije v ginekološki ambulanti

Marko Mlinarič

Uvod

Pomemben del opravil v ginekološki ambulanti je skrb za ustrezno kontracepcijsko obravnavo naših pacientk. Težimo k pravilni izbiri kontracepcijske metode za vsako posameznico, saj ima vsaka svoje potrebe, želje in pričakovanja ter prioritete. Naša želja je izbrati tako metodo, ki bo uporabnici prilagojena, saj to v večini primerov pomeni, da jo bo dosledneje uporabljala, na ta način pa se zniža verjetnost neželenih nosečnosti na račun nepravilne ali neprimerne uporabe kontracepcijske metode. Ko svetujemo ženski, ki je v naši ambulanti, se moramo zavedati, da je v ozadju v resnici par. Svetovanje mora biti primerno, kar pomeni, da ne vsiljujemo naše volje. Informacija, ki jo podamo, mora biti strokovno ustrezna, nepristranska in prilagojena nivoju razumevanja uporabnice.

Svetovanje, vodenje in nasvet

Pri svetovanju našim pacientkam in pri komunikaciji s pacienti se poslužujemo več načinov komunikacije. Te tehnike so bolj poznane v psihologiji in jih psihologi vsak dan uporabljajo pri svojem delu. Osnovni elementi so svetovanje, vodenje in nasvet.

Svetovanje (angl.: counselling) je proces, pri katerem pacientu v procesu pogovora pomagamo, da izbere najprimernejšo odločitev. Pacient razloži, kaj ga muči, razloži dejstva, ki jih pozna. Mi pa mu na podlagi našega strokovnega znanja pomagamo sprejeti najboljšo odločitev. Vodenje (angl.: guidance) je postopek, pri katerem pacienta s pomočjo pogovora vodimo tako, da sprejme najboljšo odločitev. Pacient največkrat ne pozna celotnega problema, mi mu pomagamo in ga usmerjamo, on sam razmišlja. Tako ga vodimo do cilja, ko sam sprejme zanj najboljšo rešitev. Nasvet (angl.: advice) pa je postopek, pri katerem pacient največkrat pozna problem in morebitne rešitve, ne zna pa sprejeti najboljši – zato vpraša za nasvet.

Pri delu srečamo štiri osnovne tipe žensk.

- Prvi tip: popolnoma informirana, informacije, ki jih ima so ustrezne in strokovno primerne. Lahko že odločena, kaj želi – ali pa tudi ne.
- Drugi tip: ima osnovno informacijo, ve kaj si želi, vendar ni dokončno odločena.

- Tretji tip: popolnoma odločena, ve, kaj si želi in se ne pusti prepričati, da njena ideja ni primerna (primer: strastna kadilka, z visokim pritiskom in sladkorno boleznijo, ki je prepričana, da ji kombinirana kontracepcijska tabletki ne more škoditi).
- Četrty tip: malo ali neinformirana (primer: ve, da si želi kontracepcijo, vendar je ne pozna, prepušča se našemu nasvetu).

Zaupanje v vire zdravstvenih informacij

V sodobnem svetu, polnem komunikacijskih, informacijskih in ostalih tehnologij, nastaja nova situacija. Informacij (tako pravih kot nepravih) je obilo. V preteklosti jih je bilo malo, strokovne največkrat niso bile dostopne nestrokovnjakom. Pot do njih je bila precej bolj zavita in dolgotrajna. Sedaj so podatki največkrat le klik stran, dostopni vsakomur, ki ima dostop do interneta.

Zdravstvena problematika je neverjetno zanimiva, kar vidimo že samo, če pogledamo v TV spored, vsi tiskani in e-mediji pa kar tekmujejo, kdo bo več pisal o zdravstveni problematiki. Žal se dobro prodajajo tudi razne afere. Negativno – dostikrat prenapihnjeno poročanje niža stopnjo zaupanja v zdravstveni sistem in njegove izvajalce.

Komu torej zaupati v zvezi z zdravstvenimi informacijami? Po raziskavi med študenti ljubljanske Univerze v letu 2010 le-ti glede zdravstvenih informacij najbolj zaupajo zdravniku (indeks zaupanja 6,2 – 1 pomeni popolnoma neverodostojen in 7 popolnoma verodostojen), farmacevtu (5,5), knjigam (5,3), medicinski sestri (5,1), staršem in sorodnikom (4,0), internetu (3,9), prijateljem (3,5), televiziji (3,4) zdravilcem (3,4), revijam (3,2), radiu (3,2), homeopatom (3,2). Iz navedenega se moramo zavedati odgovornosti pri svetovanju in delu z našimi pacienti.

Posebnosti kontracepcijskega svetovanja

Kontracepcijsko svetovanje nosi posebno težo, saj neprimerno svetovanje pomeni, da ženska (par) svetovane metode ne bo dosledno uporabljala. Poraste lahko število neželenih nosečnosti in s tem umetnih prekinitev nosečnosti. Neprimerna kontracepcijska metoda lahko pripelje do pojava neželenih stranskih učinkov in s tem slabšega zdravstvenega stanja. Največkrat gre za dolgotrajno večletno uporabo, zato si je prvič treba vzeti dovolj časa. Kljub idealnim pogojem nekatere ženske med uporabo preidejo na drugo metodo, ker se prva izkaže kot neprimerna ali pa so se spremenili pogoji.

Pri svetovanju moramo imeti v mislih želje in pričakovanje ženske (para), pogostnost spolnih odnosov, zdravstveno stanje, posebne okoliščine, kot so npr. načrtovan prvi spolni

odnos, mladostnice, dojenje in stanja po porodu ali umetni prekinitvi nosečnosti, obdobje pred menopavzo, razvade in podobno.

Svetovalec mora dobro poznati vse kontracepcijske metode, vključno z njihovimi prednostmi in omejitvami, smernice za njihovo uporabo (WHO smernice so dostopne na internetu, slovenske smernice so bile objavljene v Zdravniškem vestniku) ter povzetek temeljnih značilnosti zdravila (angl. Summary of Product Characteristics – SmPC), ki ga predpiše. Predpisovanje je varno, če je v skladu z navedenim.

Proces svetovanja poteka v treh delih. V prvem delu ženska izrazi željo po kontracepciji. V pogovoru z njo spoznamo njene želje in potrebe, frekvenco spolnih odnosov, informiramo se o njenem zdravstvenem stanju, razvadah, življenjskem slogu. Pozitivna družinska anamneza, na primer, močno sovпада z ogroženostjo za globoko vensko trombozo pri uporabi kombinirane kontracepcijske tabletke. Predstavimo ji kontracepcijske metode nasploh. Ko pride do ožjega izbora kontracepcijske metode, sledi drugi del, v katerem podrobno razložimo izbrano kontracepcijsko metodo, način delovanja, uporabo, neželene učinke in morebitna opozorila (na primer slabše delovanje pri kombinaciji z drugimi zdravili, kdaj je treba takoj prenehati z uporabo in poiskati nujno zdravniško pomoč in podobno). V tretjem delu preverimo njeno razumevanje, razjasnimo morebitne nejasnosti.

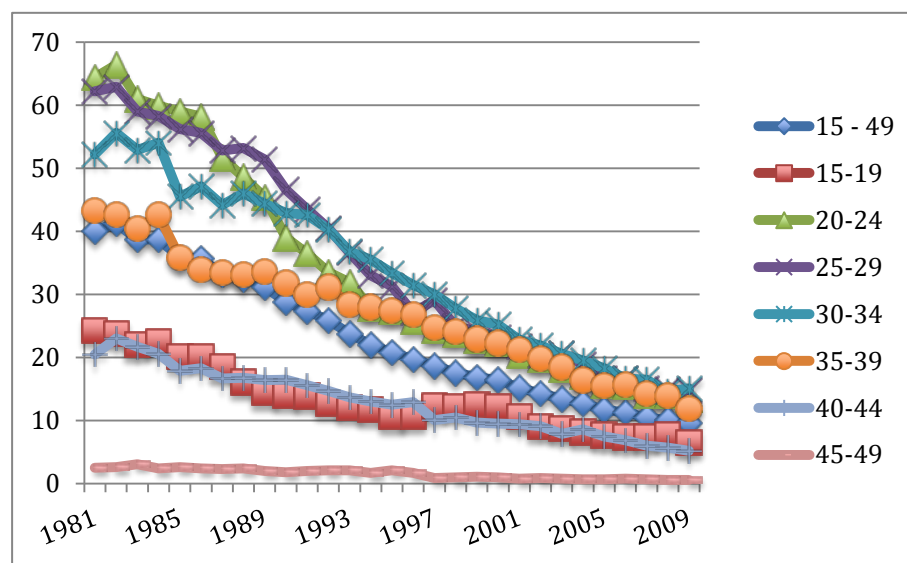
Za dobro razumevanje je nujno poznavanje nekaj osnov:

- uporabljamo kratke, nezapletene stavke;
- ne podajamo informacij prehitro;
- ne uporabljajmo strokovnih izrazov;
- ne predpostavljajmo, da ženska pozna osnove fiziologije in delovanja vseh sredstev, o katerih govorimo;
- v primeru, da informacijo podajamo preveč enostavno, lahko izgubimo kredibilnost;
- preverjajmo, če nam ženska sledi in posluša;
- naj nam ne bo odveč ponoviti kake stvari, ki ji je nejasna (čeprav se nam zdi osnovna in enostavna);
- bodimo pozorni na znake neverbalne komunikacije, ki jih ženska oddaja; zavedajmo se, da jih oddajamo tudi sami in so lahko v nasprotju s tistim, kar govorimo.

Vsakodnevno delo z našimi pacientkami ter promocija kontracepcije med celotnim prebivalstvom je prinesla vidne uspehe. Leta 1981 je bila dovoljena splavnost (število dovoljenih splavov na 1000 žensk v rodni dobi) v Sloveniji za skupino žensk starih 15-49 let 40,1, leta 2009 pa le še 9,6. Padec je viden v vseh starostnih skupinah (Slika 1).

Omenjeni rezultat ni prišel sam od sebe, ampak je plod strokovnega dela, predvsem ginekologov in naših sodelavcev.

Slika 1: Starostno specifična dovoljena splavnost v Sloveniji, 1981-2009.



Na področju, ki ga pokriva naša ambulanta, že več kot 12 let predavam v osnovnih šolah in učence seznanjam z različnimi kontracepcijskimi možnostmi. Vse več mladostnic se skupaj z svojimi partnerji oglasi v ambulanti na posvet pred prvim spolnim odnosom, kjer skupaj ugotavljamo, katera metoda bi bila za njih najprimernejša. Delo je zaradi njihovega predznanja lažje. Seveda pa pri vsakem pogovoru o kontracepciji opozorimo na nevarnost spolno prenosljivih okužb in na načine, kako se jih obvarovati. Brez tega dela je svetovanje o kontracepciji nepopolno.

Zaključek

Kontracepcijsko svetovanje je staro kot je stara prva znana kontracepcijska metoda. Najprej je bila rezervirana za pogovore med ženskami (prijateljice, mame, stare mame med seboj) in ločeno moškimi (prijatelji, očetje, sinovi med seboj). Šele ko je medicina prevzela kontracepcijo v svoje roke in so se pojavile nove metode, se je svetovanje preselilo v zdravniške ordinacije.

Literatura

Kristančič A. Svetovanje in komunikacija. Ljubljana: Združenje svetovalnih delavcev Slovenije, 1995.

Hočevar N. Zaupanje v vire zdravstvenih informacij. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, 2010.

Long-term Active Surveillance Study for Oral Contraceptives (LASS).Trials. Dosegljivo na: <http://clinresearch.info/research/index/NCT00676065>

Inštitut za varovanje zdravja RS. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji 2009.

Primerjava podatkov med regijami za leto 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.

Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe kombinirane hormonske kontracepcije, progestogenske oralne kontracepcije in materničnega vložka. Slovenske smernice.

Bojana Pinter, Sara Korošec, Andreja Trojner Bregar, Urška Bizjak Ogrinc, Tinkara Srnovršnik, Senka Imamović Kumalić

Kategorije primernosti rabe določene kontracepcijske metode in zbirna tabela stanj

Na podlagi anamneze, usmerjenega fizikalnega pregleda in, če je potrebno, še dodatnih laboratorijskih preiskav, lahko uporabnico, glede na njeno zdravstveno stanje, razvrstimo v eno od štirih kategorij primernosti rabe določene kontracepcijske metode:

- **Kategorija 1:** Stanje, kjer ni omejitev za uporabo kontracepcijske metode; kontracepcijska metoda **se uporablja v vseh okoliščinah**.
- **Kategorija 2:** Stanje, kjer so prednosti oz. koristi uporabe kontracepcijske metode na splošno večje od teoretičnih ali dokazanih zdravstvenih tveganj; kontracepcijska metoda **se običajno uporablja**.
- **Kategorija 3:** Stanje, kjer je teoretično ali dokazano tveganje običajno večje od prednosti oz. koristi uporabe kontracepcijske metode; **raba** kontracepcijske metode **običajno ni priporočljiva**, razen izjemoma, če niso na voljo ali niso sprejemljive druge primernejše metode.
- **Kategorija 4:** Stanje, kjer uporaba kontracepcijske metode predstavlja nesprejemljivo zdravstveno tveganje; kontracepcijska metoda **se ne uporablja**.

V zbirni tabeli (Tabela 1) prikazujemo stanja in kategorije primernosti rabe kombinirane hormonske kontracepcije (KHK), progestogenske oralne kontracepcije (POK) in materničnega vložka (IUD) v skladu s slovenskimi smernicami, ki smo jih sprejeli in objavili leta 2012. Smernice in merila smo oblikovali na podlagi meril Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), britanske Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare ter ameriškega Centers for Disease Control and Prevention. Merila primernosti se nanašajo na varnost (neposredna zdravstvena tveganja) rabe določene kontracepcijske metode pri ženskah z določenimi zdravstvenimi stanji ali ob sočasni rabi določenih zdravil.

V nekaterih primerih, ob določenih stanjih, sta **začetek (Z)** in **nadaljevanje (N)** rabe določene kontracepcijske metode razvrščena v različni kategoriji. Npr., če se določeno bolezensko stanje pojavi ob rabi kontracepcijske metode, se lahko nadaljevanje rabe razvrsti v višjo ali nižjo kategorijo.

V tekstu so uporabljene kratice: AIDS - akvirirani imunski deficitni sindrom, GVT – globoka venska tromboza, HIV – virus humane imunske pomanjkljivosti, ITM – indeks telesne mase, IUD – maternični vložek, KHK – kombinirana hormonska kontracepcija, KOK – kombinirana oralna kontracepcija, PE – pljučna embolija, POK – progestogenska oralna kontracepcija, SLE – sistemski eritematozni lupus, SPO – spolno prenosljive okužbe, TIA – tranzitorna ishemična ataka, VTE – venska trombembolija.

Tabela 1: Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe KHK, POK in IUD.

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek	
			Bakreni IUD	LNG - IUD
Osebnostne značilnosti in reproduktivna zgodovina				
Nosečnost			4	4
Starost	Menarha do < 40 let = 1 ≥ 40 let = 2	Menarha do > 45 let = 1	Menarha do < 20 let = 2 > 20 let = 1	Menarha do < 20 let = 2 > 20 let = 1
Pariteta				
a) ni rodila	1	1	1	1
b) že rodila	1	1	1	1
Dojenje				
a) < 6 tednov po porodu	4	2		
b) ≥ 6 tednov do < 6 mesecev po porodu (izključno/skoraj izključno dojenje)	3	1		
c) ≥ 6 tednov do < 6 mesecev po porodu (delno dojenje)	2	1		
d) ≥ 6 mesecev po porodu	1	1		
Po porodu (nedoječe matere)				
a) < 21 dni	4	1		
b) ≥ 21 dni do < 6 tednov, če so pridruženi drugi dejavniki tveganja za VTE	3	1		

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek	
			Bakreni IUD	LNG - IUD
c) ≥ 21 dni do < 6 tednov, če niso pridruženi drugi dejav. tveganja za VTE	2	1		
d) ≥ 6 tednov	1	1		
Po porodu (ne glede na dojenje, tudi po carskem rezu)				
a) 48 ur do < 4 tedne			3	3
b) ≥ 4 tedne			1	1
c) poporodna sepsa			4	4
Po splavu				
a) 1. trimesečje	1	1	1	1
b) 2. trimesečje	1	1	2	2
c) po septičnem splavu	1	1	4	4
Zunajmaternična nosečnost v preteklosti	1	1	1	1
Kirurški posegi v mali medenici v preteklosti (za carski rez glej poporodna stanja)	1	1	1	1
Kajenje				
a) starost < 35 let	2	1	1	1
b) starost ≥ 35 let				
- < 15 cigaret na dan	3	1	1	1
- ≥ 15 cigaret na dan	4	1	1	1
- prenehanje kajenja pred < 1 letom	3	1	1	1
- prenehanje kajenja pred ≥ 1 letom	2	1	1	1
Debelost				
a) ITM ≥ 30 –34 kg/m ²	2	1	1	1
b) ITM ≥ 35 kg/m ²	3	1	1	1
Srčno-žilne bolezni				
Več dejavnikov tveganja za pojav srčno-žilnih bolezni	3/4	2	1	2
Povišan krvni tlak				
a) ustrezno zdravljen	3	1	1	1
b) stalno povišan krvni tlak				
- sistolični 140–159 mm Hg ali diastolični 90–94 mm Hg	3	1	1	1

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)		Maternični vložek			
				Bakreni IUD		LNG - IUD	
- sistolični ≥ 160 mm Hg ali diastolični ≥ 95 mm Hg	4	1		1		1	
c) bolezni arterijskih žil	4	2		1		2	
Povišan krvni tlak v nosečnosti v preteklosti (normalen krvni tlak v sedanjosti)	2	1		1		1	
Venska tromboembolija (VTE) (GVT in PE)							
a) VTE v preteklosti	4	2		1		2	
b) sedanja VTE (na antikoagulantnem zdravljenju)	4	2		1		2	
c) VTE v družinski anamnezi							
- sorodnik v 1. kolenu < 45 let	3	1		1		1	
- sorodnik v 1. kolenu ≥ 45 let	2	1		1		1	
d) večji kirurški poseg							
- z daljšo imobilizacijo	4	2		1		2	
- brez daljše imobilizacije	2	1		1		1	
e) manjši kirurški poseg brez imobilizacije	1	1		1		1	
d) nepomičnost, ki ni v povezavi s kirurškim posegom (npr. odvisnost od invalidskega vozička, izčrpavajoča bolezen)	3	1		1		1	
Znane trombogene mutacije (faktor V Leiden, mutacija protrombina, pomanjkanje proteina S, proteina C in antitrombina)	4	2		1		2	
Povrhnja venska tromboza							
a) varice	1	1		1		1	
b) povrhnji tromboflebitis	2	1		1		1	
Ishemična bolezen srca (sedanja ali v preteklosti)	4	Z	N	1	Z	N	
		2	3		2	3	
Možganska kap (sedanja ali v preteklosti, vključno s TIA)	4	Z	N	1	Z	N	
		2	3		2	3	
Znana hiperlipidemija	2/3	2		1		2	

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek			
			Bakreni IUD		LNG - IUD	
Bolezen srčnih zaklopov ali prirojena bolezen srca						
a) brez zapletov	2	1	1		1	
b) z zapleti	4	1	2		2	
Nevrološka stanja						
Glavoboli						
a) nemigrenski (blagi, hudi)	Z	N				
	1	2	1		1	
			Z	N		
b) migrena brez avre	2	3	1	2		
c) migrena z avro	4	2	1		2	
d) migrena z avro v preteklosti (pred ≥ 5 leti)	3	2	1		2	
Epilepsija	1	1	1		1	
Depresivne motnje						
Depresivne motnje	1	1	1		1	
Stanja dojk in rodil						
Krvavitev iz nožnice						
a) neredna, brez močne krvavitve	1	2	1		1	
					Z	N
b) močna ali podaljšana krvavitev (redna ali neredna)	1	2	2		1	2
Nepojasnjena krvavitev iz nožnice (sum na resnejšo bolezen, pred izpeljano diagnostiko)	2	2	Z	N	Z	N
			4	2	4	2
Endometrioza	1	1	2		1	
Benigni tumorji jajčnika (vključno s cistami)	1	1	1		1	
Huda dismenoreja	1	1	2		1	
Gestacijska trofoblastna bolezen						
a) upadajoče ali nemerljive vrednosti β-hCG	1	1	1		1	
b) perzistentno povišane vrednosti β-hCG ali maligna bolezen	1	1	4		4	
Ektropija materničnega vratu	1	1	1		1	

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek			
			Bakreni IUD		LNG - IUD	
Cervikalna intraepitelijska neoplazija (CIN)	2	1	1		2	
Rak materničnega vratu (pred zdravljenjem)	2	1	Z	N	Z	N
			4	2	4	2
Bolezni dojk						
	Z	N				
a) neopredeljena zatrdlina v dojki	3	2				
b) benigna bolezen dojk	1	1				
c) rak dojke v družini	1	1				
d) nosilke mutacij genov, povezanih z rakom dojke (npr. <i>BRCA 1</i>)	3	2				
e) rak dojke						
- sedanji	4	4				
- v preteklosti, brez znakov bolezni v zadnjih 5-ih letih	3	3				
Rak endometrija (pred zdravljenjem)	1	1	Z	N	Z	N
			4	2	4	2
Rak jajčnikov (pred zdravljenjem)	1	1	Z	N	Z	N
			3	2	3	2
Miomi matrice						
a) brez spremembe oblike maternične votline	1	1				
b) s spremembo oblike maternične votline	1	1				
Anatomske nepravilnosti matrice (prirojene ali pridobljene)						
a) s spremembo oblike maternične votline						
b) brez spremembe oblike maternične votline						
Medenična vnetna bolezen						
a) v preteklosti (brez sedanjega tveganja za SPO)	1	1				
			Z	N	Z	N
b) sedanja	1	1	4	2	4	2
Spolno prenosljive okužbe (SPO)						

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek			
			Bakreni IUD		LNG - IUD	
a) klamidijska okužba (simptomatska ali asimptomatska)	1	1	Z	N	Z	N
			4	2	4	2
b) sedanji gnojni cervicitis ali gonoreja	1	1	Z	N	Z	N
			4	2	4	2
c) druge SPO (razen HIV in hepatitis)	1	1	2		2	
d) vaginitis (vključno s <i>Trichomonas vaginalis</i> in bakterijsko vaginozo)	1	1	2		2	
e) povečano tveganje za SPO	1	1	2/3		2/3	
HIV/AIDS						
Visoko tveganje za okužbo	1	1	2		2	
Okužba s HIV						
a) brez antiretrovirusnega zdravljenja	1	1	2		2	
b) z antiretrovirusnim zdravljenjem	1-3	1-3	2-2/3		2-2/3	
AIDS (z antiretrovirusnim zdravljenjem)	2	2	2		2	
Druge okužbe						
Shistosomioza	1	1	1		1	
brez zapletov ali z jetrno fibrozo (brez ciroze)						
Tuberkuloza	1	1	1		1	
a) brez prizadetosti medeničnih organov						
			Z	N	Z	N
b) s prizadetostjo medeničnih organov	1	1	4	3	4	3
Malaria	1	1	1		1	
Endokrina stanja						
Sladkorna bolezen	1	1	1		1	
a) nosečnostna sladkorna bolezen v preteklosti						
b) brez žilnih zapletov (od insulina neodvisna ali od insulina odvisna)						
c) z nefropatijo/ retinopatijo/nevropatijo	3/4	2	1		2	

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek	
			Bakreni IUD	LNG - IUD
d) pridružene druge žilne bolezni	3/4	2	1	2
Motnje delovanja ščitnice				
a) golša	1	1	1	1
b) hipotiroza	1	1	1	1
c) hipertiroza	1	1	1	1
Stanja prebavil				
Bolezen žolčnika				
a) simptomatska				
- v preteklosti, zdravljena s holecistektomijo	2	2	1	2
- v preteklosti, zdravljena konzervativno	3	2	1	2
- sedanja	3	2	1	2
b) asimptomatska	2	2	1	2
Holestaza v preteklosti				
a) v nosečnosti	2	1	1	1
b) ob rabi KOK	3	2	1	2
Virusni hepatitis				
	Z	N		
a) akutni	3/4	2	1	1
b) nosilka virusa	1	1	1	1
c) kronični	1	1	1	1
Jetrna ciroza				
a) blaga (kompenzirana)	1	1	1	1
b) huda (dekompenzirana)	4	3	1	3
Tumorji jeter				
a) benigni				
- fokalna nodularna hiperplazija	2	2	1	2
- hepatocelularni adenom	4	3	1	3
b) maligni (hepatom)	4	3	1	3
Vnetne črevesne bolezni (Chronova bolezen, ulcerozni kolitis)	2	2	1	1
Anemije				
Talasemija	1	1	2	1

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek			
			Bakreni IUD		LNG - IUD	
Srpastocelična anemija	2	1	2		1	
Anemija zaradi pomanjkanja železa	1	1	2		1	
Raynaudova bolezen						
a) primarna	1	1	1		1	
b) sekundarna						
- brez lupusnih antikoagulantov	2	1	1		1	
- z lupusnimi antikoagulanti	4	2	1		2	
Revmatične bolezni						
Sistemski eritematozni lupus (SLE)	4	3	1		3	
a) prisotna antifosfolipidna protitelesa (ali neznano)			Z	N		
b) huda trombocitopenija	2	2	3	2	2	
			Z	N		
c) imunosupresivno zdravljenje	2	2	2	1	2	
d) nič od naštetega	2	2	1		2	
Presaditev organov						
a) brez zapletov	2	2	2		2	
			Z	N	Z	N
b) z zapleti (odpoved presadka - akutna ali kronična, zavrnitev presadka, vaskulopatija)	4	2	3	2	3	2
Interakcije z zdravili						
Antiretrovirusna zdravila	1	1				
a) nukleozidni zaviralci reverzne transkriptaze (NRTI)			Z	N	Z	N
			2/3	2	2/3	2
			Z	N	Z	N
b) nenukleozidni zaviralci reverzne transkriptaze (NNRTI)	2	2	2/3	2	2/3	2
			Z	N	Z	N
c) ritonavir - zaviralci proteaz	3	3	2/3	2	2/3	2
Antikonvulzivna zdravila						

Stanja	Kombinirana hormonska kontracepcija (KHK)	Progestogenska oralna kontracepcija (POK)	Maternični vložek	
			Bakreni IUD	LNG - IUD
a) antikonvulzivi (fenitoin, karbamazepin, barbiturati, primidon, topiramat, okskarbazepin)	3	3	1	1
b) lamotrigin	3	1	1	1
Antimikrobna zdravila				
a) širokospektralni antibiotiki	1	1	1	1
b) antimikotiki	1	1	1	1
c) antiparazitiki	1	1	1	1
d) rifampicin, rifabutin	3	3	1	1

Literatura

Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T, Bizjak Ogrinc U. Smernice za rabo kombinirane hormonske kontracepcije. Zdrav Vestn 2012; 81 (4): 277-88. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/79>

Pinter B, Korošec S, Srnovršnik T. Slovenske smernice za rabo progestogenske oralne kontracepcije. Zdrav Vestn 2012; 81 (5): 355-62. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/81>

Pinter B, Trojner Bregar A, Imamović Kumalić S. Slovenske smernice za rabo materničnega vložka. Zdrav Vestn 2012; 81 (9): 589-601. Dosegljivo na: <http://ojs.szd.si/index.php/vestnik/issue/view/87>

Pinter B, Korošec S, Trojner-Bregar A, Bizjak Ogrinc U, Srnovršnik T, Imamović-Kumalić S. Zbirna tabela stanj in kategorij primernosti rabe kombinirane hormonske kontracepcije, progestogenske oralne kontracepcije in materničnega vložka: slovenske smernice. Isis, februar 2012: 54-8. Dosegljivo na: <http://www.reprodukcija.si/strokovno/1732-2/>

Sponzorji srečanja

Glavni sponzor



Ostali sponzorji

