

POSTKOITALNA KONTRACENCIJA

Milena VELJKOVIĆ, Zoran POP-TRAJKOVIĆ,
Vekoslav LILIĆ i Jasmina POPOVIĆ

*Dom zdravlja "Niš" i Ginekološko-akušerska klinika
Kliničkog centra u Nišu*

Analizira se upotreba i efikasnost postkoitalne kontracepcije kao urgentnog postupka u sprečavanju nastanka neželjene trudnoće kao posledice nezaštićenog polnog odnosa u vreme plodnih dana menstrualnog ciklusa, prisustvo sporednih efekata, njen značaj i perspektiva.

Ključne reči: postkoitalna kontracepcija, urgentni postupak, neželjena trudnoća

Uvod

Postkoitalna kontracepcija, intercepcija, pilula za sledeće jutro, "morning after pill", "emergency contraception" je najprikladniji pokušaj da se spreči nastanak neželjene trudnoće posle nezaštićenog polnog odnosa u vreme plodnih dana menstrualnog ciklusa. Cilj ovog postupka je da spreči implantaciju oplođenog jajašca, tj. da izazove odbacivanje blastociste (Randić 1984). Ovo je situacioni metod kontracepcije predviđen samo za hitne slučajeve; neočekivani polni odnos, polni odnos bez zaštite, zatajivanje mehaničkog kontraceptivnog sredstva, silovanje itd.

Cilj i metod rada

Ispitivanjem je obuhvaćeno 139 žena uzrasta od 16-40 godina koje su se javile u Dispanzer za žene Doma zdravlja - Niš u Nišu u periodu od 1998-2001. godine zbog nezaštićenog polnog odnosa. Posle pažljive analize menstrualnog ciklusa, procene opšteg i ginekološkog zdravstvenog stanja i analize reproduktivne anamneze primenjena je postkoitalna kontracepcija kod 120 žena, a za 19 žena je napravljena procena da nisu bile pod rizikom za nastanak neželjene trudnoće. Tamo gde je postojala dilema da li tretman treba primeniti ili ne, pod uslovom da nisu postojale kontraindikacije, postupak je ipak primenjen.

Rezultati rada

Tabela 1. Uzrast žena kod kojih je primenjena intercepcija

godine	n	%
16-20	53	44.16
21-25	32	26.67
26-30	21	17.5
31-35	9	7.5
36-40	5	4.17
ukupno	120	100.00

Intercepciju najčešće koriste žene do 20. godine života (44.16%) (tabela 1).

Tabela 2. Razlozi za primenu postkoitalne kontracepcije

razlog	n	%
neprimenjivanje bilo koje kontracepcije	68	56.67
"greška" pri upotrebi prekinutog snošaja	32	26.67
pucanje kondoma	18	15.00
silovanje	2	1.66

Najčešći razlog za korišćenje intercepcije je neprimenjivanje bilo kog kontraceptivnog metoda (56.67%) (tabela 2).

Tabela 3. Metod primenjene postkoitalne kontracepcije

metod	n	%
yuzpe postupak	112	93.33
bakarni intrauterini uložak	8	6.67
ukupno	120	100.00

Najčešće je korišćen Yuzpe postupak (93.33) (tabela 3).

Tabela 4. Sporedni efekti pri primeni postkoitalne kontracepcije

Vrsta	n	%
mučnina	64	57.14
povraćanje	18	16.07
osetljivost dojki	43	38.4
skraćen menstrualni ciklus za 5 dana	12	10.71
produžen menstrualni ciklus za 5 i više dana	16	14.29
vanciklično krvavljenje	21	18.75
glavobolja	10	8.9

Najčešći sporedni efekat je pojava mučnine i prisutno je kod 57.14% ispitanica (tabela 4).

Diskusija

Zemlje koje imaju dobro razvijenu zdravstvenu zaštitu i u kojima je pristupačna primena postkoitalne kontracepcije imaju malu stopu namernih pobačaja. Postkoitalnu kontracepciju, uglavnom, upotrebljavaju dve grupe žena. U prvu grupu spadaju žene koje ovaj metod kontracepcije koriste samo kao hitan postupak u izuzetnim situacijama kada se nezaštićen polni odnos desio kao incident. Druga grupa žena su one koje imaju vrlo retke polne odnose i koje intercepciju koriste umesto standardnih metoda kontracepcije. Ako žena ima redovne polne odnose ona bi trebalo da koristi klasičnu savremenu kontracepciju a postkoitalna samo u izuzetnim prilikama kao što je u slučaju pucanja kondoma ili pomeranja dijafragme. Pri upotrebi nisko-dozačne oralne hormonske kontracepcije tokom jednog ciklusa ukupna doza unetih hormona je manja nego ako se postkoitalna hormonska kontracepcija primeni nekoliko puta u toku jednog menstrualnog ciklusa (*Haspels, 1998*).

Od 120 žena kod kojih je primenjena postkoitalna kontracepcija njih 53 (44,16%) je bilo do 20. godine života, a njih 12 je upotrebilo postkoitalnu kontracepciju posle svog prvog polnog kontakta. Adolescentica je neiskusna, seksualno radoznala, ima osećaj da joj se ništa loše ne može desiti. Snošaju prilazi ne povezujući ga sa mogućnošću naastanka neželjene trudnoće ponekana uzbudjenjem koje seksualni kontakt pruža. Neke smatraju da su mlade pa ne mogu da zatrudne ili da to ne može da se desi zato što imaju neredovne menstruacije. Na početku seksualnog života u doba adolescencije retko se koristi sigurna kontracepcija. Opasnost da će se prvi seksualni kontakt desiti u vreme plodnih dana je realna. Nastupanje neželjene trudnoće je vezano za velike psihičke traume i rizike po zdravlje koje sa sobom nosi prekidanje prve trudnoće.

U Holandiji oko 60% prve seksualne ekspozicije mladih je bez zaštite. Tu je dobra obaveštenost mladih o štetnosti namernog pobačaja i o svim prednostima koje savremena kontracepcija pruža kao i o mogućnostima primene postkoitalne kontracepcije. Postkoitalna kontracepcija je lako dostupna i primenjuje se kao hitan postupak. To je jedan od razloga zašto na tom području postoji niska stopa namernih pobačaja. Sa druge strane, u USA postoji visoka stopa adolescentnih trudnoća a niska učestalost primene postkoitalne kontracepcije (*Haspels, 1988*).

Razlozi za primenu postkoitalne kontracepcije u ovom ispitivanju bili su kod 68 žena (56.67%) neprimenjivanje bilo kog metoda kontracepcije, kod 32 žene (26.67%) "pogreška" pri primeni prekinutog snošaja, kod 18 žena (15%) je pukao kondom, a 2 žene (1.67%) su bile silovane.

Od 120 žena koje su u ovom ispitivanju upotrebile postkoitalnu kontracepciju nije zabeležena ni jedna trudnoća. Od primene intercepcije pa do pojave sledeće menstruacije sve su dobile savet da koriste mehaničku (barijernu) metodu kontracepcije (kondom ili dijafragmu). Praćenje ovih

žena je neophodno da bi se proverio uspeh tretmana. Ako za tri nedelje žena ne dobije menstruaciju mora da se proveriti da li je trudna ili nije. Takođe je neophodno da dobiju savet o daljoj kontinuiranoj primeni za nju najpogodnijeg savremenog kontraceptivnog sredstva.

Postkoitalna kontracepcija nastala je 1960-tih godina u USA kada su *Morris* i *van Wagenen* počeli u tu svrhu da primenjuju dietilstibestrol, a u Evropi kada je *Haspels* (1988) upotrebio etinil estradiol u visokoj dozi (Haspelsova metoda).

Visoke doze estrogena koje se koriste u svrhu postkoitalne kontracepcije mogu da spreče nastanak neželjene trudnoće zavisno od faze menstrualnog ciklusa u toku koje se primene. Fertilizovano jaje obično dolazi u šupljinu materice 4-5 dana od ovulacije, posle čega može ali ne mora da dođe do implantacije blastociste (*Osathanon*, 1995). Jedna od tri ekspoziције u sredini menstracionog ciklusa rezultovaće implantacijom blastociste, a ona se obično dešava 6. dana od ovulacije. Visoke doze estrogena date krajem folikulinske faze mogu da izvrše supresiju ovulacije (*Osathanon*, 1995). Supresija ovulacije nastaje ako se koitus desio 2-6 dana pred ovulaciju (*Burkman*, 1994). Ako se visoke doze estrogena daju neposredno pred ovulaciju mogu da dovedu do njene indukcije (*Gary* i sar., 1997). Ako su visoke doze estrogena date u koincidenciji sa ovulacijom ili sa ulaskom jajne ćelije u jajovod nastupiće pojačanje motiliteta jajovoda i time će se povećati brzina transporta jajne ćelije. Do fertilizacije obično ne dolazi a ako se ipak desi zigot će prerano da stigne u šupljinu materice i neće da nastupi nidacija (*Burkman*, 1994). Estrogeni će, takođe, da utiču i na žuto telo preko svog uticaja na prostaglandine. Dovešće do remećenja steroidogeneze u žutom telu, a na endometriumu će zbog poremećenog odnosa estrogena i progesterona nastupiti poremećaj njegovog sazrevanja i on će da postane nepodesan za implantaciju (*Stubblefield*, 1996). Ako se koitus desio 4 i više dana od ovulacije neće uopšte da dođe do fertilizacije (*Stubblefield*, 1996).

U svrhu postkoitalne kontracepcije koriste se dietilstilbestrol u dozi od 50 mg/24 sata tokom 5 dana, etinil estradiol u dozi od 5 mg/24 sata takođe tokom 5 dana ili se daju konjugovani estrogeni u dozi od 30 mg/24 sata tokom 5 dana ili 50 mg/24 sata u formi injekcija tokom 2 dana (*Osathanandh*, 1995). Moguća je pojava teških mučnina i povraćanja, posebno pri primeni etinil estradiol, pa je jedan sat pre tretmana potrebno rutinski dati neki antiemetik (*Gary*, 1997).

Danas se ne savetuje primena visokih doza estrogena u postkoitalne svrhe jer ako metod zataji i nastupi trudnoća nije potpuno isključena mogućnost nastanka kongenitalnih anomalija ploda stoga se prethodno žena mora da upozna sa neposrednim i kasnim efektima ovog tretmana kao i sa potrebom da se uradi namerni pobačaj ako metod zataji (*Osathanandh*, 1995). Razlog za neprimenjivanje ovog metoda leži i u zapažanju da je moguća pojava svetloćelijskog karcinoma vagine u potomaka ženskog pola

ako je žena koristila dietilstilbestrol i zadržala trudnoću (*Burkman*, 1994). Primena ovog metoda postkoitalne kontracepcije je kontraindikovana ako je žena imala trombozu vena, tešku hipertenziju ili probleme sa jetrom (*Osathanondh*, 1995). Efikasnost je visoka. Stopa pogrešaka metode je 0.6-1.6% (*Gary*, 1997). U toku ovog ispitivanja ovaj metod postkoitalne kontracepcije nije korišćen.

Najčešće korišćen metod postkoitalne kontracepcije u ovoj studiji je bio metod kombinovane primene estrogena i progestagena tzv. Yuzpe postupak. Primenjen je kod 112 žena (93.33%). Procenjeno je da je u preovulatornom periodu bilo 87 žena (77.68%), a kod 25 žena (22.32%) menstruacioni ciklus je bio neuredan a postkoitalna kontracepcija je primenjena jer je procenjeno da je rizik njene primene bio manji od rizika koji bi nosila neželjena trudnoća i abortus, pogotovo zbog toga što su sve bile nulipare.

Kombinovana primena estrogena i progestagena u postkoitalne svrhe po raspoloživim podacima jednako je efikasna kao i primena visokih doza estrogena (*Randić*, 1984). Postupak podrazumeva davanje 4 tablete od kojih svaka sadrži po 0.05 mg etinil estradiola i 0.25 mg levonogestrela ili 8 tableta od 0.03 mg etinil estradiola i 0.15 mg levonogestrela. U prvom slučaju uzimaju se što pre od nezaštićenog polnog odnosa 2 tablete, a u drugom slučaju 4 tablete, a posle 12 sati još 2, odnosno još 4 tablete. Tretman treba da započne u intervalu od 72 sata od nezaštićenog koitusa u vreme "plodnih dana" (*Sedlecki*, 1999). U toku primene kombinacije estrogena i progestagena u svhu postkoitalne kontracepcije sustinski efekat se postiže primenom prve doze leka, a druga doza koristi se za slučaj da prva doza zakaže. Prednost u odnosu na postkoitalnu kontracepciju visokim dozama estrogena je što tretman traje kraće a i pojava sporednih efekata je manje izražena (*Osathanondh*, 1995).

Sporedni efekti pri primeni Yuzpe postupka u ovom ispitivanju su: mučnina kod 64 žene (57.14%), povraćanje kod 18 žena (16.07%), osetljivost dojki kod 43 žene (38.4%). Kod 1/4 žena promenjena je dužina trajanja menstrualnog ciklusa. Kod 12 žena (10.71%) menstrualni ciklus je bio kraći za 5 dana a kod 16 žena (14.29%) ciklus je bio produžen za 5 i više dana. Vanciklično oskudno krvavljenje bilo je kod 21 žene (18.75%) a glavobolja kod 10 žena (8.9%).

Kontraindikacije za primenu ovog tretmana su identične kontraindikacijama za primenu kombinovane oralne hormonske kontracepcije: kašnjenje menstruacije, sumnja na postojeću trudnoću, sadašnje ili ranije prisustvo tromboze ili tromboembolije, prisustvo srčanih oboljenja, maligne bolesti materice ili dojke, teški poremećaji funkcije jetre, poremećaj metabolizma lipida (npr. visok holesterol), teška forma šećerne bolesti, teška hipertenzija, anemija srpastih ćelija, pre elektivnog hirurškog zahvata unutar 4 nedelje, pozitivna anamneza za idiopatsku žuticu, idiopatski pruritus ili herpes gestationis u toku prethodne trudnoće, postojanje nerazjašnjenog vaginalnog krvavljenja, poremećaj sluha zbog distrofije akustičkog živca, dugotrajno ležanje zbog imobilizacije.

Procenjuje se da je stopa trudnoća pri primeni ovog metoda 1.8 a ako tretman započne unutar prvih 12 sati od nezaštićenog koitusa stopa trudnoće je 1.2 (*Osathanondh, 1995*).

Ukoliko postoje kontraindikacije za primenu kombinacije estrogena i progestagena u svrhu postkoitalne kontracepcije ili je od nezaštićenog polnog odnosa prošlo duže od 72 sata a manje od 7 dana ili ako je žena završila sa rađanjem pa joj je potrebna sigurna kontracepcija za duži vremenski period u ovu svrhu može da se upotrebi bakarni intrauterini uložak. Multipare sa pozitivnom anamnezom za tromboembolizam su mogući kandidati a multipare koje su ginekološki zdrave i koje imaju samo jednog seksualnog partnera su idealni kandidati (*Osathanondh, 1995*). Najveći nedostatak ove metode intercepcije je što mogu da nastupe ozbiljne komplikacije ako žena ima vaginalnu infekciju ili polno prenosivu bolest, ili asimptomatsku cervikalnu ili pelvičnu inflamatornu bolest. Većina pelvičnih infekcija koje nastaju kao posledica aplikacije intrauterinog uložka u ovu svrhu dijagnostikuje se unutar 6 meseci od insercije uložka. Najveći broj takvih komplikacija ipak se otkrije kratko vreme posle postavljanja uložka (*Osathanondh, 1995*).

U ovoj studiji u svrhu postkoitalne kontracepcije postavljen je bakarni intrauterini uložak kod 8 žena (6.67%): 7 su bile multipare a 1 nulipara. Kod nulipare je bio istekao vremenski period za primenu Yuzpe postupka. Kod 3 multipare je, takođe, bio istekao kritični period za primenu Yuzpe postupka, a 4 su se opredelile za intrauterini uložak kao prolongirani kontraceptivni metod, prethodno su koristile prekinuti snošaj i već su imale u proseku 3 namerna pobačaja.

Na pojavu pelvičnih infekcija posle postavljanja intrauterinog uložka posebno su osetljive nulipare. Kod njih su ove infekcije sedam puta češće nego kod multipara. Posebno su rizične mlade nulipare koje pripadaju donjim socioekonomskim slojevima društva. Ako imaju do 25 godina a nisu rađale i žele da primene uložak u svrhu intercepcije moraju da se prethodno upozore sa eventualnim rizicima (*Haspels, 1988*). U toku primene bakarnog uložka u svrhu intercepcije može se dati antibiotik širokog spektra da pokrije moguću gonokoknu ili klamidijalnu infekciju (*Osathanondh, 1995*). Za postkoitalnu kontracepciju koriste se samo bakarni ulošci jer joni bakra deluju toksično na blastocistu (*Haspels, 1988*). Ne preporučuje se postavljanje nemediciranih uložaka jer njima treba nekoliko dana da razviju željeni antifertilizacioni efekat dok se joni bakra brzo oslobađaju posle insercije i njihov antifertilizacioni efekat je brz. Ulošci sa progesteronom se ne mogu koristiti u svrhu postkoitalne kontracepcije (*Osathanondh, 1995*). Postavljanje bakarnog uložka unutar 72 sata od nezaštićenog polnog odnosa izgleda da je efikasniji metod kontracepcije od davanja steroida (*Stubbsfield, 1996*).

U fazi ispitivanja je davanje potentnog progestagena levonogestrela u svrhu postkoitalne kontracepcije. Daju se 2 tablete od po 0,75 mg na 12 sati tokom prvih 48 sati od nezasticećenog polnog odnosa. Po dosadašnjim rezultatima postupak je jednako efikasan kao Yuzpe postupak ali su neželjeni efekti ređi (*Sedlecki, 1999*).

U svrhu postkoitalne kontracepcije može se upotrebiti i slab androgen Danazol 400 mg tri puta na 12 sati (*Gary, 1997*) ili dva puta na 12 sati (*Osathanondh, 1995*). U ovu svrhu mogu se upotrebiti i antiprogesteronski preparat Mifepriston (RU 486) koji se nadmeće za vezivanje za progesteronske receptore i time onemogućava ispoljavanje efekta prirodnog progesterona. Vezujući se za progesteronske receptore endometrijuma i decidue utiče na reproduktivne procese nakon fertilizacije. Mifepriston je moguć kontracepiens i abortificient. Koristi se za postkoitalnu kontracepciju u periodu od 21-28 dana menstrualnog ciklusa. Nakon dva dana nastupa krvavljenje bez obzira da li je postojao rani conceptus i bez obzira da li je došlo ili nije došlo do njegove implantacije. Regulacija fertiliteta upotrebom antiprogesteronskih preparata je na granici između intercepcije koja se postiže postkoitalnom primenom steroida ili postkoitalnom aplikacijom intrauterinog uložka koji sadrži bakar i upotrebe sredstava koja izazivaju abortus.

Postoje podaci da implantacija još nije završena potpuno 28. dana menstrualnog ciklusa. Zato davanje antiprogesteronskih preparata u tom periodu ne bi trebalo tretirati kao sredstvo za izazivanje namernog pobačaja nego kao metod intercepcije. Embriogeneza počinje oko druge nedelje posle implantacije. To je kraj preembrionalne faze i početak embrionalne faze kada se prekid trudnoće naziva abortusom. Nema kontraindikacija za primenu Mifepristona, a krvavljenje koje sledi obično liči na normalnu menstruaciju (*Haspels 1988*). Efikasnost je visoka. Stopa neželjenih trudnoća je 0% (*Stubblefield, 1996*).

Zaključak

Danas postoji kontinuirana potreba za postkoitalnom kontracepcijom. Nezaštićen polni odnos nameće ženama mnoge psihičke traume koje se mogu izbeći primenom postkoitalne kontracepcije. Ovaj postupak predviđen je samo za hitne slučajeve kada se desio nepredviđen polni odnos u vreme plodnih dana ili je zatajilo mehaničko kontraceptivno sredstvo i nikako nije zamena za standardnu savremenu kontracepciju. U svrhu postkoitalne kontracepcije mogu da se upotrebe visoke doze estrogena, ili bolje kombinacija estrogena i progestagena u intervalu od 72 sata od nezaštićenog polnog odnosa, a ako je prošlo više od 72 sata a manje od 7 dana onda se može u istu svrhu postaviti bakarni intrauterini uložak. Novost je primena samih progestagena i davanje antiprogesterona 27 dana menstrualnog ciklusa. Postkoitalna kontracepcija je definitivno zauzela svoje mesto u planiranju porodice i regulaciji fertiliteta.

Literatura

- Burkman, T. R.* (1994). Contraception and Family Planning in Current Obstetric-Gynecologic Diagnosis-Treatment. Appleton-Lange. New York.
- Gary, F., Mac Donal, C. P., Grant, F. N. Leveno, J. K.* et al. (1997). Medical Contraception in William's Obstetric. Appleton-Lange. New York.
- Haspels, A. A.* (1988). Post-Coital Contraception. IPPF Medical Bulletin, 22, 5-5.

Osathanondh.R. (1995). Contraception in Kistner's Gynecology. Mosby-Year Book. London.

Randić, Lj. (1984). Planiranje obitelji. Otoka Keršovani. Rijeka.

Stubblefield, G. F. (1996). Family Planning in Novak's Gynecology. Williams-Wilkins. Baltimore.

Sedlecki, AI. (1999). Metodi i s edstvakontracepcije. Obnavljanje stanovništva i zaštita reproduktivnog zdravlja. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Beograd.

LA CONTRACEPTION POSTCOITUS

Milena VELJKOVIĆ, Zoran POP-TRAJKOVIĆ,
Vekoslav LILIĆ et Jasmina POPOVIĆ

*Foyer de la sante "Niš" de Niš et Clinique gynecologique et d'accouchement
du Centre clinique de Niš*

Les auteurs font l'analyse de l'emploi et de l'efficacite de la contraception postcoYtus comme precede urgent chez l'empechement du commencement de la grossesse nondesireuse, consequence de la copulation nonprotegee au temps des jours de fecundite du cycle menstruel, la presence des effets secondaires, son importance et perspective.

Les mots clés: Contraception postcoYtus, procedé urgent, grossesse nondesireuse

POSTCOITAL CONTRACEPTION

Milena VELJKOVIĆ, Zoran POP-TRAJKOVIĆ,
Vekoslav LILIĆ and Jasmina POPOVIĆ

*Medical Center "Niš" in Niš and Gynecological-Obstetric
Clinic of the Clinic Center, Niš*

The use and efficiency of the postcoital contraception as an urgent procedure in preventing the generation of undesired pregnancy - as a consequence of unprotected coitus during the fertile days of the menstrual cycle - are analyzed as well as the presence of side effects of this type of contraception, its importance and perspective.

Key words: Postcoital contraception, urgent procedure, undesired pregnancy

Autor: Doc. dr sci Milena Veljković, ginekolog-akušer, Dom Zdravlja "Niš" u Nišu; kućna adresa: Niš, IX brigade 53/35.

(Rad je Uredništvo primilo 5. novembra 2001. godine)