

SÚČASNÉ MOŽNOSTI ANTIKONCEPCIE

Zuzana Nižňanská

I. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK, Bratislava

V súčasnosti je na našom trhu dostupná široká škála antikoncepčných metód: prirodzené, bariérové a chemické, hormonálna antikoncepcia, intrauterínne teliesko a trvalá možnosť antikoncepcie – sterilizácia. Podľa aktuálnej situácie možno vybrať vhodnú metódu pre každú ženu. V článku je uvedený prehľad metód s uvedením ich výhod aj možných komplikácií.

Kľúčové slová: antikoncepcia, výber.

Kľúčové slová MeSH: antikoncepcia – metódy.

RECENT POSSIBILITIES OF CONTRACEPTION

There is a wide scale of contraceptive methods available in our condition. It is possible to make a proper choice for every woman due to her special needs. This is an overview of contraception including its benefits and risks.

Key words: contraception, contraceptive choice.

Key words MeSH: contraception – methods.

Via pract., 2005, roč. 2 (7–8): 290–293

Úvod

Antikoncepcia (kontracepcia) je súbor metód, ktorými možno zabrániť neželanému otehotneniu a plánovať tehotnosť na vhodné obdobie.

Najstaršie správy o antikoncepčných praktikách a prostriedkoch pochádzajú ešte zo staroveku. Sú známe v písomnej aj obrazovej podobe a niektoré z nich sa len s malými zmenami využívajú dodnes. Antikoncepčné praktiky sa používajú tak v jednoduchých podmienkach u prírodných národov, ako aj vo vyspelých spoločnostiach. Musia spĺňať požiadavku neškodnosti pre ženu, dostupnosti, jednoduchosti, spoľahlivosti, úplnej reverzibility a cenovej prístupnosti. K dispozícii sú tzv. prirodzené metódy antikoncepcie, bariérové a chemické metódy, hormonálna antikoncepcia, intrauterínne teliesko a sterilizácia, ako metóda trvalej antikoncepcie.

Používanie antikoncepčných metód závisí od spoločenských pravidiel a aktuálnej situácie v spoločnosti. V minulosti boli preferované prirodzené a bariérové metódy antikoncepcie. V ostatných rokoch s prudkým rozvojom farmaceutického priemyslu sa rozvíjali najmä možnosti hormonálnej antikoncepcie a používanie intrauterínných antikoncepčných teliesok rôzneho druhu.

V našich podmienkach boli zaznamenané za posledných 10–20 rokov výrazné zmeny v úžitosti antikoncepcie. Podstatne sa zvýšilo predovšetkým užívanie hormonálnej antikoncepcie. Spôsobuje to lepšia dostupnosť prípravkov s minimálnymi vedľajšími účinkami. Dostupná je široká škála metód a prípravkov s možnosťou individuálnej voľby pre pacientku. Nepochybne vyššia je aj informovanosť laickej verejnosti. Najpoužívanejšími metódami v našich podmienkach sú hormonálna antikoncepcia a intrauterínne teliesko.

Prirodzené metódy

Ide o súbor metód, ktoré využívajú poznanie fyziológie menštruačného cyklu, určenie tzv. plodných a neplodných dní. **Ogino-Knaussova metóda** vychádza z predpokladu, že pri pravidelnom menštruačnom cykle nastáva ovulácia 13.–14. deň, schopnosť oplodnenia vajíčka trvá 17 hodín a schopnosť preniknutia spermii trvá 48 hodín po ejakulácii. To znamená, že tzv. plodné dni sú medzi 9. a 19. dňom cyklu, ostatné sú neplodné. **Billingsova metóda** využíva sledovanie ťažnosti cervikálneho hlienu, podľa ktorej možno určiť obdobie ovulácie a tým aj plodné dni ženy. Metóda je nevhodná pre ženy s nepravidelným menštruačným cyklom.

Ďalšou z prirodzených metód je metóda prerušovanej súložie, ktorá však predpokladá veľkú dávku sebakontroly partnera.

Chemické a bariérové metódy

Chemické metódy využívajú aplikáciu spermicídnych látok vo forme peny, krému, želé, rozpustných globulí, alebo čapíkov. Používajú sa hlavne spolu s bariérovými metódami, čo vzájomne zvyšuje ich účinnosť. **Z bariérových metód** je najrozšírenejšie používanie kondómu. Používanie diafragmy a cervikálnych pesarov nenašlo širšie uplatnenie. Vyššia používanosť kondómu je vo veľkej miere výrazom zlepšenej informovanosti žien o rizikách prenosu sexuálne prenosných ochorení. Výhodou kondómu ako antikoncepčnej metódy je súčasne ochrana pred sexuálne prenosnými ochoreniami. Je pozitívnym zistením, že ho používajú páry z tzv. rizikových skupín aj v kombinácií s iným, účinnejším antikoncepčným prostriedkom (hormonálny prípravok, intrauterínne teliesko). Tieto metódy však môžu spôsobiť lokálnu iritáciu pošvovej sliznice, preto sú pre mnohé ženy neprijateľné.

Hormonálna antikoncepcia

Hormonálna antikoncepcia je metóda, ktorá prešla za posledné 4 desaťročia mimoriadne búrlivým vývojom. Princíp hormonálnej antikoncepcie – potlačenie ovulácie prostredníctvom podávania estrogénov a gestagénov, ktoré spätnou väzbou utlmia činnosť vaječníc – je známy už dlho. Dovtedy, kým farmaceutický priemysel nevyprodukoval a neuviedol na trh prípravky účinné v tabletkách bolo možné podávať tieto látky len injekčne. Účinnosť týchto injekcií bola krátkodobá, preto ich bolo treba podávať denne. Antikoncepčná tableta sa ocitla prvý raz na trhu pred štyridsiatimi rokmi. Odvtedy sa používanie hormonálnej antikoncepcie rozšírilo po celom svete. Farmaceutický priemysel vyvinul veľké úsilie o vytvorenie prípravkov s vysokou antikoncepčnou účinnosťou a minimálnym počtom vedľajších účinkov. Hľadali sa optimálne dávky hormónov, ich zloženie a ideálny vzájomný pomer účinných látok.

V súčasnosti sa uplatňujú 2 typy hormonálnych prípravkov: kombinované (estrogén + gestagén) a výlučne gestagénové. Najrozšírenejšie je uplatnenie kombinovaných orálnych antikonceptív.

Kombinovaná hormonálna antikoncepcia

Prípravky kombinovaných antikonceptív sa skladajú z dvoch zložiek. Prvou zložkou je estrogén – v súčasnosti sa používa jediný – **ethinylestradiol**. Jednotlivé prípravky sa líšia jeho dávkou. Vývoj smeroval a stále smeruje k postupnému znižovaniu jeho obsahu. Prvé antikoncepčné prípravky obsahovali vysoké dávky 200–250 µg ethinylestradiolu v jednej tablete. V 80-tych rokoch sa už uplatnili na trhu tablety s obsahom len 50–30 µg ethinylestradiolu, ktoré sa od ich predchodcov líšili

tým, že mali oveľa menej nežiaducich účinkov a boli podstatne lepšie tolerované užívateľkami. To umožnilo aj ich širšie uplatnenie. V 90-tych rokoch sa dostávajú na trh prípravky s dávkou 20 µg, a v najnovších prípravkoch je už len 15 µg ethinylestradiolu.

Podľa obsahu ethinylestradiolu delíme prípravky na:

- *vysokodávkové* – 50 µg ethinylestradiolu,
- *strednodávkové* – 30 µg ethinylestradiolu,
- *nízkodávkové* – 20 µg ethinylestradiolu,
- *extrémne (ultra) nízkodávkové* – 15 µg ethinylestradiolu.

Druhou zložkou kombinovaného antikoncepcného prípravku je **gestagénna látka**. Používajú sa progestíny II. generácie (levonorgestrel, norethisteronacetát) a III. generácie (gestoden, desogestrel, norgestimát, dienogest). Podľa pomeru jednotlivých zložiek v priebehu jedného cyklu užívania delíme prípravky na jedno, dvoj a trostupňové.

Základným mechanizmom účinku kombinovanej hormonálnej antikoncepcie je zábrana ovulácie, **vedľajšími mechanizmami** sú ovplyvnenie cervikálneho hlienu a zmeny endometria. Pôvodne sa uvažovalo, že dávka nižšia ako 30 µg ethinylestradiolu nie je dostačujúca pre útlm ovulácie. Pri vývoji antikoncepcných prípravkov smerom k nižším dávkam, sledovaním ich účinnosti a analýzou príčin zlyhania sa ukázalo, že antikoncepcný efekt nie je závislý na dávke hormónov, ale na presnosti ich užívania. Na tom je založená možnosť znižovania obsahu hormónov.

Výhodou kombinovaných hormonálnych antikonceptív je vysoká antikoncepcná spoľahlivosť, jednoduchosť užívania, dostupnosť, väčšinou dobrá kontrola cyklu. Podľa

niektorých autorov je pri hormonálnej antikoncepcii aj nižšia frekvencia zápalov vnútorného genitálu, pretože vedľajší efekt užitých hormónov na cervikálny hlien je, že ho udržiava trvale nepriechodný pre spermie a znižuje tak aj možnosť vzniku ascendentnej infekcie z pošvy.

Počas užívania hormonálnej antikoncepcie sa však môžu prejaviť aj **vedľajšie účinky**, ktoré narušujú toleranciu prípravku. Najviac vedľajších účinkov možno zaznamenať v priebehu prvých 3 cyklov užívania, pričom najproblematickejší býva prvý cyklus. Ak sa v prvom cykle vyskytnú niektoré nežiaduce účinky, vo väčšine prípadov sa ich výskyt zníži až do úplného vymiznutia v priebehu ďalších 2 cyklov. Najčastejšie sa vyskytujú: nepravidelné krvácanie, bolesti hlavy, napätie v prsníkoch, prírastok na hmotnosti, dyspeptické ťažkosti, zhoršenie kvality pleti, vlasov, depresívny stav, pokles libida.

Ovplyvnenie menštruačných pomerov: vo väčšine prípadov má hormonálna antikoncepcia pozitívny vplyv na menštruačný cyklus. Obvykle zaznamenávame úpravu pravidelnosti menštruačných pomerov. Strednodávkové antikonceptíva zabezpečujú obyčajne dobrú kontrolu menštruačného cyklu. Nízko a extrémne nízkodávkové antikonceptíva túto kontrolu nedokážu celkom zaručiť predovšetkým u adolescentných dievčat s výraznejšími atypiami menštruačného cyklu. Preto sú pre túto skupinu pacientok vhodné prípravky strednodávkové.

Dysmenorrhoe je jeden z najčastejších problémov, na ktorý si ženy sťažujú v súvislosti s menštruáciou. Na jej vzniku sa podieľa ischemia sprostredkovaná zvýšením hladiny prostaglandínov, spasticita vnútornej bránky cervikálneho kanála následkom hypoxie a psy-

chogénny mechanizmus. Niektoré z týchto faktorov sú priamo pozitívne ovplyvnené hormonálnymi kontraceptívami. Udáva sa zlepšenie ťažkostí u 80–96% užívateľiek kombinovanej hormonálnej antikoncepcie.

Ovplyvnenie hmotnosti: práce analyzujúce zmeny hmotnosti u užívateľiek kombinovanej hormonálnej antikoncepcie udávajú priemerný ročný prírastok hmotnosti u strednodávkových prípravkov 0,5–1 kg u nízkodávkových 0–0,5 kg, výnimočne do 1 kg. Z toho vyplýva, že zmeny hmotnosti počas užívania kombinovaných kontraceptív idú skôr na konto zmeny životosprávy, ktorej úpravou možno nežiaduci prírastok ľahko odstrániť. Antikonceptíva môžu pozitívne ovplyvniť chuť do jedla, preto u niektorých užívateľiek možno pozorovať zvýšenie hmotnosti, ktoré však súvisí so zvýšeným príjmom potravy. U 1% žien s antikoncepciou sa uvádza ako príčina prírastku hmotnosti možnosť zvýšeného zadržovania vody v organizme so vznikom edémov, ako reakcia na gestagénnu zložku.

V literatúre nachádzame správy o snažiacich objasniť súvislosť medzi užívaním antikoncepcie, kostnou denzitou a rizikom vzniku osteoporotických fraktúr. Niektorí autori zaznamenávajú v tejto súvislosti priaznivý účinok užívania kombinovanej hormonálnej antikoncepcie. Dokumentujú v retrospektívnych štúdiách nižší výskyt fraktúr krčka femuru a lepšie výsledky pri meraní kostnej denzity u žien, ktoré v minulosti užívali vysoko a strednodávkovú hormonálnu antikoncepciu v porovnaní so ženami, ktoré ju neužívali. Ďalšie štúdie u užívateľiek nízkodávkovej (20 µg) a extrémne nízkodávkovej (15 µg) hormonálnej antikoncepcie nezaznamenávajú významné zmeny kostnej denzity. Niektorí

Prihláška na kongres lekárov prvého kontaktu MEDICÍNA PRE PRAX – Bratislava 8. – 9. september 2005

MEDUCA
MEDICAL EDUCATION

priezvisko, meno, titul

kontaktná adresa

adresa pre fakturáciu

telefón, fax, e-mail

kongresový poplatok (zaškrtnite vhodnú kolónku): lekár – 350 Sk (na mieste 450 Sk) sestry a študenti – 250 Sk (na mieste 300 Sk)

Ubytovanie si hradí sám účastník na recepcii hotela, v prihláške, prosím, iba zaškrtnite Vami zvolenú variantu.

Chcem byť ubytovaný(á) s

	dvojpostelová	raňajky	Chcem byť ubytovaný(á)
hotel NIVY**	<input type="checkbox"/> 700 Sk / lôžko	<input type="checkbox"/> 100 Sk	<input type="checkbox"/> z 7. 9. na 8. 9. 2005 <input type="checkbox"/> z 8. 9. na 9. 9. 2005 <input type="checkbox"/> z 9. 9. na 10. 9. 2005

autori však poukazujú na to, že pri tomto type antikonceptív (20 µg) sa síce znižuje riziko trombotických komplikácií, ale dávka nemusí byť dostatočná na zabránenie straty kostného tkaniva. Keďže o východze kvalite kostí sa rozhoduje medzi 15. a 25. rokom života, môže zabrániť alebo oneskoriť dosiahnutie maximálneho obsahu kostnej hmoty u adolescentiek.

Prípravky kombinovanej hormonálnej antikoncepcie sú na našom trhu dostupné vo forme tabletiiek a náplastí.

Gestagénna hormonálna antikoncepcia

Okrem kombinovanej hormonálnej antikoncepcie máme pre pacientky možnosť výberu aj výlučne gestagénnych prípravkov. Ide o antikoncepčnú metódu založenú na kontinuálnom účinku progesterínu podávaného vo forme tabletiiek, injekcií, či podkožných implantátov. Ďalšia možnosť kontinuálnej aplikácie progesterínu je naloženie intrauterinného telieska s obsahom tejto látky. Podľa posledných odporúčaní gestagénna antikoncepcia má byť **metódou voľby u žien s kontraindikáciami pre aplikáciu estrogénov** (ženy s rizikom tromboembolie, karcinómu endometria, s ochoreniami pečene). Odporúčajú sa aj ženám, ktoré kombinované kontraceptíva netolerujú. Absolútne kontraindikácie nie sú známe, udávajú sa len relatívne kontraindikácie tejto formy antikoncepcie: ischemická choroba srdca a závažné hypercholesterolemie, recidivujúce ovariálne cysty, anamnéza ektoptickej tehotnosti, vysoká telesná hmotnosť, depresie, poruchy menštruačného cyklu, epilepsia, znížené libido, poruchy lubrikácie, osteoporóza. Poruchy menštruačného cyklu sú najčastejšími **nežiaducimi účinkami** (epizódy nepravidelného krvácania, špinenie). U starších prípravkov zvýšený výskyt ovariálnych cyst, zmeny hmotnosti a zhoršenie akné. U novších prípravkov sa už neuvádzajú. Čisto gestagénny typ antikoncepčných prípravkov je vzhľadom na obmedzenie krvácania až možnosť amenorey terapeuticky vhodný pre ženy s poly- a hypermenoreou, prípadne s následnou anémiou. **Dobrý terapeutický efekt** majú aj na dysmenoreu, endometriózu a hyperpláziu endometria. Medzi priaznivými účinkami sa uvádza aj čiastočná ochrana pred zápalovým ochorením malej panvy prostredníctvom ovplyvnenia priestupnosti cervikálneho hlienu a obmedzenie možnosti ascendentnej infekcie. **Diskutovanou otázkou** býva nástup plodnosti po ukončení užívania gestagénnej antikoncepcie. Po ukončení perorálnej liečby a vybratí

implantátu býva nástup plodnosti bezprostredný. Po ukončení injekčnej aplikácie je interval obnovenia plodnosti dlhší, trvá priemerne 10 mesiacov až jeden rok.

Gestagénna hormonálna antikoncepcia je dostupná vo forme tabletiiek, implantátu, v injekčnej forme. Dostupné je aj intrauterinné teliesko kontinuálne uvoľňujúce gestagén.

Osobitnou formou čisto gestagénnej antikoncepcie je **postkoitálna antikoncepcia**. Ide skôr o metódu prvej pomoci pri zlyhaní inej formy antikoncepcie. Ženy so sporadickým pohlavným stykom ju však využívajú často ako jedinou antikoncepčnú metódu. Spočíva v jednorázovom podaní gestagénu. Možno ju použiť do 72 hodín po pohlavnom styku, maximálne štyrikrát v rámci jedného menštruačného cyklu. Postkoitálna gestagénna tabletky nie je už v súčasnosti viazaná na predpis gynekológa, je voľne dostupná v lekárni.

Vnútromaternicové teliesko

Vnútromaternicové teliesko – metóda je založená na zavedení telieska do dutiny maternice. Telieska vyrobené z plastických hmôt sú inertné, pokryté medťou, alebo také, ktoré obsahujú progesterín. Teliesko je podľa novších odporúčaní antikoncepcia vhodná pre väčšinu žien. Ako metóda prvej voľby sa odporúča ženám, ktoré rodili, ženám so stálym partnerom a ženám, ktoré netolerujú, alebo si neželajú hormonálnu antikoncepciu. Teliesko s obsahom progesterínu je osobitne vhodné pre ženy so zvýšeným rizikom hyperplázie endometria, ženy so silným menštruačným krvácaním a u žien v premenopauze. Ďalšie liečebné účinky tohto typu telieska sú: priaznivé ovplyvnenie dysmenorey, zmenšenie myomov a zníženie krvnej straty pri menses u žien s hypermenoreou a myomatóznym uterom.

Intrauterinne teliesko možno zaviesť každej žene, kde je cervikálny kanál prístupný pre zavádzač. Prísnejšie treba zvažovať zavedenie telieska u žien po cisárskom reze

a u žien, ktoré ešte nerodili. Kým v minulosti sa neodporúčalo zavedenie telieska u nulipary, v súčasnosti sú telieska tvarom a veľkosťou použiteľné v indikovaných prípadoch aj u týchto žien. Najčastejšie sa teliesko zavádza žene plánovane počas menštruačného krvácania. Zriedkavejšie možno zaviesť teliesko ihneď po interrupcii, bezprostredne po jej výkone, alebo ako postkoitálna antikoncepcia do 5 dní po nechránenom pohlavnom styku.

Kontraindikáciou naloženia akéhokoľvek vnútromaternicového telieska sú neobjasnené krvácania z dutiny maternice, uzatvorený cervikálny kanál a malá maternica u nulipary, vrodené vývojové chyby maternice. Teliesko obsahujúce medz nemožno naložiť ženám s m. Wilson a alergickým na medz. Neodporúča sa použiť teliesko u žien s myomatóznou maternicou, anamnézou opakovaných gynekologických zápalov, u žien liečených imunosupresívami. Teliesko s obsahom progesterínu sa neodporúča u žien s anamnézou opakovaných ovariálnych cyst a u ťažkých ochorení pečene.

Sterilizácia

Sterilizácia ženy je operačný výkon, pri ktorom sa predpokladá trvalý efekt zabránenia tehotnosti. Preto u diabetičiek, rovnako ako u ostatných, musí byť takýto krok dôsledne uvážení. O výkon sterilizácie musí žena legálne požiadať, keďže ide o výkon s trvalým následkom zabránenia tehotnosti. V našich podmienkach je preferovaný výkon laparoskopickou, vo výnimočných prípadoch laparotomickou cestou. Alternatívou je mužská sterilizácia.

Záver

V súčasnosti je k dispozícii široká škála antikoncepčných metód. Výber závisí na individuálnych potrebách a požiadavkách partnerov. Každé žene možno vybrať podľa aktuálnej potreby takzvanú antikoncepciu na mieru.

Literatúra

- Štembera Z, Velebil P, Kraus J, Čajková Z. Vývoj reprodukčného zdravia žien v ČR 1993–1997. Čes. gynek. 65, 2000; 3: 127–134.
- Koryntová D, Čepický P, Živný J. Depotní gestagenní kontracepcie. Čes. gynek. 66, 2001; 3: 202–208.
- Čepický P, Dvořák K, Dvořák V, Hořejší J, Koprnická I, Koryntová D, Rokyta Z, Unzeitig V, Uzel R, Zeman S, Živný J. Doporučení k předpisu gestagenní kontracepcie. Čes. gynek. 66, 2001; 2: 140–142.
- Čepický P, Dvořák K, Dvořák V, Fait T, Holub Z, Hořejší J, Libalová Z, Lippert P, Rokyta Z, Skřivánek A, Šrámek J, Unzeitig V, Uzel R, Živný J. Doporučení k předpisu nitroděložní kontracepcie. Čes. gynek. 66, 2001; 3: 190–192.
- Havlík M. Nízkodávková kontracepcie mladistvých. Gynekolog, 2001; 10, 4: 165–169.
- Kopecký P. Extrémne nízko dávkovaná hormonálna kontraceptíva – nová voľba na poli antikoncepcie. Gynekolog, 2001; 10, 1: 17–18.
- Short M. Can we go low with estrogens? The First Congress on Controversies in Obstetrics and Gynecology and Infertility, 1999, Monduzzi, Bologna, p. 131.
- Endrikatt J, Hite R, Bannemerschuld R, Gerlinger C, Schmidt W. Multicente, comparative study of cycle control, efficacy and tolerability of two low dose oral contraceptives. Contraception 2001; 64 (1): 3–10.