

KONTRACEPCIJA I NAMJERNI POBAČAJ

Rasprava

Prof.dr.sc. Velimir Šimunić

Nedavno je na uglednom portalu jedna vrlo aktivna dama postavila pitanje kako protumačiti etičku podvojenost ginekologa koji se bavi reprodukcijom medicinom.

S jedne strane nastajanja u liječenju neplodnosti, a istovremeno zalaganje za kontracepciju (uterini uložak – IUD) i obavljanje i protivljenje zabrani abortusa. Iako svatko ima pravo na osobne etičke stavove, smatram svojom obavezom da se u 21. stoljeću suprotstavim takvim nazadnim i proturječnim promišljanjima. Gospođa koja se toliko zalaže za smrzavanje i pohranu embrija, najednom ukazuje na poštivanje početka života. Prikazujem promišljanja temeljena na iskustvu, te brojnim domaćim i svjetskim objavljenim analizama i izvještajima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO). Moji osobni stavovi, etički i religiozni principi ovdje nisu važni i ne ističu se.

Namjerni pobačaj – abortus

Abortus je neprihvatljiv i najlošiji način planiranja obitelji. Velika većina zemalja ozakonila je abortus, jer je iskustvo pokazalo da je žene nemoguće prisiliti da zadrže trudnoću u neželjenim i neprihvatljivim uvjetima. Tada se usmjeruje na kriminalni abortus izveden u nesigurnim uvjetima. Takav se zahvat povezuje s visokim zdravstvenim rizicima za ženu. Abortus, posebno nesiguran (kriminalni) najčešći je uzrok (20-30%) maternog mortaliteta. Utvrđeno je da je legalizacija abortusa značajno reducirala smrtnost žena. Prema SZO tri su povijesna događaja u medicini koja su najznačajnije smanjila smrtnost žena povezanu s trudnoćom.

- 1) Primjena antibiotika za puerperalnu (babinju) sepsu
- 2) mogućnost transfuzije krvi
- 3) legalizacija abortusa

Nesiguran abortus najčešći u nerazvijenim zemljama, kao i onim gdje je ilegalan, odgovoran je i danas za u svijetu gotovo 70 tisuća smrti godišnje. Nakon zabrane abortusa u Rumunjskoj (1996.) nesiguran abortus je u 23 godine bio izravan uzrok za smrt 10 tisuća žena. Slične pokazatelje iznenadnog povišenja smrti žena imale su sve zemlje koje su zabranile abortus.

U svijetu se godišnje izvede oko 45 milijuna abortusa, a polovica su nestručni, kriminalni. U SAD je učestalost abortusa nedopustivo visoka, 1,2 milijuna godišnje, a više od polovice otpada na adolescentice. Pedeset posto svih trudnoća je neželjeno, a od njih polovica završi namjernim pobačajem. U mladih Amerikanki 80% trudnoća je neplanirano.

U Europi su pokazatelji povoljniji, učestalost pobačaja je manja, posebno u djevojaka koje češće koriste pouzdanu kontracepciju. Višekratno je dokazano da u

zemljama s niskom korištenjem sigurne kontracepcija (manje od 10% mladih žena) učestalost abortusa je i do 10 puta veća od očekivanog minimuma. Učestalost abortusa ovisi i o kvaliteti organiziranog planiranja obitelji.

U zemljama gdje 50-60% mlađe populacije koristi kontracepciju (Nizozemska, Francuska, Njemačka...) učestalost abortusa je vrlo niska, zanemariva.

U Hrvatskoj je korištenje pouzdane kontracepcije nisko (žene 15-45 g.):

- kondom 15%
- hormonska kontracepcija (pilule) 11%
- uterini uložak (IUD) 7%

(Puls, 2006.)

Zato se godišnje izvede 10 do 12 tisuća abortusa (procjena), puno previše, ali 3 puta manje nego prije 20 godina.

Podsjećamo da je u bivšoj Jugoslaviji broj abortusa bio gotovo jednak broju novorođenih. Abortus izveden i u najsigurnijim uvjetima nosi manji rizik komplikacija i posljedica (2-3%).

Najčešće su:

- upale
- ozljede
- krvarenja
- nekompletan zahvat
- stenoza cerviksa
- ponovni zahvat

Jedna od kasnih posljedica može biti i neplodnost (rizik 3-5%). Stariji ginekolozi još se dobro sjećaju septičkih stanja nakon kriminalnih abortusa, koja su mjesecima liječena na posebnim odjelima (septički odjel u Petrovoj na pr.). U to vrijeme glavni uzrok neplodnosti bili su teško oštećeni jajovodi (ne samo zbog abortusa). Nesiguran abortus (kriminalni) nosi 20 do 50 puta više rizike komplikacija i smrtnosti od pobačaja u ovlaštenim zdravstvenim ustanovama.

Poštujući volju žene u donošenju vrlo teške odluke za prekid trudnoće, liječnik nema pravo uskratiti joj tu mogućnost i slobodu. Ispred osobnih etičkih principa, ginekolog mora pretpostaviti svoju temeljnu dužnost, pomoći pacijentu. Najbolju brigu za zdravlje žene, odabire se manje zlo. Pri tome stručnjaci i dalje ne dvoje da je začeo početak života. Abortusom ga nasilno prekidamo. Podvojena etika ovdje ima medicinsko opravdanje. Uostalom, podvojena etika nije ekskluzivna samo za ginekologe.

Zato se struka protiv zabrani abortusa, izvodi ih, ili se koristi mogućnošću «priziva savjesti». Tu pojavu ne želim sada analizirati, jer priziv savjesti individualizira našu etiku. Opravdano, ili...

Mnogo je nas ginekologa koji godinama ne izvode abortuse, ali to i dalje ostaje

obaveza državnih institucija. Sve bi nas drugo vratilo u poznata nam i opisana, mračna vremena. Svaki ginekolog prije odabira specijalizacije, upoznat je s kasnijom obavezom da u bolničkim uvjetima izvodi abortuse.

Uprkos kvalitetnijem planiranju obitelji, učestalijoj kontracepciji i pozitivnoj promjeni svjetonazora, problem neželjenih trudnoća i abortusa u mladih žena, jedan je od glavnih problema SZO. Teško je protumačiti naše pokazatelje sve niže stope abortusa u odnosu na živorođenu djecu. Ona danas iznosi oko 25%, još uvijekvisoko, ali značajno niže nego ranije, i niže nego u mnogim zapadnim zemljama (skandinavske zemlje 30-40%).

Sva nastojanja struke, posebno užih specijalista humane reprodukcije, valja usmjeriti na edukaciju mladih, dostupnost, prevenciji i vrhunskom planiranju obitelji. Time ćemo postići još bolje pokazatelje, ali mi nemamo nikakvo opravdanje oduzimati ženi slobodu odluke, tražiti zabranu abortusa, znajući u koji rizik bi ih toodvelo.

Netko se kaje i srami, ali ovdje podvojena etika ima jedno veliko opravdanje. Pomažemo ženama u najtežim i najrizičnijim odlukama. Moramo odabrati manje zlo.

Izvori:

- Svjetska zdravstvena organizacija, 2005-2010.
- Contraception, 2009/2010.
- Speroff, 2005/2008.
- Šimunići sur. 2008.
- Medix, 2009.

Kontracepcija

Kontracepcija ima dugačku povijest, višestruku podjelu i različitu učinkovitost. Prihvaćanje kontracepcije ovisno je o nizu čimbenika. Prirodne metode suprostavljaju se medicinskim, ističu se nedostaci i nuspojave, pretjerano ukazuje na rizike. Suradljivost korisnica je niska. Svakako je istina da idealna kontracepcija ne postoji. Ovaj prikaz nema pretenzije obraditi ovo široko područje, jer namjerava u dodatku priložiti neka iscrpnija tumačenja. Neka već postoje na našim stranicama.

Za sadašnju raspravu kontracepcijske metode podijelit ćemo na:

- pouzdane metode → neuspjeh 1-2%
- hormonska kontracepcija
- uterini uložak (IUD)
- kondom (prezervativ) – neuspjeh do 15%
- dijafragma
- sterilizacija

- manje pouzdane i nepouzidane metode → neuspjeh 10-40%

- prekinuti snošaj
- privremena apstinencija
- cervikalna kapa
- spužva
- spermicidna sredstva

suprostavljaju se medicinskim, ističu se nedostaci i nuspojave, pretjerano ukazuje na rizike. Suradljivost korisnica je niska. Svakako je istina da idealna kontracepcija ne postoji. Ovaj prikaz nema pretenzije obraditi ovo široko područje, jer namjerava u dodatku priložiti neka iscrpnija tumačenja. Neka već postoje na našim stranicama.

Za sadašnju raspravu kontracepcijske metode podijelit ćemo na:

- pouzdane metode → neuspjeh 1-2%

- hormonska kontracepcija
- uterini uložak (IUD)
- kondom (prezervativ) – neuspjeh do 15%
- dijafragma
- sterilizacija

- manje pouzdane i nepouzidane metode → neuspjeh 10-40%

- prekinuti snošaj
- privremena apstinencija
- cervikalna kapa
- spužva
- spermicidna sredstva

Kontracepcija može biti privremena (reverzibilna) i trajna. Greške korisnica značajan su doprinos neuspjehu kontracepcije.

Jedna godina spolnih odnosa u plodnog para ostvarit će trudnoću u 85% slučajeva. Prema nedavnom istraživanju (Puls, 2006) u RH 45% žena u dobi 15-45 godina ne koristi nikakvu kontracepciju. Prekinuti snošaj i kondom po 15% populacije, pilule 10-11% (sada i manje), IUD 7%, a prirodne metode 7% parova. Prikazat ćemo samo najkontroverznije.

Prije mjesec dana objavljeno je novo istraživanje o korištenju kontracepcije u RH u 1000 mlađih žena 18-35 g (Ipsos 2010).

Rezultati pokazuju iznenađujuće poboljšanje

- bez kontracepcije 35%
- kondom 30%
- pilule 16%

- prekinuti snošaj 12%
- prirodne metode 3%
- IUD 3%
- Mirena 1%

Važna novost tog istraživanja je da najviše mladih žena (65%) traži informacije o kontracepciji od ginekologa. Ranije su mediji bili na prvom mjestu. Sada pacijentice vjeruju u pouzdanost metode i preporuku liječnika.

Prirodne metode planiranja obitelji često se ističu kao vrlo pouzdane i za jedan dio naše populacije kao jedine prihvatljive. Njihovu učinkovitost neopravdano pretpostavljaju sigurnijim metodama kontracepcije, a ističe se i pouzdanost u liječenju neplodnosti (Billingsova m., NAPRO i sl.)

Najčešće su:

- metoda ritma (kalendarska)
- izračun ovulacija
- mjerenje bazalne temperature (BBT)
- porast 2-3 dana oko ovulacije
- ocjena preovulacijske cervikalne sluzi
- Billingsova metoda
- simptomermalne metode (kombinacija gornje 3 metode)
- instrumentalno utvrđivanje biljega ovulacije

Te metode koristi 2 do 20% žena, ovisno o zemlji (najviše u Poljskoj). Motivirane žene za takve metode pokazuju visoku suradljivost 50-60%, a tada je i neuspjeh u 1 godini relativno nizak 5-10%. Netočna primjena tih metoda i improvizacija znatno povisuje neuspjeh. Prema zadnjem izvještaju SZO neuspjeh prirodnih metoda doseže i do 25%.

U žena s lokalnim upalama i cervicitisom, ocjena cervikalne sluzi je nepouzdana. Čini se da samo primjerene kombinacije tih metoda daje višu kontracepcijsku (ili prokonceptijsku) sigurnost i učinkovitost. Mogu se koristiti i s metodama barijere (kondom, dijafragma) u razdoblju oko ovulacije. Te metode nemaju zdravstvenih rizika, nuspojava. Žene ih često smatraju presloženim. One nemaju druge terapijske učinke, niti utječu na česte simptome povezane s menstrualnim ciklusom. Valja istaknuti da je prekinuti snošaj nepouzdana metoda s 30% rizika za trudnoću u godini primjene. Također i postkoitalno ispiranje rodnice je besmislena metoda, jer su spermiji prije u jajovodu nego što se ta metoda može primjeniti.

Uterini uložak (intrauterine device – IUD)

Uterini uložak (IUD) ima tisućljetnu povijest. Moderni oblici su u upotrebi još od 1960 godine. Tadašnji IUD imali su oblik spirale, pa se do danas koristi često termin uterina spirala. Današnji IUD međutim imaju oblik slova T. Ubrzo nakon uvođenja moderne uterine kontracepcije, ona je postala najčešća metoda u svijetu. Najčešća je metoda u Kini, Istočnoj Europi i Rusiji.

U sedamdesetim godinama prošlog stoljeća utvrdio se značajan rizik za upale u zdjelici uz neke oblike IUD-a (Dalkon Schield). Od tada se u SAD značajno umanjilo korištenje te kontracepcijske metode. Suprotno tome, u svijetu nisu imali negativna iskustva s IUD-om, te je ta metoda napredovala, i danas je koristi 170 milijuna žena.

Postala je najčešća kontracepcijska metoda. Moderni IUD je mediciniran bakrenom žicom koja otpušta Cuione, ili otpušta hormone –progestagene (najčešće levonorgestrel – LNG).

Postoje dva najčešća oblika uterinih uložaka:

- Bakreni IUD (s 200-380 mm² bakrene žice)
 - T Cu – 200
 - Multiload – 250/375
 - T Cu-380
- Intrauterini sustav s levonorgestrelom (IUS-LNG)
 - Mirena

Kontracepcijski učinak traje 5 godina za IUD s bakrom, a 7 do 10 godina za Mirenu.

Kako djeluje IUD?

Bakreni ioni ili hormon levonorgestrel imaju učinak na cervikalnu sluz i sluznicu maternice (endometrij). Stvara se prepreka za putovanje spermija i oni se još dodatno inaktiviraju. Koče se neophodni biokemijski mehanizmi transformacije spermija (tzv. kapacitacija). Stvara se i lokalna sterilna aktivnost stranog tijela i umnažaju se leukociti. Navedeni učinci su citotoksični za spermije, te oni sporo ili inaktivno dolaze u jajovod. Također se remeti dozrijevanje jajne stanice u jajovodu.

Valja ponovno istaknuti da moderni IUD:

- ima spermicidan učinak – priječi oplodnju
- nije intercepcija (ne kolidira s implantacijom)
- nije abortivno sredstvo
- nema destruktivan učinak na embrio

Više istraživanja je dokazalo da uz IUD ne dolazi do oplodnje (manje od 1%), te da je osjetljiv test na trudnoću (βHCG) u pravilu negativan. Mirena (IUS-LNG) ima dodatni učinak jer u 40 do 50% žena koči ovulaciju i izaziva atrofiju (nepodesan) endometrija.

Učinkovitost uterinih uložaka IUD je pouzdano i neškodljivo kontracepcijsko sredstvo.

IUD *	Trudnoća	Izvanmaternične trudnoće	Upale zdjelice	Izbacivanje IUD-a	Prekid zbog nuspojava
Raniji oblici	3%	1%	0,5%	15%	15%
T Cu-380 A	0,8%	0,3%	0,3%	5%	14%
Mirena	0,2%	0,2%	0,2%	6%	15%

* stope nakon 1 godine korištenja

Kontracepcijski učinak počinje odmah nakon postavljanja IUD-a.

Upale zdjelčnih organa češće su samo u prvih mjesec dana nakon postavljanja IUD-a u maternicu. Zato je potrebno ranije isključiti postojanje upale u rodnicima i vratu maternicu (cerviksu). Savjetuje se i profilaksa antibioticima neposredno prije postavljanja uložaka. Postavljanje IUD-a i odabir pacijentica Uterini uložak se može postaviti u velike većine žena koje trebaju kontracepciju. Uz poseban introduktor (uvodnik) postavljanje IUD-a je lako u 90-95% žena.

Kada i kome se preporučuje IUD?

- krajem menstruacije
- poslije porođaja – za 6 do 8 tjedana
- poslije pobačaja – odmah
- u žena koje nisu rađale
- u žena koje su imale izvanmateričnu trudnoću
- u žena s obilnim i nepravilnim krvarenjem – tada Mirena
- u žena sa šećernom bolešću
- u žena s bolnim menstruacijama – tada Mirena

Postoji i skupina žena u kojih ne preporučujemo IUD:

- žene koje češće mijenjaju partnere
- one s čestim i ponavljanim upalama (spolno prenosive i zdjelčne upale)
- ponekad treba biti suzdržan kod nulipara
- žene s abnormalnim uterusom
- žene s alergijom na plastiku, bakar
- žene s miomima koji kompromitiraju šupljinu uterusa
- žene koje koriste imunosupresive

Mirena (IUD s levonorgestrelom) ima uz navedeni kontracepcijski učinak i niz korisnih terapijskih učinaka. Zato se taj IUD savjetuje za liječenje vrlo čestih poremećaja i bolesti u žena. Snažan progestagen (LNG) djeluje lokalno i trajno na sluznicu maternice (endometrij) i njenu mišićnu stijenku. Sluznica se stanji i postaje inaktivna, atrofična. Krvarenja iz maternice su sve slabija i rjeđa. Žene (70-80%) nakon godinu dana i nemaju menstruaciju (amenoreja).

Mirena je zato idealno sredstvo za učinkovito liječenje:

- preobilnih menstruacija (menoragija)
- sprečavanje anemije
- drugih neurednih krvarenja iz maternice
- adenomioze – česte bolesti stijenke maternice*
- usporava rast mioma i endometrioze
- bolnih menstruacija – dismenoreja
- duboke zdjelične boli Mirena za 80% smanjuje gubitak menstrualne krvi.

Vađenje IUD-a je lako, povlačenjem za tanki končić koji strši u vanjskom ušću cerviksa. Nakon vađenja IUD-a u tih je žena održana normalna plodnost, ginekološko zdravlje, nije povišen rizik za buduću trudnoću, porođaj niti djecu. Kada žena zanese uz IUD, treba ga u prvim tjednima trudnoće izvaditi. Vađenje je tada bezazleno za trudnoću. U 5-15% žena IUD moramo izvaditi zbog nuspojava. To su najčešće neuredna krvarenja iz maternice i bolovi. Ponekad se uz Mirenu pojavljuju sistemski učinci progestagena. Napetost dojki, edemi, akne. Sklonost upalama u rodnicu ne povezuje se s IUD-om. Uz IUD je dopustiva pretraga magnetskom rezonancijom. Ako se IUD ostavi niz godina, on rijetko može urasti u stijenku maternice. Tada ga vadimo uz pomoć histeroskopa. Dugotrajnost IUD-a u nekih žena povisuje rizik aktinomikoza. Nakon 5 godina korištenja IUD-a 50-70% žena ne odustaje od te metode kontracepcije (ili liječenja). * Prikazano kao posebna tema na našem portalu

Hitna kontracepcija

Hitna kontracepcija (postkoitalna) je sporadična metoda koja se koristi ako dođe do rizika neočekivane i neplanirane trudnoće. To svakako nije idealan odabir, ali je vrlo učinkovita metoda, posebno za adolescentice. U njih je više od 80% trudnoća neželjeno. Razlozi za iznenadni rizik trudnoće su mnogobrojni, od nekorištenja kontracepcije, greške u primjeni, do različitih neočekivanih okolnosti. Smatra se da se dostupnom i pravilnom hitnom kontracepcijom može spriječiti 50% abortusa. Hitnu kontracepciju treba primijeniti unutar 72 sata (i do 120 sati) od nezaštićenog spolnog odnosa. Ranija primjena povisuje učinkovitost koja je između 75-90%. Najsigurnija je primjena unutar 24 sata.

Mogućnosti za hitnu kontracepciju su:

- samo progestagenske pilule – 2 puta u 24 sata
 - na pr. Levonorgestrel 0,75 mg svakih 12 sati
 - ili jedna doza od 1,5 mg LNG

- kombinirana oralna hormonska kontracepcija (OHK) – „Yuzpe“
 - 2 puta dnevno po 2 pilule standardne OHK (svakih 12 sati)
 - neki preporučuju i višu dozu / ili dvodnevnu primjenu
 - zbog neizbježnih mučnina – koterapija antiemetičima
- postavljanje IUD-a(uterinog uloška)
- Mifepriston tbl – nema u RH (antiprogesteron)
- Gotove kombinacije OHK – za sada ne postoje u RH
 - Preven 4 tablete s kombinacijom (estrogen 50 mcg+LNG 0,250 mg)
 - tablete levonorgestrela

Mehanizam djelovanja je – odgađanje ili inhibicija ovulacije, disfunkcija folikula i oplodnje, poremećaj funkcije žutog tijela. Nema čvrstih dokaza da hitna kontracepcija prijeći implantaciju, znači da **nije intercepcija (abortiv)**. Vjerojatno je to tek sekundarni učinak i doprinos neuspjehu metode. Ako dođe do trudnoće, primjenjene visoke doze pilula nisu teratogene. Antiemetici se primjenjuju 1 sat prije pilula.

Nuspojave su mučnine (50%) i povraćanje (20%), osjetljivost dojki i glavobolje. Hitna kombinirana kontracepcija je kontraindicirana ako pacijentica ima visok rizik za venske tromboze. Tada se koriste samo progestageni.

Za učinkovitu hitnu kontracepciju preporučuje se laka dostupnost bez recepta. Postavljanje IUD-a postkoitalno je visoko učinkovita mogućnost hitne kontracepcije. Ona prevenira ovulaciju, a time i etičke dvojbe.

Izvori:

- Speroff, 2005/2008.
- Šimunići sur. 2008.
- Puls, 2006/lpsps 2010-06-01 SZO 2005-2010
- Gupta, 2008.
- Contraception / Repr. Health, 2009/2010.
- Human Repr. Update – 2008-2010.

