

Dr. Szakács Zoltán, Dr. Garamvölgyi György

Korszerű fogamzásgátlás

A fogamzásgátlás a negatív családtervezés része, vagyis a nem kívánt terhességek megelőzése a szexuálisan aktív életperiódusban. Lehetőség szerint mindig az adott párra tervezzük meg. Ha röviden áttekintjük az ideális fogamzásgátlással szemben támasztott követelményeket, látni fogjuk, hogy ilyen jelenleg még nincs:

- legyen teljesen megbízható
- alkalmazása legyen egyszerű, mindenki által könnyen és biztonságosan elsajátítható

- legyen olcsó
- legyen tartósan alkalmazható
- ne legyen szövődménye, káros következménye (mivel egészséges, panasztmentes emberek használják, ez utóbbi különösen fontos)
- ne befolyásolja károsan a későbbi fertilitást

- ha használata ellenére mégis conceptio történik, ne károsítsa a születendő magzat egészségét
- ne legyen illúziórontó

A fogamzásgátló módszerek hatékonyságát a Pearl-indexszel jellemezzük, mely a 100 asszonyra jutó terhességek számát adja meg (vagyis 100, az adott módszert egy évig alkalmazó nőnél előforduló terhességek száma).

Mechanikai módszerek:

Condom: a péniszt teljesen beborító, gumiból vagy latexből készült eszköz, mely megakadályozza az ondó kiürülését: gyakran spermicid anyagokkal kezelik. Pearl-indexe 2-10 között mozog. Használata az utóbbi időkből egyre inkább terjed – esetenként még tabletta-használók között is –, mivel védelmet nyújt a szexuális úton terjedő betegségek, így az AIDS ellen is.

Pessarium: gumiból vagy műanyagból készült gömbszerű alakú eszköz, melyet a hátsó hüvelyboltozat, illetve a symphysis közé kell helyezni, így elzárja a spermiumok útját. Ezt is gyakran kombinálják spermicid anyagokkal (Timidon zselé). Pearl-indexe 2-19. Hátránya a nehézkes alkalmazhatóság.

Cervix-sapka: hazánkban nem terjedt el, a portio vaginalist fedő eszköz.

Spermicid anyagok

A spermiumokat előlő, vagy mozgásukat megakadályozó anyagok (Timidon zselé, Delfen hüvelykrém, Pharmatex kúp, krém, illetve tampon), melyeket gyakran mechanikai módszerekkel kombinálnak. Pearl-indexe 3-18.

Hormonális fogamzásgátlók:

Kombinált (oestrogen-progesteron tartalmú) gyógyszerek: a fogamzásgátló hatás lényege, hogy a gonadotroph secretio elnyomásával megakadályozzák a folliculusok érését, illetve az ovulatiót, az endometriumon ún. pseudosecretios átalakulást hoznak létre, így megakadályozzák az implantációt, a cervixnyákot alkalmatlanná teszi a spermiumok penetrációjára, valamint előnytelenül változtatják meg a tuba uterina motilitását.

Fontos tudni, hogy a korábbi, nagy hatóanyag-tartalmú, így viszonylag sok mellékhatással terhelt készítményekhez képest a mai tabletták oestrogen-tartalma kb. ötödére csökkent (0,150 mg-ról 0,020-0,035 mg-ra). Maga a hatóanyag majdnem mindegyik készítményben azonos (etinil-oestradiol). A gestagenek esetében viszont már a harmadik generáció jelent meg, melyek hatása egyre erősebb és szelektívebb, így dózisukat 10 mg-ról 0,01-1,0 mg-ra lehetett csökkenteni.

A kombinált tabletták esetében két alapvető csoportról beszélhetünk: a monofázisos készítmények: a szedés 21 napja alatt a két alkotóvegyület dózisa változatlan, a bifázisos- vagy trifázisos szerek a ciklust két vagy három részre bontják, s a hatóanyagok adagja az életani változásokhoz hasonlóan emelkedik, illetve csökken – ezek kisebb mértékben sorvasztják az endometriumot, mint monofázisos társaik.

Az orális fogamzásgátlók hatékonysága a művi meddővé tétel után a legjobb, Pearl-indexük 0,005-0,5. Igen fontos, hogy az első felírást mindig nőgyógyászati vizsgálat kell, hogy megelőzze, melynek elengedhetetlen része a kolposcopos, cytológiai és a mamma-vizsgálat.

A kedvezőtlen mellékhatások között előfordulhat áttöréses vérzés, mely a

szedés első három hónapjában viszonylag gyakrabban jelentkezhet, ezután általában spontán rendeződik. Okaként a bevitt oestrogen miatt csökkenő gonadotrophin-szintek miatt csökkenő össz-oestrogen szintek szerepelnek, ritkán olyan súlyos, hogy a készítmény abbahagyását indokolná. Ismételt előfordulás esetén nagyobb hormontartalmú készítményre való áttérés indokolt. A hosszabb idejű szedés után fellépő áttöréses vérzés inkább a gestagenek által okozott endometrium-elvékonyodás, atrophianak tudható be. Ezzel ellentétben néha a szedés szünetében sem jelentkezik menstruatio (II. amenorrhoea). Ilyenkor először természetesen esetleges graviditást kell kizárni. A vérzéskimaradás szintén az endometrium-atrophia eredménye, ismételt előfordulása a fázisos készítményekre történő áttérés javallata. A tablettaszedés abbahagyása után időnként felléphet ún. post-pill amenorrhoea, különösen olyan nőknél, akiknél a gyógyszer szedése előtt is raromenorrhoea vagy rendszertelen vérzés fordult elő. Ezeket a betegeket a gyógyszer elkezdése előtt célszerű erre az eshetőségre figyelmeztetni. Más oldalról viszont éppen a rendszertelen menstruatio esetén a tabletta által biztosított rendszeres, 28 naponkénti menstruatio terápiás értékű. Azt se feledjük, hogy a post-pill amenorrhoea gyógyszeres kezeléssel könnyen megszüntethető, a másik oldalon viszont az esetleges nem kívánt terhesség, majd sok esetben a terhesség-megszakítás áll. Főként az első hónapokban fordulhat elő émelygés, nausea, fejfájás, mellfeszülés, ezek is a legtöbb esetben maguktól megszűnnek. A korábbi, nagyobb hormontartalmú szerekkel ellentétben a mai gyógyszerek ritkán és viszonylag csekély mértékben okoznak súlygyarapodást (néhány kg), mely a szedés abbahagyása után gyorsan rendeződik.

A legsúlyosabb szövődmény kétségkívül a thromboemboliás megbetegedés. Az oestrogen-tartalom csökkenésével gyakorisága lényegesen kisebb lett, de a veszély sajnos nem szűnt meg teljesen. Familiaris dispositio esetén (egyenes ágú rokonoknál, fiatal korban kialakult thrombosis vagy embolia) lehetősége nagyságrendekkel emelkedik, ezért a felírást megelőző anamnesis-felvételnek erre mindenképp ki kell terjednie! Laboratóriumban a Leiden-mu-

Dr. Szakács Zoltán
Dr. Garamvölgyi György
Schöpf-Mérei Ágost Kórház
és Anyavédelmi Központ
1092 Budapest, Bakáts tér 10.

táció vizsgálata adhat fontos támpontot. Gondolni kell a fokozott kockázatra hypertonia, diabetes mellitus, hypercholesterinaemia, valamint 35 év feletti dohányzók esetében.

Ne feledkezzünk meg – bár gyakorta megesik – a hormonális fogamzásgátlók kedvező hatásairól. Köszönhetően az ovulációgátlásnak, szedésük alatt gyakorlatilag nem fordul elő méhen kívüli terhesség, jelentősen csökken a dysmenorrhoeás panaszok száma és erőssége, a menstruatio rövidebb és gyengébb (az endometrium-hatás miatt). Számos közlemény szerint jóval kevesebb az ún. kismencedei gyulladásos megbetegedés, mint a gyógyszert nem szedők között. Az utóbbi időkben számos nagy statisztikai felmérés igazolta, hogy a gyógyszereszedők között lényegesen kevesebb az endometrium- és ovarium carcinomás megbetegedés, ez a védőhatás a gyógyszeresedés abbahagyása után még 5 évig kimutatható. Ezekon kívül csökken a benignus emlőcysták száma is.

Fontos, hogy tisztában legyünk azokkal az állapotokkal, melyekben a gyógyszer nem szedhető:

Abszolút kontraindikációk:

- terhesség
- tisztázatlan eredetű vérzési rendellenességek
- az anamnesisben thromboemboliás betegség, bizonyított thrombophiliás hajlam, fennálló nagymértékű varicositas

– cardiovascularis megbetegedések: veleszületett vagy szerzett vitiumok, hypertonia

– acut vagy chronicus májbetegség, az előzményben terhességi cholestasis

– súlyos vesebetegség

– egyes szemészeti betegségek: thrombosis arteria centr. retinae, retrobulbaris neuritis, papillaoedema

– hypercholesterinaemia, hyperlipidaemia, hypertriglyceridaemia

Relatív kontraindikációk:

– hypoplasia uteri, ha a rendszeres menstruatio 2 éven belül nem állt be

– myoma uteri

– diabetes mellitus

– terhesség alatt súlyosbodó megbetegedések: SLE, epilepsia, sclerosis multiplex

– tervezhető műtétek előtt és közvetlenül utánuk

– 35 éven felüli dohányzók

– súlyos migraine

Csak gestagen-tartalmú fogamzásgátlók (minipill): a csak kis dózisú gestagent tartalmazó készítmények nem ovulációgátlók, támadási pontjaik az

endometrium pseudosecretios átalakítása, a cervix nyák átjárhatóságának csökkentése. A tény, hogy nem tartalmaznak oestrogent, azt az előnyt biztosítja, hogy lactatio alatt, illetve olyan esetekben is használhatóak, amikor a kombinált készítmények kontraindikáltak. Hátrányuk a gyengébb cikluskontroll (gyakoribb köztüverzés). Használatának sajátossága, hogy szedése közben nem kell szünetet tartani. Pearl-indexük valamivel gyengébb, mint a kombinált gyógyszereké, ezért a szoptatás befejezése után általában áttérünk ez utóbbiakra.

Esemény utáni (postcoitalis vagy sürgősségi) fogamzásgátlás: az aktus után 72 órával, majd 12 óra múlva kell bevenni a megfelelő adagot. Igen lényeges (amit azonban sokan nem tartanak be), hogy valóban csak egyes alkalmakkor használják ezt a módszert, rendszeres alkalmazás esetén hatásfokuk jelentős mértékben gyengébb.

Elhúzódo hatású (depot) készítmények: csak progesteront tartalmazó, elhúzódo felszívódású, illetve felszabadulású progesteront tartalmazó készítmények, egyszeri (majd megfelelő időnként ismételt) intramuscularis injectio 3 hónapra, vagy subdermálisan beültetett capsula 5 évre biztosít fogamzásgátlást. Hatásuk megegyezik az egyéb módszerekével, a tuba motilitást azonban nem befolyásolják. Alkalmazható olyan esetekben, amikor az oestrogen-tartalmú gyógyszerek kontraindikáltak. Hátrányuk a gyengébb cikluskontroll, ilyenkor akár kiegészítésképpen oestrogént kell alkalmazni a vérzészavar megszüntetésére, abbahagyás után esetenként igen lassan (1-1,5 év) tér csak vissza a termékenyítőképeség: a capsula beültetése kisebb műtéti beavatkozást igényel. Fontos, hogy jól használhatóak nehezen kooperáló pácienseknél is.

Méhen belüli eszközök (IUD): a méh üregébe különböző alakú és méretű, műanyagból készült eszközt helyezünk fel, mely hatását localis idegentest-reactio révén fejt ki. A hatékonyság az uterusal érintkező felszín nagyságával van összefüggésben, így azt általában az összehűgésben, így azt kémiai anyagokkal (réz, ezüst vagy arany) növelik. A Pearl index 0,5-5 között változik, tehát valamivel az orális fogamzásgátlók alatt marad. Felhelyezés előtt kötelező a nőgyógyászati vizsgálat és rákszűrés, a hüvelyváladék vizsgálata. A felhelyezés során előfordulhat az uterus perforációja, a későbbiek során rendellenes vérzés. A kismencedei gyulladások aránya magasabb az IUD-t viselők körében: a méhen kívüli ter-

hességet nem akadályozza meg. IUD mellett fogant terhesség az átlagosnál gyakrabban végződik vetéléssel, előfordulhat septicus szövődmény is. Mivel extraovulárisan helyezkedik el, fejlődési rendellenesseget nem okoz, használata elsősorban azoknál javasolt, akik már túl vannak a tervezett szülésszámon, vagy valamilyen ok miatt nem szedhetnek gyógyszert. Viselésük nem javasolt tisztázatlan eredetű vérzés, myoma, genitális carcinoma, fennálló vagy recidív kismencedei gyulladás esetén, valamint nem szült nőknél. Méhen belüli rendszer (IUS): van olyan IUD, amelyből naponta meghatározott mennyiségű progesteron szabadul fel. A progesteronnal kombinált intrauterin rendszer hatékonysága megközelíti a művi meddővé tételt. Alkalmos még hypermenorrhea kezelésére is, mivel jelentős mértékben csökkenti, az esetek 20%-ában pedig fel is függeszti a menstruációt.

Művi meddővé tétel: a beavatkozás során a petevezetőket zárjuk el coagulatio, átvágás, lekötés, vagy műanyag clip, esetleg szilikongyűrű segítségével. Messze a leghatékonyabb módszer, de minimális hiba még itt is előfordulhat, a tuba uterinák recanalizációja révén. Fontos, hogy az ovulatio, illetve a menstruációs ciklus nem változik. Az engedély abban az esetben adható ki, ha a nő 35. életévét betöltötte, vagy három saját élő gyermeke van. A kérelem beadásához legalább 3 hónap várakozási időnek kell eltelnie. Ettől csak abban az esetben lehet eltekinteni, ha ez idő alatt más okból hasi műtét válik szükségessé.

Fogamzásgátlás férfiaknál: a gyógyszeres módszerek libidócsökkentő hatásúak, ezért nem terjedtek el. Művi meddővé tételként a vasectomia jön számításba, vagyis a ductus deferensek mindkét oldali lekötsése és kimetszése. A műtét ambulanter végezhető, szövődménye gyakorlatilag nincs. A beavatkozás jogi feltételei megegyeznek a női művi meddővé tétel szabályaival.

Összefoglalás: cikkünkben áttekintjük a ma használatos fogamzásgátló módszereket. Röviden leírjuk hatásmechanizmusukat, kitérünk a hatásereőségre. Minden esetben részletezzük a javallatokat, valamint felsoroljuk az ellenjavallatokat is. Fontos, hogy mindezeket figyelembe véve, mindig az adott pár igényeihez, adottságaihoz és lehetőségeihez igazodva, egyénre szabottan történjék meg a fogamzásgátlási tanácsadás.