

Jeden z badaczy problemu komentuje to stanowisko: „Nie mogę jednak uznać, że szerszy wybór środków antykoncepcyjnych znacznie podsycał rozwiązłość seksualną lub nieodpowiedzialne żądze. Niezależnie od wszystkiego innego, nie sądzę, by było jeszcze dużo do podsycaenia. Uderza mnie natomiast to, że Kościół katolicki nabrał zwyczaju myślenia o ludziach źle. Katolicy szkoccy najwyraźniej obawiają się, że o wiele więcej kobiet będzie wciąganych we współżycie bez zabezpieczenia. Taka obawa sugeruje szokująco cyniczny pogląd na seks mężczyzn”.

Można by w tym miejscu postawić pytanie, co jest lepsze i kto ponosi za to odpowiedzialność (jeżeli już pojawia się problem odpowiedzialności, to jakoś nie widać nikogo na horyzoncie), jeżeli z poprzednich statystyk wynika, że rocznie dokonywano w kraju 600 000 przerwania ciąży. Czy 1/6 tej liczby jest lepsza czy gorsza niż poprzednia astronomiczna liczba. I dzięki czemu ją osiągnięto? Właśnie dzięki lepszej profilaktyce, dostępności metod, edukacji, lepszej świadomości, a nie zakazom.

„Uderza mnie tu też po prostu zwykły brak logiki. Nie ulega przecież wątpliwości, że aborcje i nieplanowane ciążę wynikają z niestosowania antykoncepcji, podobnie jak (,,) szerzenie się AIDS w Afryce wynika po części z niestosowania prezerwatyw” konkluduje cytowany badacz.

Smutną prawdą, jaka się wiąże z rewolucją seksualną w większości krajów, jest to, że odbiła się ona najdotkliwiej na najsłabszych. Wykształcone pary stosowały i stosują antykoncepcję, by odłożyć na później stworzenie mniej licznej rodziny. Metody antykoncepcyjne pozwalają im zaplanować rodzinę. Ludzie młodzi, biedni i niewykształceni „wpadają”, a ich niechciane dzieci też bardzo cierpią. Potwierdza to duża liczba ciąż wśród nastolatków w Wielkiej Brytanii i coraz większa w Polsce oraz rozpowszechnienie AIDS na całym świecie.

Kościół katolicki ma rację, że poświęca tyle uwagi antykoncepcji, ale nie ma racji nalegając, by chronić najsłabszych metodą cofania wskazówek zegara. Awantura wokół niedawnej wypowiedzi Clare Short, która ośmieliła się skrytykować stanowisko Kościoła w Afryce, przywiodła na myśl nieprzejeźdźny ton edyktów watykańskich dotyczący antykoncepcji, zainicjowanych, jak mówił szkocki rzecznik, encykliką *Humanae vitae* w 1968 r.

Istnieją pozytywne przykłady wielu religii, które mając na uwadze dobro rodziny, troszczą się o bardziej nowoczesne podejście do prokreacji człowieka, nie zatrzymując się na czasach epoki plemiennej. Być może dosyć już trwającego 2000 lat straszenia piekłem, widzenia w każdym człowieku zła, zamiast zrozumienia i miłości, o czym mówią wszystkie religie.

Artykuł Clifforda Longleya, zamieszczony na łamach „Independent on Sunday”, pobudza pozytywne nadzieje wielu katolików pracujących w służbie zdrowia, którzy przechodzą do porządku dziennego nad restrykcjami narzucanymi im przez ich szefów. Wspomniany autor cytuje teologa moralności Kevina Kelly, który pisze: *„Nauka dowiodła, że prezerwatywy dobrej jakości, właściwie stosowane, znacznie zmniejszają ryzyko infekcji. Wobec tego, czy z moralnego punktu widzenia, nie byłoby trafniej mówić, że prezerwatywy chronią życie, a nie – że nie dopuszczają do powstania życia; czy nie trafniej byłoby powiedzieć, że są **pro-life**, a nie – **anty-life?**”*.

Wielokrotnie już dowiedziono, że najskuteczniejszym sposobem przekonania młodych i słabszych do odpowiedzialności we współżyciu jest prosta, jasna, uczciwa edukacja seksualna, nie mówiąc już o łatwo dostępnych środkach antykoncepcyjnych. **Gram profilaktyki jest więcej wart niż kilogram leczenia.**

Być może w najbliższym czasie będzie się uczyć chłopców stosowania prezerwatywy, „tabletek po” w przypadku seksu przypadkowego, ale też przyjmowania męskiej pigułki, aby chronić partnerkę, z którą pozostaje się w stałym, monogamicznym związku. Daje to znacznie większe nadzieje na zmniejszenie liczby niechcianych ciąży i aborcji niż obstawanie przy tym, że świat był lepszy przez wynalezieniem pigułki antykoncepcyjnej.

VIII. OPERACYJNE PODWIĄZYWANIE JAJOWODÓW

Najpewniejszym, dającym prawie 100% pewności sposobem antykoncepcji dla kobiet jest odwracalna sterylizacja. Celem zabiegów operacyjnych, jakie są podejmowane z myślą o sterylizacji, jest przerwanie ciągłości jajowodów.

Ciągłość jajowodu można przerwać za pomocą następujących metod:

- laparoskopii
- laparotomii
- histeroskopii
- przezpochwowego otwarcia jamy brzusznej

VIII.2. Laparotomia w antykoncepcji jajowodowej

Są opinie, że zabiegiem najkorzystniejszym dla kobiety jest laparoskopowa koagulacja jajowodu [418]. Zabieg ten można też wykonać z dojścia przez tylne sklepienie pochwy.

Korzyści jakie wynikają z tej metody polegają na mniejszym obciążeniu operacyjnym pacjentki, znikomej liczbie powikłań, znacznym zmniejszeniu ryzyka

zrostów w obrębie jamy brzusznej przy możliwości zajścia w ciążę wahającej się w granicach 0-4% [419]. Naczelną zasadą w tej metodzie jest istnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia tego typu zabiegu.

Nacięcia powłok brzusznych dokonuje się w okolicy fałdu pępkowego, w znieczuleniu ogólnym. Po wprowadzeniu laparoskopu i uwidocznieniu jajowodów przez specjalny przewód wprowadza się kleszczyki koagulacyjne, aby zacisnąć je na jajowodzie w odpowiednim miejscu. Taką czynność można wykonać dwukrotnie na jednym jajowodzie (Rys. C).

Rys .C.

Ryc. Ze str. 238 Martius..

Tego rodzaju zabieg można również wykonać w trakcie cięcia cesarskiego. Inną metodą jest sterylizacja klipsowa. Korzyści z tej metody to: rezygnacja z koagulacji i odwracalność zabiegu [420]. Liczba niepowodzeń wynosi 5 na 1000 zabiegów. Klipsy zakłada się także metodą laparoskopową, lub przez nacięcie tylnego sklepienia pochwy. Niektórzy podczas zabiegu wykonują histerosalpingografię aby za pomocą środka cieniującego sprawdzić, czy ciągłość jajowodu została przerwana.

VIII.2. HISTEROSKOPIA JAKO METODA W ANTYKONCEPCJI

Próba zamknięcia światła jajowodu w jego odcinku śródściennym, od strony jamy macicy za pomocą elektro- lub kriokoagulacji jest nazywana sterylizacją histeroskopową [421].

Histeroskopową sterylizację można wykonać dwoma sposobami: poprzez iniekcję płynnego silikonu do ujść śródściennych jajowodów, albo poprzez zablokowanie wspomnianych ujść za pomocą elektro- i kriokoagulacji. Skuteczność tej metody wynosi obecnie 50-60% i dlatego nie można jej zalecać jako zabiegu rutynowego [422].

Histerektomia wykonywana wyłącznie w celu antykoncepcji zyskała w ostatnich latach wielu zwolenników, jednak są również opinie, że histerektomia nie może być stosowana jako metoda sterylizacji chociażby dlatego, że nie spełnia podstawowych warunków przyjętych wobec tego typu zabiegów. m.in. bezpieczeństwa i zachowania integralności fizycznej. W wyselekcjonowanych

przypadkach można zalecić ją przy kolejnym cięciu cesarskim.

VIII.3. Podwiązanie jajowodów

Podwiązania jajowodów można dokonać podczas laparotomii, z dojścia do jajowodów z małego, poprzecznego cięcia nadłonowego, z nacięcia tylnego sklepienia pochwy lub, rzadziej, z cięcia okołopępkowego, co wykonuje się np. w połogu [423].

Pozaozrewne umiejscowienie jajników

Jest to szczególna operacyjna metoda sterylizacji odwracalnej. Jajniki obustronnie „chowa” się w tylnej blaszce więzadła szerokiego. Taką wytworzoną kieszonkę w otrzewnej zamyka się szwem ciągłym. Obecnie brak zdecydowanych dowodów na odwracalność tej metody [424].

Najprostszą i jednocześnie najlepszą chirurgiczną metodą okresowej antykoncepcji poprzez pochwę jest wycięcie strzępków lejka jajowodu wraz z dystalną częścią jajowodu. Metoda ta jest odwracalna jedynie przy zastosowaniu nowoczesnych metod in vitro.

Przed przeprowadzeniem tego typu operacji należy zebrać dokładny wywiad ginekologiczno-położniczy oraz przeprowadzić typowe badania przedoperacyjne. Poprzedni zabieg operacyjny na narządach miednicy lub przebyte zakażenia mogą spowodować trudności operacyjne, szczególnie metodą laparoskopii. Należy również wziąć pod uwagę wiek pacjentki i liczbę przebytych ciąż (w niektórych krajach przestrzega się zasady posiadania 2 dzieci, ale nie jest to warunek konieczny).

IX. LĘK PRZED CIAŻĄ A RELACJE MIĘDZY PARTNERAMI

Prof. Zbigniew Lew-Starowicz

IX.I. Metody antykoncepcji a relacje partnerskie

Badaczom historii medycyny, psychoanalizy, seksuologii, życia rodzinnego, a także starszym lekarzom lęk przed zajściem w ciążę nieplanowaną jest dobrze znaną przyczyną dramatów osobistych, rodzinnych i społecznych. Lęk ten był jedną z najczęściej spotykanych przyczyn zahamowań i zaburzeń w życiu seksualnym kobiet, a także zaburzeń ich zdrowia psychicznego. Wystarczy zapoznać się z pamiętnikami, publicystyką okresu międzywojennego, aby ten

koszmar życia kobiet stał się namacalną rzeczywistością. Zresztą i później ten koszmar przeżywało wiele kobiet. Dla lekarzy i psychoterapeutów lęk kobiet przed zajściem w ciążę był chlebem codziennym w ich praktyce zawodowej. Dla niejednej kobiety błogosławionym lekiem stawał się okres ustania miesiączkowania i dopiero od tego czasu ich życie seksualne stawało się źródłem satysfakcji. U innych kobiet stany lękowe zakodowane w psychice utrzymywały się jednak nadal, wywołując koszmarnie sny. Niedawno 66-letnia pacjentka zwierzała mi się z historii swego życia. Urodziła dwoje zaplanowanych dzieci, ale każda z metod sterowania płodnością, jaką w dobrej wierze usiłowała stosować, kończyła się zajściem w ciążę. Na koniec powiedziała: „Przez wiele lat, do dnia dzisiejszego, miewam koszmarnie sny, że jestem w ciąży i za późno już na zabieg... Przez całe swoje małżeństwo żyłam z potwornym uczuciem lęku, ciężkich grzechów. Co miesiąc umierałam ze strachu, czy pojawi się miesiączka. Każde jej opóźnienie stawało się dramatem. Do dziś cierpię z tego powodu na bezsenność, depresję, lęk, poczucie winy. Jakie było nasze życie seksualne, lepiej nie mówić. Skręcałam się ze strachu i chociaż miałam temperament, to nie potrafiłam się podniecić. Mąż też cierpiał z tego powodu, ale mnie rozumiał, był bardzo dobry. Nasze życie seksualne poprawiło się dopiero wtedy, kiedy przestałam miesiączkować. I dopiero wtedy był to dla nas miodowy miesiąc, a dla mnie pierwsze przyjemności, po kilkudziesięciu latach grozy.”

Mógłbym cytować wiele podobnych historii życia kobiet, ale w wieloletniej praktyce psychoterapeutycznej nie były one zjawiskiem dominującym. Zdarzały się niekiedy przypadki, że pacjenci ujawniali różne zahamowania i trudności w życiu seksualnym i małżeńskim wynikające z lęku przed ciążą, ale stanowiły one margines w grupie zróżnicowanych przyczyn dysharmonii seksualnej i małżeńskiej.

Obecnie sytuacja zaczyna ulegać zmianie. Coraz częściej pojawiają się w gabinecie mężczyźni i kobiety w różnym wieku, pary narzeczonej, młode i z różnym stażem trwania małżeństwa odczuwające lęk przed ciążą, który dezorganizują im więź seksualną i uczuciową. Coraz częściej ten rodzaj lęku rozpoznałem jako przyczynę dyspareunii (bolesność we współżyciu), pochwicy, anorgazmii, impotencji, zaburzeń wytrysków, dysharmonii więzi małżeńskiej.

W wielu związkach zmniejsza się aktywność seksualna, narasta napięcie i konfliktowość.

Zapewne powiecie Państwo w tym miejscu, że obecnie taki lęk można łatwo zneutralizować i usunąć, dzięki zaleceniom stosowania skutecznych metod sterowania płodnością. W końcu nasze matki i babcie nie miały dostępu do takiej

szerokiej oferty różnych metod. Taki pogląd jest jednak tylko częściowo słuszny, gdyż wielu pacjentów odczuwających lęk przed ciążą ujawnia brak zaufania i wiary w skuteczność proponowanych im metod. Wynika to z faktu, że mieszają się tu erudycja z niewiedzą, stereotypy z propagandą. Stąd tak częsty brak zaufania i rozeznania. W niektórych sytuacjach rozmowa z pacjentami przybiera charakter wysoce specjalistycznej dyskusji na temat różnych metod i przekonanie nie należy do łatwych.

Tabletki hormonalne nie cieszą się u tych pacjentów uznaniem i przypisuje się im wiele możliwych następstw zdrowotnych. Szczególnie lęk przed ich rzekomym wpływem na rozwój chorób nowotworowych zniechęca do ich stosowania, co ostatnio zostało dokładnie zweryfikowane, a dokładne dane można znaleźć w prezentowanej pracy dra Siwika. Wiele kobiet obawia się utycia. Opinia dr Potts'a, że nowe generacje tabletek stanowią mniejsze ryzyko dla zdrowia niż, na przykład, codzienne palenie papierosów, spotyka się z niedowierzaniem.

Dla wielu kobiet spirale domaciczne są nie do przyjęcia ze względów światopoglądowych, są bowiem postrzegane jako wczesnoporonne, co również nie jest prawdą. Inne kobiety lękają się ciąży pozamajaczej i różnych powikłań. Informacje przeczytane w publikacjach, że np. zdaniem Centrum Biomedycznych Badań w Radzie ds. Ludności w Nowym Jorku, spirala jest środkiem antykoncepcyjnym, a nie aborcyjnym, i zmniejsza prawdopodobieństwo ciąży pozamajaczej, są oceniane nieufnie.

Z kolei prezerwatywy, globulki dopochwowe często rodzą niewiarę w ich skuteczność, a także są postrzegane jako zaburzające intymność i przyjemność w trakcie współżycia seksualnego.

Kalendarzyk małżeński, ta powszechnie stosowana u nas metoda, został skrytykowany na tyle, że coraz więcej kobiet wycofuje się z jego stosowania.

Więcej kontrowersji w dyskusjach z pacjentami wzbudzają inne metody naturalne, jak termiczna, Billingsów (śluzowa) i objawowo-termiczna. Jakkolwiek te metody są u nas upowszechniane, to jednak wielu pacjentów, na podstawie lektur zagranicznych i rozmów z ginekologami, twierdzi, że nie ma do nich zaufania, owulacje bowiem bywają często nieregularne. Wiele czynników wpływa na zmienność długości cyklu, a prawie 1/5 kobiet nie jest w stanie zidentyfikować u siebie dni płodnych. Ocena śluzu w pochwie może być myląca. Metody te zaburzają współżycie seksualne kobietom odczuwającym wzrost libido w okresie płodnym. U młodych małżeństw, a także osób obdarzonych wysokim poziomem potrzeb seksualnych, zakłócają spontaniczność i harmonię więzi seksualnej. Część partnerów nie wyraża zgody na ich stosowanie albo wymusza współżycie.

Spotykałem się również z sytuacjami, kiedy między małżonkami istniały poważne kontrowersje w ocenie skuteczności tych metod. Podsuwano mi na przykład jako dowód raporty Światowej Organizacji Zdrowia i efekty badań amerykańskich z ostatnich lat, z których wynikało, że metody te są nieskuteczne w 16-23% przypadków, a ryzyko zajścia w ciążę w ciągu jednego roku ich stosowania wynosi 33%, zaś wysoki wskaźnik skuteczności osiągano dzięki optymalnym warunkom badania, tzn. u kobiet mających regularne cykle, wysoko motywowanych i zdeterminowanych do stosowania tych metod.

Proszę mi wierzyć, że wielu pacjentów podpira się tego typu informacjami, zaczerpniętymi z publikacji zarówno popularnych, jak i profesjonalnych, oraz z Internetu.

Nic zatem dziwnego, że w takich przypadkach niełatwo eliminować lęk przed ciążą, neutralizować konflikty między partnerami. Obawiam się, że mamy tu do czynienia z początkiem rosnącej fali panicznego lęku przed współżyciem, co może w dużym stopniu wpłynąć na więź seksualną i uczuciową w wielu związkach i zwiększyć populację pacjentów z zahamowaniami i zaburzeniami seksualnymi oraz z patologią więzi małżeńskiej. Pacjenci coraz bardziej skarżą się, że wiele czasu i energii poświęcono ustawie antyaborcyjnej, bagatelizując jednocześnie edukację w zakresie metod sterowania płodnością w oparciu o nowoczesną, rzetelną i wolną od uprzedzeń wiedzę w tym zakresie. Pojawia się również niepokojąca tendencja zaniku zaufania do wszelkich autorytetów zajmujących się propagowaniem metod sterowania płodnością, gdyż przypisuje się im motywacje pozanaukowe.

Stosowanie metod antykoncepcyjnych wiąże się z różnymi poziomami relacji między partnerami:

Poziom biologiczny

Dana metoda może mieć wpływ na stan zdrowia u stosującej ją osoby a to z kolei odbija się na odczuwaniu potrzeb seksualnych, samopoczuciu, poczuciu zagrożenia lub bezpieczeństwa. Jeżeli np. niektóre tabletki antykoncepcyjne mogą sprzyjać nasilaniu się depresji lub zmniejszają u kobiety poziom testosteronu, to może to prowadzić do zaniku zainteresowania życiem seksualnym. Prezerwatywy u niektórych partnerów wywołują uczulenie, co może utrudnić aktywność seksualną.

Poziom intrapsychiczny

Obejmuje np. nastawienie do stosowania danej metody, uprzedzenia, lęki, opory. U niektórych partnerów stosowanie antykoncepcji eliminuje lęk przed ciążą i może to pozytywnie wpływać na samopoczucie, zainteresowanie życiem seksualnym.

Poziom diadyczny

W wielu związkach wspólne podjęcie decyzji co do wyboru danej metody antykoncepcyjnej i współdziałanie w jej stosowaniu może prowadzić do zwiększenia poczucia jedności, porozumienia, współodpowiedzialności. W niektórych związkach kontrowersje co do wyboru danej metody ujawniają ukryty problem np. walkę o dominację w związku. Bywa, że stosowanie antykoncepcji przez kobietę nasila zazdrość u jej partnera, że może być zdradzany.

Poziom estetyczny

Zdarza się, że stosowanie danej metody wiąże się z dyskomfortem estetycznym, np. niektóre kobiety mają opory przed dotykiem własnych wydzielin, narządów płciowych, innym przeszkadza zapach pochwy po użyciu metod dopochwowych i może to uniemożliwiać kontakty oralne.

Poziom etyczny

Światopogląd partnerów może wiązać się z kontrowersjami dotyczącymi wyboru metody antykoncepcyjnej.

W pierwszej połowie XX wieku dominowała w kulturze Zachodu obyczajowość wiktoriańska, która wiązała się z represyjnymi postawami wobec seksu, tłumieniem potrzeb seksualnych, lękiem wobec seksu. Życie psychiczne kobiet w dużej mierze przebiegało od miesiączki do miesiączki. Pojawienie się kolejnej miesiączki eliminowało trwanie w lęku. Z kolei częste ciąże, porody i połogi przy powszechnym braku satysfakcji ze współżycia sprawiały, że kobieta zaczęła odczuwać spokój i poczucie bezpieczeństwa w wieku menopauzalnym. Tego, jak decydujący wpływ na seksualność kobiety miał lęk przed niepożądaną ciążą dowodzą liczne pamiętniki kobiet, wspomnienia lekarzy, badania naukowe. Chęć udzielenia kobietom pomocy wyszła od pionierki kontroli urodzeń – Margaret Sanger z USA. Z jej inicjatywy i przy współudziale Katherine McCormick został nakłoniony do szukania skutecznego środka antykoncepcyjnego Gregory Pincus, naukowiec z Massachusetts. Zebrane fundusze umożliwiły dr. Pincusowi nawiązanie współpracy z wybitnym ginekologiem dr. Johnem Rockiem i w ten sposób wprowadzono progesteron jako metodę antykoncepcji w latach 50. Zainteresowanie nową metodą było duże. W roku 1960 Urząd ds. Żywności i Leków w USA dopuścił tabletkę Enovid do sprzedaży. W roku 1962 stosowało ją około 400 tysięcy kobiet, a w roku 1964 już 2,5 miliona. Jak stwierdza James Petersen (2002), upowszechnienie tabletki antykoncepcyjnej przyczyniło się do rewolucji seksualnej. Kobiety zaczęły oddzielać seks od prokreacji a to prowadziło do zwiększenia częstotliwości kontaktów seksualnych z 6,8 do 8,2 na miesiąc w

latach 1965-1970. Jednym z następstw rewolucji seksualnej stała się promocja orgazmu u kobiet. Wiktoriańską anorgastyczną kobietę zastąpiła oczekująca orgazmu coraz bardziej aktywna partnerka. Naukowcy zaczęli badać fenomen orgazmu u kobiet. Okazało się, że kobiety z natury są zdolne do jego osiągnięcia i ma to duże znaczenie dla ich samopoczucia i dla relacji partnerskich. Początkowo uważano, że orgazm jest „nagrodą za prokreację”, ale kiedy oddzielono seks od prokreacji i poznano fenomen orgazmu u szympanów bonobo (niezależny od płodności), zaczęto twierdzić, że orgazm jako taki jest jedną z faz cyklu seksualnego kobiety. Można stwierdzić, że dzięki upowszechnieniu tabletki, a później innych metod sterowania płodnością, kobiety rozwinęły swój potencjał erotyczny, zaczęły przeżywać satysfakcję w kontaktach seksualnych, wbudowały zdolność osiągnięcia orgazmu do modelu idealnej kobiecości.

Poza upowszechnieniem metod kontroli urodzeń przyczyną rewolucji seksualnej były jeszcze inne czynniki, np. emancypacja kobiet, ich aktywizacja zawodowa, zmiana postaw wobec seksualności (postrzeganie jej jako pozytywnej wartości), pojawienie się modelu relacji partnerskich w związkach itd. Rewolucja seksualna przyczyniła się do wzrostu aktywności seksualnej jako takiej, przedmałżeńskiej i pozamałżeńskiej, liczby partnerów. Kobiety i związki przeszły znamiennej ewolucję od epoki wiktoriańskiej do epoki wyzwolonego seksu. W drugiej połowie XX wieku seksualność człowieka została dowartościowana, a jednym z tego przykładów stało się wprowadzenie przez ONZ pojęcia zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz deklaracji praw seksualnych.

Rewolucja seksualna i upowszechnianie się metod kontroli urodzeń zmusiło wielkie religie świata do zajęcia stanowiska wobec nowych wyzwań. Wynikało to również z pojawiających się kontrowersji i poczucia zagubienia wśród wiernych, którzy odrzucając skrajne przejawy rewolucji seksualnej, doceniali wartość antykoncepcji w swoim życiu.

W islamie przyjęto rozwiązanie pragmatyczne wobec antykoncepcji. W Koranie i w wypowiedziach Mahometa nie znajduje się tekstów wprost odnoszących się do antykoncepcji, a w dziełach teologów islamskich (np. Al. Ghazali z XII wieku) jest ona dopuszczana z trzech przyczyn: ekonomicznych, dla zachowania przez kobietę zdrowia i urody, uniknięcia niewolnictwa. Ostatecznie Wielki Mufti Egiptu dopuścił stosowanie antykoncepcji i jest to praktykowane w wielu krajach islamskich, często z udziałem organizacji rządowych i pozarządowych.

W judaizmie współzycie seksualne jest cenione w ramach małżeństwa i służy czterem celom: prokreacji, dobru płodu w okresie ciąży kobiety, zaspokojeniu pożądanego żony i własnej przez męża. Większość rabinów odrzuca sztuczne metody

antykonceptyjne i stosunki przerywane. Jedynie część rabinów zajmuje bardziej tolerancyjne stanowisko.

W buddyzmie antykoncepcja nie jest oceniana jako dobra lub zła, głosi się natomiast zasadę wartości prokreacji i harmonii między małżonkami. W hinduizmie można spotkać różne postawy wobec antykoncepcji.

Najwięcej uwagi poświęca antykoncepcji chrześcijaństwo. W kościele katolickim wielu uczestników II Soboru Watykańskiego i większość członków komisji powołanej przez papieża Pawła VI dopuszczało stosowanie metod antykonceptyjnych. Stanowisko zajęte przez papieża w encyklice *Humanae vitae* w 1968 r. było zdecydowane: odrzucono metody sztuczne a dopuszczono metody naturalne, ale z ograniczeniem, że prokreacja jest celem najwyższym i stosowanie metod naturalnych nie może się wiązać z „mentalnością antykonceptyjną”. Papież Jan Paweł II rozbudował teologię ciała i nauczanie poświęcone kontroli urodzin oraz podtrzymał stanowisko poprzednika.

W innych wyznaniach chrześcijańskich spotyka się zróżnicowanie postaw wobec antykoncepcji. Kościół anglikański w 1958 r. stwierdził, że stosowanie sztucznych metod antykonceptyjnych jest zgodne z zasadami wiary. Podobne stanowisko zajęły największe kościoły protestanckie, też już w latach 50. Kościoły prawosławne od dawna akceptują stosowanie antykoncepcji przez małżonków i jasno dał temu wyraz patriarcha Konstantynopola – Athenagoras po pojawieniu się wspomnianej encykliki *Humanae Vitae*.

Wierni w Kościele rzymskokatolickim, jak wynika z badań przeprowadzonych w wielu krajach, powszechnie akceptują metody sztucznej antykoncepcji i nie zgadzają się z doktryną. Autorzy publikacji przeznaczonych dla młodzieży, narzeczonych i małżonków kierujący się naukami papieża bardzo często eksponują walory metod naturalnych i wady metod sztucznych. Jak wynika z badań, nie ma to większego wpływu na odbiorców. Jak wynika z *Raportu Seksualności Polaków 2002*, w porównaniu z rokiem 1992 zmniejszyła się populacja stosująca metody naturalne, a zwiększyła populacja stosująca metody sztuczne, szczególnie dotyczy to młodzieży rozpoczynającej współżycie seksualne i młodych wiekiem partnerów.

Wpływ metod sterowania płodnością na relacje seksualne i partnerskie

Antykoncepcja hormonalna

Jej poświęcono najwięcej badań, ponieważ pojawieniu się tabletki antykonceptyjnej towarzyszyły negatywnie nagłaśniane opinie na jej temat. Dr Pincus, twórca tabletki, już w 1965 r. na podstawie badań z zastosowaniem placebo stwierdził, że 3/4 przypisywanych tabletkom następstw negatywnych jest wynikiem

propagandy a nie rzeczywistości. Kolejne badania okazały się niejednoznaczne, np. Carey w 1978 i Pogmore w 1979 r. twierdzili, że DSA prowadzą do zmniejszenia poziomu testosteronu u kobiet i z tym wiąże się zmniejszenie libido. Dennerstein w 1976 r. twierdził, że nie ma tego typu prawidłowości u większości kobiet stosujących DSA, jedynie 5% kobiet ujawnia spadek libido. Od czasu pojawienia się nowych typów DSA, poznania „chemii miłości i seksu”, wprowadzenia nowych metod diagnostycznych w badaniu seksualności kobiet (laboratoryjnych, aparatury pomiarowej) relacje między DSA a życiem seksualnym kobiet okazały się bardzo zróżnicowane. Piśmiennictwo naukowe na te temat jest bardzo bogate. Można z niego wyprowadzić następujące wnioski:

- Progesteron może zmniejszać poziom libido w wyniku spadku stężenia testosteronu i witaminy B₆.
- Nowe generacje DSA przyczyniają się do wzrostu reaktywności seksualnej (więcej orgazmów nocnych, intensywności przebiegu faz w cyklu reakcji seksualnych), zmniejszają napięcie przedmiesiączkowe, zwiększają potencjał orgazmiczny, spontaniczność w aktywności seksualnej, poczucie komfortu w życiu seksualnym.
- Hipoteza o zmniejszeniu wydzielaniu feromonów przez kobiety przyjmujące DSA nie znalazła dotąd naukowego potwierdzenia.
- Z badań Goldberga i Crenshaw (1996) wynika, że wszystkie typy DSA łącznie zwiększają libido i reaktywność seksualną u 18-54% kobiet, a zmniejszają u 0-18%.

Z pracy doktorskiej Krzysztofa Sankiewicza (2000) wynika, że wśród kobiet stosujących DSA u 9,6% nie ujawniła się zmiana w życiu seksualnym, u 10,1% uległo ono intensyfikacji a tylko u 2,6% osłabło. W porównaniu z grupą kontrolną te kobiety mają częściej orgazmy w trakcie współżycia bardziej intensywne doznania seksualne.

Pozytywny wpływ DSA na seksualność kobiety wiąże się zarówno z czynnikami biologicznymi, jak i psychicznymi. Nie będzie przesadą stwierdzenie, że DSA wyzwoliły u kobiet potencjał seksualny.

Wewnątrzmaciczne wkładki antykoncepcyjne.

Ich pozytywny wpływ na seks wiąże się z następującymi czynnikami:

- wzrost libido z przyczyn psychogennych i z powodu przekrwienia miednicy
- poczucie wygody (kilkuletni czas stosowania jednej wkładki)
- nowe typy wkładek nie mają działania poronnego, co dla części kobiet ma duże znaczenie. Szczególnie zalecana jest ta metoda dla kobiet po zawałach mięśnia

sercowego, wylewach, bypassach, z padaczką, choroba nadciśnieniową, opóźnionym rozwojem umysłowym.

Negatywny wpływ na seksualność (typowe skargi):

- okresowo występujące bolesne orgazmy, niemiłe doznania w trakcie orgazmu.

Nie zaleca się wkładek u kobiet z następującymi chorobami: zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane, uszkodzenie rdzenia kręgowego.

Dopochwowe preparaty chemiczne

Pozytywny wpływ na seks:

-w przypadku kobiet z małym nawilżeniem pochwy

-ułatwiają odbycie pierwszego stosunku seksualnego zwiększając nawilżenie.

Negatywny wpływ na seks:

-możliwe reakcje alergiczne

-utrudniają kontakty oralne

-uczucie „pływania w pochwie” u części mężczyzn

-nie należy stosować w przypadku wielokrotnie powtarzanych stosunków.

Prezerwatywy

Pozytywny wpływ na seks:

-opóźniają wytrysk u mężczyzn z wytryskami przedwczesnymi

-przydatne dla kobiet z awersją do nasienia, uczulonych na nasienie

-prezerwatywy z wypustkami powiększają u kobiety gamę doznań czuciowych

-zakładanie prezerwatywy na członek przez partnerkę może być elementem sztuki miłosnej.

Negatywny wpływ na seks:

-zmniejszenie wrażliwości czuciowej członka

-nie są wskazane dla mężczyzn z zaburzeniami erekcji, z opóźnionym wytryskiem

-poczucie bariery, sztuczności.

Metody naturalne

Pozytywny wpływ:

-poznanie zasad płodności, fizjologii cyklu

-zgodność z wyznawanym systemem wartości u katolików

-sprzyja poczuciu naturalności seksu.

Negatywny wpływ:

-u kobiet z najwyższym poziomem libido w fazie owulacyjnej cyklu miesięczkowego

-u partnerów z wysokim poziomem libido, aktywności seksualnej

-u kobiet odczuwających niechęć do własnego ciała

-przyczyna impotencji cyklicznej (w przypadku zmiany cyklu współżycia w celu

zapłodnienia).

Sterylizacja (w Polsce nielegalna)

Pozytywny wpływ:

-poczucie wygody, komfortu.

Negatywny wpływ:

-ograniczone zniesienie czucia, niekiedy uszkodzenie tętnic jądra, bolesne stosunki u kobiet

-u 3% następstwa psychiczne (poczucie mniejszej wartości, lęki przed następstwami).

Upowszechnienie się metod sterowania płodnością, jak wynika z badań naukowych, u większości partnerów przyczynia się do poprawy jakości życia seksualnego, sprzyja zdrowiu seksualnemu. W poradnictwie antykoncepcyjnym należy m.in. uwzględniać relacje partnerskie i seksualne w wyborze lub zmianie danej metody [425].

tab. 38

tab. 39

IX.3. Lęk przed ciążą

Badaczom historii medycyny (i dalej tekst z małymi poprawkami do przepisania).

X. ANTYKONCEPCJA W XXI WIEKU-- PODSUMOWANIE.

Wstęp

Rozwój nowoczesnej antykoncepcji to jedno z niekwestionowanych osiągnięć końca XX wieku. Natomiast upowszechnienie antykoncepcji, będące ważnym zadaniem Światowej Organizacji Zdrowia, udało się tylko częściowo, a największe problemy nadal są notowane w krajach Trzeciego Świata.

Większość serwisów planowania rodziny nastawiona jest dziś na klientelę kobietą. Pojawienie się w latach pięćdziesiątych doustnej tabletki antykoncepcyjnej zaowocowało rozwojem i rozprzestrzenieniem się nowych metod antykoncepcji i środków pozwalających na planowanie rodziny. Jeden z działów

ginekologii zajął się zaspokajaniem potrzeb płodnych kobiet. Biorąc rzecz tradycyjnie i historycznie, to właśnie mężczyźni są ważniejszymi partnerami dla antykoncepcji. Nawet jak na obecne czasy jest to odważne stwierdzenie. Dlatego też, do drugiej połowy XX wieku jedynymi środkami antykoncepcji dla par były: abstynencja, stosunek przerywany, prezerwatywy lub wazektomia, przeznaczone dla mężczyzn.

Globalna częstość stosowania antykoncepcji, rozumiana jako odsetek wyłącznie kobiet zamężnych w wieku rozrodczym, które stosują antykoncepcję, wzrosła z 30% w latach sześćdziesiątych do 62% w 1997 r. [426]. Większość metod antykoncepcyjnych dotyczy jednak kobiet. U mężczyzn stosuje się zaledwie kilka metod i to nie we wszystkich krajach: wazektomię, prezerwatywy, stosunek przerywany, okresowy celibat.

Kontynuuje się intensywne badania naukowe, które pozwoliłyby przygotować „pigułkę dla mężczyzn”.

Według najnowszych badań, 44-83% mężczyzn jest w stanie zastosować antykoncepcję hormonalną [427].

X.1.1. Przewidywany rozwój antykoncepcji

Jak wyżej wspomniano na całym świecie zauważa się zwiększenie stosowania środków antykoncepcyjnych, w wielu krajach ponad 75% par stosuje skuteczne i bezpieczne metody [428]. Jednakże nie wszystkie istniejące metody antykoncepcji są doskonałe, ich przyswajalność jest częściowo ograniczona przez skutki uboczne, oraz niewygodę stosowania. Nawet w krajach wysoko rozwiniętych, gdzie jest łatwy dostęp do środków antykoncepcyjnych, zdarzają się niezaplanowane ciąże. Dlatego też zaistniała pilna potrzeba opracowania nowych metod antykoncepcji, które będą bardziej efektywne, łatwiejsze w zastosowaniu i bezpieczniejsze od już istniejących. Inne nowości to długoterminowe krążki dopochwowe z hormonami, plastry na powierzchnię skóry oraz systemy samodzielnego podawania leków antykoncepcyjnych w iniekcji.

tab. 40

Można by się pokusić o przybliżone zestawienie potencjalnych celów antykoncepcji u kobiet i mężczyzn w najbliższym dziesięcioleciu.

KOBIETY**MEŹCZYŹNI**

- | | |
|---|--|
| 1. Antagoniści hormonów uwalniających gonadotropiny. | 1. Antagoniści hormonów uwalniających gonadotropiny. |
| 2. Inhibicja analogów. | 2. Gestogeny, antyandrogeny, testosteron. |
| 3. Hormony stymulujące pęcherzyki jajnikowe - antagoniści receptorów. | 3. Inhibicja analogów. |
| 4. Zablockowanie dojrzewania oocytów. | 4. Mechanizm jak w pkt. 3 u kobiet |
| 5. Blokada pęknięcia pęcherzyka. | 5. Blokada spermatogenezy. |
| 6. Inhibicja zapłodnienia. | 6. Blokada dojrzewania plemników. |
| 7. Zablockowanie implantacji. | |
| 8. Środki miejscowo unieruchamiające plemniki. | |

X.2. Metody hormonalne

Od poprzedniego wydania tej książki mija prawie 10 lat. W medycynie okres ten wymaga ponownej weryfikacji dotychczasowej wiedzy. Badania epidemiologiczne weryfikowały wiele metod i środków stosowanych w antykoncepcji. Obecnie dominują doustne środki antykoncepcyjne, o niezwykle niskich dawkach stosowanych hormonów, z dużą możliwością doboru takiego środka, który będzie idealny dla danej pacjentki przy rozważeniu jej typu hormonalno-konstytucyjnego. W minionych latach dobór był dość jednostronny, czasami lekarz przepisywał ciągle jeden preparat.

W roku 2001 wiele mediów ogłosiło listę największych wydarzeń XX wieku. Obok obalenia systemów totalitarnych i eksploracji kosmosu znalazła się na niej pigułka antykoncepcyjna. Liczba par, które stosują antykoncepcję, szacowana jest na około 570 milionów w skali świata [430]. Najnowocześniejsze preparaty DSA to niskodawkowe tabletki oraz WWA uwalniające hormony, ogólnie dostępne.

Doszły preparaty, które zastosowane w antykoncepcji, regulują również cykl, zmniejszają nadmiar androgenów, likwidując np. objawy hirsutyzmu. Niektórzy autorzy jako wstępną metodę preferują podawanie dwuskładnikowych tabletek antykoncepcyjnych.

Około połowa osób w wieku 17 lat przeżyła już pierwszy stosunek seksualny [431]. Dojrzewające dziewczęta często nie zgłaszają się do lekarza po poradę na

temat antykoncepcji wcześniej niż po roku od pierwszego stosunku płciowego. Poza tym osoby w młodym wieku z różnych względów nie mogą lub nie chcą ujawniać szczegółów i osobistych planów współżycia seksualnego, zwłaszcza jeśli wątpią w dyskrecję lekarza [432]. U dziewcząt w okresie dojrzewania cierpiących z powodu objawów trądziku DSA umożliwiają nie tylko opanowanie choroby, lecz również zapobieżenie niepożądaney ciąży. Działanie tych leków dotyczy różnych narządów; zmniejszając między innymi stężenie androgenów (całkowite oraz wolnej ich frakcji) ograniczają wytwarzanie łoju [433], powodują spadek stężenia wolnej frakcji testosteronu. Ponadto bezpośrednio hamują wytwarzanie androgenów w jajnikach i nadnerczach i kompetycyjnie blokują enzym przekształcający testosteron do bardziej aktywnego biologicznie dihydrotestosteronu. Istniały obawy, że progestageny mogą wywoływać niepożądane objawy androgenizacji, takie jak obniżenie głosu, przerost łechtaczki, przyrost masy ciała i zmniejszenie piersi. Nie obserwuje się ich jednak w przypadku niewielkich dawek gestagenów zawartych w DSA. Według wyników badań z zastosowaniem lewonorgestrelu, opisane objawy występują przy dziesięciokrotnie wyższych dawkach niż stosowane do zahamowania owulacji [434]/

Biorąc pod uwagę doustną drogę podawania hormonów, która może zachwiać równowagę czynników krzepnięcia krwi, lipidów i innych enzymów, proponuje się inne drogi podawania i dąży do stosowania jak najmniejszych dawek.

Wyprodukowanie środków o zawartości tylko gestagenów umożliwiło wcześniejsze ich podanie po porodzie i przyjmowanie w trakcie karmienia.

Zasady podawania medroksyprogesteronu w iniekcjach domięśniowych omówiono w jednym z poprzednich rozdziałów. Połączenie Depo-Provery z estrogenem w comiesięcznej iniekcji stworzyło kolejną możliwość antykoncepcji. Preparat **Cyclofem** zawiera 25 mg medroksyprogesteronu w połączeniu z 5 mg estradiolu. W razie powikłań łatwiej zrezygnować z tego preparatu po jednym miesiącu niż po podaniu Depo-Provery w iniekcji domięśniowej raz na trzy miesiące, kiedy po przyjęciu środka nie można go już wycofać z organizmu.

Pozostaje otwarte pytanie, co z wizytami co miesiąc? I jak kształtują się koszty tego typu antykoncepcji?

Centrochroman raz w tygodniu.

Pigułkę tę opracowaną przez indyjskie Ministerstwo Zdrowia należy zażywać przez pierwsze trzy miesiące dwa razy w tygodniu, potem raz na 7 dni. Ma ona niski współczynnik Pearla, na poziomie 12 w skali roku. Znaczna trudność stosowania to

konieczność pamiętania o różnych terminach przyjmowania.

X.2.1. DSA w spreju do nosa

Preparat w postaci spreju do nosa działa podobnie jak dwuskładnikowa tabletkowa hormonalna, hamując owulację. Wchłania się przez śluzówkę nosa, pomijając krążenie wątrobowe. Nie znajduje praktycznego zastosowania w związku z blokowaniem wytwarzania estrogenu co wiąże się z objawami premenopauzy.

X.2.2. DSA rozpoczęte w dowolnym dniu cyklu

Wstępne wyniki badań randomizowanych przeprowadzonych w Columbia Presbyterian Family Planning Clinics w Nowym Yorku wykazały, że przyjęcie pierwszej tabletki antykoncepcyjnej pod bezpośrednią kontrolą, niezależnie od fazy cyklu, upraszcza edukację i nie wpływa niekorzystnie na przebieg krwawień. Przyjmowanie tabletek rozpoczynano w pierwszą niedzielę po pierwszym dniu krwawienia miesięczkowego, tzw. Sunday Start, lub pierwszą tabletkę podawano natychmiast podczas wizyty u lekarza. 67 kobiet przydzielono do grupy przyjmującej tabletkę już podczas pierwszej wizyty, a 46 do grupy Sunday Start. W obu grupach nie stwierdzono różnicy w plamieniach/krwawieniach międzymiesięczkowych. Stwierdzono, że obie grupy nie różnią się „pod względem żadnego z parametrów krwawień wg kwalifikacji WHO”, a „palenie tytoniu nie wiązało się z nasileniem plamień (...), ale dłuższe krwawienia stwierdzono wśród nieródek” [435].

X.2.4. Plastry jako metoda antykoncepcyjna

Plastry stosowane podobnie jak w hormonalnej terapii zastępczej przylepia się na powierzchnię skóry. Uwalniają one hormony, które w niewielkich ilościach dostają się do krwiobiegu, powodując hamowanie owulacji. Ich wadą jest konieczność cotygodniowej wymiany plastra. Jest to metoda jeszcze trudno dostępna.

Wyniki 3 wieloośrodkowych badań wykazują, że przezskórna antykoncepcja hormonalna z użyciem plastrów Ortho EVRA jest skuteczną metodą zapobiegania ciąży. Badania prowadzono w trzech niezależnych ośrodkach u 3319 zdrowych, kobiet w wieku 18-45 lat. Stosowano plastry zawierające norelgestrominę i etynyloestradiol raz w tygodniu przez trzy tygodnie, po których następował tydzień przerwy. Wskaźnik Pearl'a w badanej populacji wynosił **0,88**. Plastry były przyklejane na pośladkach, brzuchu, na górnej zewnętrznej części ramienia, górnej części klatki piersiowej (z wyłączeniem okolicy sutków). 88,7% kobiet prawidłowo stosowało plastry i stwierdzono, że nie odklejały się one podczas pływania, ćwiczeń na siłowni, po umyciu w zimnej wodzie, w saunie czy w czasie

hydromasażu. Test ciążowy z surowicy wykonywano przed badaniem, w czasie ostatniej wizyty i 10 dni po zdjęciu ostatniego plastra. Stan pacjentek obserwowano w czasie wizyt u ginekologa w 1., 3. i 6. cyklu stosowania plastrów, a w przypadku stosujących plastry przez 13 cykli – również w 9. i 13. cyklu. W sumie na 22 155 cykli odnotowano 15 ciąż, przy czym 12 było spowodowanych nieskutecznością metody. W tej grupie odnotowano interesujący fakt, mianowicie w 5 przypadkach kobiety ważyły ponad 90 kg. Wyciągnięto z tego praktyczny wniosek, że plastrów nie można stosować u kobiet o masie ponad 90 kg.

X.3. Schematy ciągłej złożonej antykoncepcji hormonalnej

Niektórzy autorzy uważają, że domeną przyszłości będą doustne środki antykoncepcyjne podawane w schemacie ciągłym. W kontrolowanych badaniach wykazano, że stosowanie ich przez ponad 3 miesiące nasila częstość występowania plamień międzymiesiączkowych. U kobiet stosujących plastry nie stwierdzano nieprawidłowych krwawień, w przeciwieństwie do pacjentek przyjmujących DSA w schemacie ciągłym. Ponadto stwierdzono, że te ostatnie po 3 i 6 miesiącach rzadziej wprawdzie zgłaszały występowanie objawów zespołu przedmiesiączkowego, ale stwierdzono u nich istotne osłabienie popędu płciowego w porównaniu do grupy stosującej tradycyjne schematy antykoncepcji hormonalnej. Stwierdzono, że „u około 40% kobiet stosujących DSA w schemacie ciągłym stwierdzono brak miesiączki po 6 miesiącach” [436].

Naukowcy z Uniwersytetu w Alabamie analizowali skutki antykoncepcji hormonalnej ciągłej u 26 kobiet w wieku 19-39 lat. Pacjentki przyjmowały losowo 30 mcg etynyloestradiolu i 150 mcg desogestrelu w schemacie standardowym i ciągłym. Działania uboczne oceniano na podstawie analizy kwestionariuszy wypełnionych po 3 i 6 miesiącach. Sprawdzano również masę ciała i ciśnienie krwi. U kobiet stosujących antykoncepcję w schemacie ciągłym rzadziej występowały objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego, ale stwierdzono istotne osłabienie popędu płciowego w porównaniu z kobietami z grupy stosującej tradycyjne schematy antykoncepcji hormonalnej (odpowiednio 62,5 i 57% wobec 0-12,5%). Chęć kontynuowania danego schematu antykoncepcji lub polecenia go koleżankom zgłosił podobny odsetek uczestniczek w obu grupach.

X.4. Pigulka „dla obojga płci”

Prace nad aktywnym hormonem o nazwie inhibina, który mógłby być stosowany przez kobiety i mężczyzn zapoczątkowano już 10 lat temu. Hormon ten ma związek z wytwarzaniem spermy i komórki jajowej. Na razie preparat nie jest

dostępny.

X.5. Nowe tendencje

Najbardziej ekscytującym odkryciem w ostatnich 20 latach było wynalezienie związków o działaniu przeciwnym do progestagenu. Progestagen jest potrzebny w cyklu fizjologicznym do zapoczątkowania i utrzymania ciąży. Kluczowe wydarzenia zachodzące dzięki progesteronowi wydzielanemu przez jajnik w odpowiednim czasie to owulacja, zapłodnienie i kapacytacja z zagnieżdżeniem.

Pierwszym związkiem o działaniu przeciwnym do progesteronu był Mifepriston, który może być używany w antykoncepcji nagłej (stosowany we Francji, Chinach, brak zezwoleń na stosowanie tego preparatu w większości krajów na świecie, w Szwajcarii może być stosowany jedynie w warunkach klinicznych).

Prawdopodobnie antygestageny będą mogły być stosowane jako co miesięczne pigułki. Preparat taki podawany we wczesnej fazie lutealnej w danym cyklu, hamuje rozwój śluzówki macicy bez wpływu na regularność miesiączek.

W pilotażowym badaniu 21 kobiet w Szwecji, które używały tej metody jako jedynej metody antykoncepcyjnej, doszło do jednej ciąży na 153 obserwowane cykle. Głównym problemem praktycznym jest trudność określenia owulacji w celu podania pigułki w odpowiedniej fazie cyklu. Podawana raz na miesiąc pigułka, która zapobiegałaby owulacji, byłaby pożądana przez wiele kobiet z różnych krajów i kultur.

Początek XXI wieku prawdopodobnie będzie świadkiem dalszego stosowania środków antykoncepcyjnych, takich jak korażki dopochwowe z hormonami, plastry przyklepane na skórę czy żele.

Wygląda na to, że w okresie dłuższego okresu czasu selektywne modulatory receptorów hormonalnych zastąpią obecnie dostępne estrogeny i progestageny, aby ostatecznie uniknąć związanego z ich stosowaniem ryzyka, szczególnie zakrzepicy czy raka piersi u osób palących papierosy. Badania nad strukturami molekularnymi receptorów hormonalnych ujawniły, że każdy ligand wprowadza niemal unikalną zmianę strukturalną, stąd ma nieco różne efekty biologiczne. Oczekuje się preparatu, który będzie wpływał na określony narząd, dając pożądaną efekt, nie wywołując działań niepożądanych.

Podsumowanie nowych tendencji w antykoncepcji

- 1 *Stworzenie jednolitego programu metod Naturalnego Planowania Rodziny, szkoleń odpowiednich nauczycieli i edukacji społeczeństwa.*

- 2 *Zwrócenie uwagi na operacyjne, odwracalne metody chirurgiczne -wazektomię i zablokowanie jajowodów.*
- 3 *Opracowanie nowych dróg podawania środków antykoncepcyjnych.*
- 4 *Zminimalizowanie stosowanych dawek hormonów.*
- 5 *Wprowadzenie do stosowania najnowszej III generacji gestagenów.*
- 6 *Rozwój badań nad zachowaniami psychologiczno-socjologicznymi i konsekwencjami stabilizacji rozpadających się rodzin.*
- 7 *Opracowanie wkładki wewnątrzmacicznej z hormonem również dla kobiet w okresie przedmenopauzalnym.*
- 8 *Włączenie się rządów państw do rozwiązywania problemów regulacji urodzin, szczególnie u młodocianych, z wykorzystaniem posiadanej obecnie wiedzy, jako strategia o największych priorytetach, możliwościach i sukcesach.*
- 9 *Wprowadzenie tabletki z efektem antyandrogennym dla młodych kobiet.*
- 10 *Coraz większa dostępność środków na rynku, szczególnie hormonalnych.*
- 11 *Kontynuacja badań nad antykoncepcją mężczyzn.*

X.5.2. Urządzenie „Clearplan One Step”.

Proste urządzenie stosowane w warunkach domowych do pomiaru LH w moczu w celu określenia prawdopodobnej owulacji. Stwierdzony najwyższy poziom LH wskazuje, że owulacja wystąpi w ciągu najbliższych 24-36 godzin.

X.6. Antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja po... APO)

Stosowanie APO jest najbardziej wskazane w przypadku: ofiar gwałtów (z których około 5% zajdzie w ciążę), kobiet po niebezpiecznym stosunku płciowym, błędów lub niedogodności w stosowaniu prezerwatywy (w gabinecie najczęstsza przyczyna wizyt związanych z APO), kobiet o niestabilnych relacjach partnerskich i mających nieregularne stosunki seksualne.

Docelowymi odbiorcami informacji o APO powinny być przede wszystkim nastolatki i kobiety samotne. Wśród 1510 nastolatek (12-18 lat) w USA przeprowadzono ankietę na temat wiedzy o APO. Z ankietowanych tylko 423 osoby (28%) słyszały o istnieniu pigułek APO i tylko 9% wiedziało, że pigułki te są skuteczne w ciągu 72 godzin po niezabezpieczonym stosunku. Po uzyskaniu informacji na temat pigułek APO 67% dziewcząt wykazało chęć ich stosowania. Podkreślić należy zaangażowanie młodych mężczyzn w procedury APO, co jest pozytywnym krokiem w kierunku współodpowiedzialności za „bycie razem”.

Stosowanie APO niesie ze sobą wyraźne korzyści w zapobieganiu niechcianej ciąży, co prowadzi bezpośrednio do obniżenia wskaźnika przerwania ciąży. Stąd też

jest faktem zaskakującym, jak mało starań czyni się w celu rozpowszechnienia większej dostępności i informacji co do stosowania tych środków na większą skalę. Dla przykładu metoda Yuzpe, znana od ponad 20 lat, została dopuszczona do stosowania w USA dopiero w 1997 r. Opóźnienie to tłumaczono następującymi czynnikami:

- wahania przed uznaniem faktu aktywności seksualnej młodocianych, udawanie że nie ma problemu
- brak postawy propagowania profilaktyki, czyli zapobiegania sztucznym zabiegom przerwania ciąży przez „organizatorów opieki zdrowotnej”.
- nadmierne podkreślanie skutków ubocznych tej metody!
- niedostateczna wiedza zarówno pacjentów, jaki i lekarzy na temat APO
- istnienie swobodnego dostępu do aborcji lub jej zakaz (co teoretycznie rozwiązuje problem, ale niestety praktycznie „nie załatwia”) [437].

Pierwszy preparat tego rodzaju opisany wcześniej to Postinor Duo, dostępny w aptekach po przepisaniu recepty przez lekarza.

Drugi to Mifepriston-Ru 486, również podawany do 72 godzin po stosunku. (Brak pozwolenia do stosowania na polskim rynku).

Zestawienie metod:

1. Wysokie dawki estrogenu- 5mg./dzień przez 5 dni do 72 h. Po...
2. Kombinacja preparatów- metoda Yuzpe. 2 tabl po 50 ug EE i 150ug ING, lub 200 mg EE z 2 mg norgestrelu.-do 72 godzin po..
3. PosinorDuo- 0,75 mg LNG do 72 godzin po...
4. WWA do 5 doby od stosunku.
5. Danazol 2x600mg, mniejsza skuteczność , do 2% niepowodzeń
6. Mifepristone 600mg /dziennie do 72 godzin po...

X.7.Implanty ulegające stopniowemu uwolnieniu w organizmie.

Opracowano capronor, implant wszczepiany podskórnym na 24 miesiące. Jego głównym składnikiem jest lewonorgestrel, taki sam składnik jaki zastosowano w Norplancie. Norplant stosuje około 4 mln. Kobiet. Inny typ biologicznie rozkładanego implantu jest wszczepiany w postaci czterech małych pigułek, o działaniu 12- miesięcznym bez możliwości wcześniejszego usunięcia. Skuteczność tej metody jest porównywana ze skutecznością chirurgicznego podwiązania jajowodów u kobiet. W październiku 1998 r, na XVI Światowym Kongresie Płodności i Niepłodności w San Francisco, znana na polskim rynku firma Organon prezentowała swój nowy produkt o roboczej nazwie **Implanon**.

Składa się on z dwóch elastycznych implantów zawierających **etnogestrel** (nowej generacji progestagen). Implanty te zapewniają działanie antykoncepcyjne przez trzy lata. Istotną zaletą **Implanonu** jest łatwość zakładania i usuwania implantów. Kolejnym etapem w implantach będzie umieszczenie hormonu we wchłaniających się kapsułkach, bez konieczności ich usuwania.

X.8. Krążki dopochwowe z hormonem!!!

Są to elastyczne krążki dopochwowe, zbudowane ze specjalnego tworzywa i zawierające tylko progestagen lub progestagen w połączeniu z komponenta estrogenową. Są produkowane w jednym rozmiarze i przeznaczone do umieszczenia i pozostawienia w pochwie. Są bardzo łatwe w użyciu.

Pisze użytkowniczka: *„Jest to najlepsza rzecz, jakiej kiedykolwiek spróbowałam. Nie muszę pamiętać o polykaniu pigulek. Nie zauważyłam, aby pojawiły się jakieś skutki uboczne. Początkowo moje miesiączki były trochę nieregularne, lecz po kilku cyklach się uspokoiły. Nie pamiętam, że go noszę ze sobą — naprawdę nie czuję, że jest”* [438]. Krążki stale znajdują się w pochwie, a ich skuteczność i objawy uboczne są podobne do objawów ubocznych pigulek antykoncepcyjnych zawierających sam progestagen. Podstawowym działaniem ubocznym może być występowanie nieprzewidywalnych epizodów krwawienia i plamienia z dróg rodnych.

Niektóre z tych krążków, o średnicy do 5,5 cm, mogą pozostawać w pochwie do trzech miesięcy. Można je wyjąć w każdej chwili w celu kontroli czy higieny. Zawierają najczęściej progestagen w postaci lewonorgestrelu. Usunięcie krążka na trzy godziny nie powoduje jego nieskuteczności. Stwierdzono, że u 50% kobiet występuje jajczkowanie, jak w przypadku MTG (minitabletka gestagenna). Mechanizm działania polega na zagęszczaniu śluzu, a tym samym uniemożliwieniu penetracji plemników oraz częściowym zaniku śluzówki endometrium.

Dawka dzienna to 20 mcg lewonorgestrelu. Skutki uboczne tej metody to nieregularne krwawienia w pierwszych trzech miesiącach stosowania. Krążki są trudno dostępne na rynku. Przy okazji badań nad uwalnianymi z nich progestagenami zwrócono uwagę na silny związek chemiczny o nazwie **nesterone**, który nie wchłania się z przewodu pokarmowego i może w związku z tym zostać wykorzystany do antykoncepcji w czasie laktacji.

W trakcie badań znajdują się także krążki zawierające kombinację progestagenu i estrogenu. Byłyby one zakładane według schematu podobnego do pigulek antykoncepcyjnych, pozostawałyby w pochwie przez 21 dni z 7-dniową przerwą na

założenie kolejnego krążka.

X.9. Mirena z lewonorgestrolem

Nowa możliwość, szczególnie dla kobiet w okresie przedmenopauzalnym, kiedy następuje powolny spadek stężenia progesteronu w surowicy i pojawiają się wszelkie tego konsekwencje. W nowym preparacie o nazwie NOVA-T lewonorgestrel uwalniany z wkładki jest w obrębie błony śluzowej macicy przekazywany do krwiobiegu, uzupełniając jego niedobór, równoważąc równocześnie działanie nadmiaru estrogenu w stosunku do progesteronu. Hormon zawarty w NOVA-T jest uwalniany w dawce 20 mcg /dzień.

Jest to niezwykle ważny etap stosowania antykoncepcji w tym wieku, również ze wskazań zdrowotnych.

Dokładny opis i zasady stosowania omówione zostały w innym rozdziale.

X.9.1. Nowe typy wkładki antykoncepcyjnej

Nowe typy wkładki to Cu-Fix 390 i FlexiGard, wyprodukowane w Belgii.

Cu-Fix składa się z 6 miedzianych minisegmentów połączonych nicią nylonową. Wkładka jest przymocowywana do dna macicy. Sposób zakładania i wyjmowania jak w tradycyjnych wkładkach.

Inny typ to wkładka, nieposiadająca nitek, co może być problemem przy jej usuwaniu, lecz zmniejsza możliwość wystąpienia stanów zapalnych. Okres jej stosowania, w porównaniu do WWA stosowanych obecnie, jest jeszcze dłuższy.

Ten typ wkładki jest uważany za formę odwracalnej sterylizacji.

X.10.. Metody mechaniczne

Nowe prezerwatywy dla mężczyzn zawierają lepszy materiał, są bardziej luźne, są wykonane z mocniejszego materiału niż lateks, nie niszczą ich substancje bazujące na oliwie, są mniej wrażliwe na działanie ciepła i wilgoci.

Damska „prezerwatywa bikini” składa się z pewnego rodzaju gumowej bielizny, w którą wbudowano zwiniętą torebkę, dopasowaną do wejścia do pochwy. Przed planowanym stosunkiem torebkę wprowadza się do pochwy. Metoda do stosowania w określonych wyjątkowych sytuacjach.

X.11.1. Chlorheksydyna, gosypol, propranolol

Trwają prace nad nowymi preparatami plemnikobójczymi. Antyseptyczna substancja chlorheksydyna zapobiega migracji plemników, zagęszczając śluz szyjkowy.

Gosypol, chiński specyfik wyodrębniony z oleju nasion bawełny, zastosowano w formie dopochwowego żelu antykoncepcyjnego.

Propranolol, lek stosowany w zaburzeniach rytmu serca, nadciśnieniu tętniczym, wykazuje również działanie plemnikobójcze. Tabletki z tym lekiem umieszczona w pochwie i deaktywuje ruchliwość plemników w kwaśnym środowisku pochwy.

X.12. Szczepionki antykoncepcyjne

Ogólna zasada działania szczepionek polega na wywołaniu reakcji komórek odpornościowych, które wytwarzają przeciwciała przeciwko plemnikom i je w ten sposób unieruchamiają. Jest to zjawisko znane w niepłodności, w której w śluzie szyjkowej występują przeciwciała przeciwko plemnikom.

Drugi typ szczepionki ma wytwarzać przeciwciała przeciwko ludzkiej gonadotropinie kosmówkowej. hCG jest wytwarzana w trofoblaście już podczas istniejącej ciąży. Działanie szczepionki powoduje wytwarzanie przez komórki odpornościowe przeciwciała przeciwko hCG, w wyniku czego dochodzi do usunięcia zapłodnionego jajeczka, co nie jest metodą zapobiegania ciąży, a wywołaniem poronienia. Działanie tej szczepionki może trwać do 6 miesięcy.

Z doniesień prasowych wiadomo, że zespół pod kierunkiem prof. Macieja Kurpisza z Zakładu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu prowadzi badania nad szczepionką wywołującą agresję układu immunologicznego kobiety wobec męskich komórek rozrodczych. Jest to warte odnotowania ze względu na specyfikę i ważność problemu. Zespół prof. Kurpisza przeanalizował główne kierunki antykoncepcji immunologicznej, przydatne do doskonalenia szczepionki antykoncepcyjnej. Zbadano następujące elementy:

- przeciwciała skierowane przeciwko spermie
- przeciwciała przeciwko warstwie przejrzystej
- hormon uwalniający gonadotropinę
- inne hormony białkowe (folikulotropowy, luteinizujący)
- przeciwciała przeciwko gonadotropinie kosmówkowej
- hormony wytwarzane przez gonady.

W poszukiwaniach środków antykoncepcyjnych nowej generacji okazały się przydatne nowe metody, takie jak podawanie przeciwciał monoklonalnych, połączenia hybrydowe, metody rekombinacji DNA [439]. Niezależnie od

zaawansowania prac badawczych, każdy z badaczy bierze pod uwagę potencjalne niebezpieczeństwo, że wywołana odpowiedź immunologiczna będzie szkodliwa dla organizmu, który taką szczepionkę otrzymał [440]. Ogólna zasada działania szczepionki antykoncepcyjnej bazuje na zespole cząstek immunogenicznych w postaci do wstrzyknięcia lub podania doustnego dla mężczyzny lub kobiety, co zapoczątkowuje wytwarzanie przeciwciał czynnościowych lub komórek odpornościowych, które przerywają procesy reprodukcyjne i utrzymują stan bezpłodności bez wywoływania efektów ubocznych [441].

X.13. Strategie dla mężczyzn.

Efektywna regulacja rozrodczości ludzkiej ma globalne znaczenie z punktu widzenia wyczerpania się zasobów naturalnych, zanieczyszczenia środowiska, oraz ubóstwa. Dotychczasowe usługi i badania zajmujące się planowaniem rodziny za główny cel wybierały płeć żeńską, z pomijaniem zagadnień rozwoju regulacji męskiej płodności. Ta sytuacja trwała przez prawie ostatnie stulecie.

Ostatnie dwie dekady przyniosły wzrost zainteresowania regulacją męskiej rozrodczości, początkowo w środowisku naukowym, następnie w rozwoju i produkcji bezpiecznych metod antykoncepcji dla mężczyzn.

Rzeczywiście transformacja demograficzna wynikająca ze zmiany wysokich współczynników rozrodczości na niższe dokonała się w Europie i Ameryce Północnej w wieku XIX, dzięki okresowej abstynencji, stosowaniu stosunków przerywanych i prezerwatywy. Ostatnie szacunki wykazują, że 45 mln mężczyzn przeszło wazektomię a 70 mln mężczyzn używa prezerwatyw. Wydaje się oczywiste, że mężczyźni, którzy są aktywnymi chętnymi uczestnikami antykoncepcji, nie zostali uwzględnieni we współczesnych badaniach. Przegląd podsumowujący ostatnie badania skutecznych i bezpiecznych metod antykoncepcyjnych dla mężczyzn w XXI wieku przedstawiono w rozdziale pt. Antykoncepcja mężczyzn.

Tabletka wyprodukowana dla mężczyzn powinna być tak samo skuteczna i powodować jak najmniej powikłań jak tabletka antykoncepcyjna dla kobiet.

Kierunki rozwoju antykoncepcji mężczyzn to:

- hamowanie produkcji nasienia w jądrach
- wazektomia, blokowanie transportu nasienia
- hamowania interakcji *nasienie - komórka jajowa*
- hamowanie dojrzewania nasienia poprzez wpływ na najądrza

- metody immunologiczne .