

Poznań, 24 grudnia 2003 roku

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy!

Święta Bożego Narodzenia to czas dzielony z najbliższymi, to kilka dni pięknie oprawionej wspólnej radości. Ale to także moment szczególnej refleksji, melancholii, przywoływania przeszłości i wspominania tych, którzy odeszli.

W tym roku, przy świątecznym stole zabraknie naszego serdecznego kolegi, niezastąpionego kompana, osoby twórczej i ważnej dla Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego – prof. Kazimierza Kamińskiego. Jestem przekonany, że wielu z nas w tym odświeżonym nastroju, choć przez chwilę o Nim pomyśli. Ja zrobię to na pewno. I nie tylko dlatego, by powspominać stare, dobre czasy, ale przede wszystkim po to, aby w chwili spokoju podumać i kilka spraw przemyśleć. Zastanowić się, w jaki sposób ominąć narastające trudności i wprowadzić w życie śmiałe idee i nowe pomysły, które były przecież także Jego udziałem, a których Kaziu, wspólnie z nami, już niestety nie zrealizuje.

Muszę przyznać, że w dzisiejszych, wyjątkowo trudnych i niezrozumiałych dla polskiej medycyny czasach, z dużym niepokojem spoglądam w przyszłość. Nie ukrywam, że martwią mnie przeszkody, które powodują, że młodym lekarzom coraz trudniej się rozwijać. Ufam jednak, że w nowym, nadchodzącym 2004 roku, członkowie PTG będą się trzymać razem i skupią się na solidnym i konsekwentnym realizowaniu obranej drogi i przyjętych, ambitnych celów.

Wierzę mi Państwo, to jedyny sposób, by z podniesioną głową stawić czoła zjednoczonej Europie. Już dziś więc cieszę się na myśl o wspólnych wyzwaniach z grupą o wyjątkowych możliwościach i umiejętnościach. I mam cichą nadzieję, że wszyscy członkowie PTG zaczną koncentrować swoje myślenie na tym, co chcieliby osiągnąć, a nie na tym, czego chcieliby uniknąć. Czego z całego serca Państwu i sobie życzę.

Prezes

*Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
Marek Spaczyński*



miralex
EKO GLOBULKI



Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie antykoncepcji

Zgodnie z treścią i duchem ogólnowsiatowych praw reprodukcyjnych każda kobieta ma prawo decydować czy chce mieć dzieci, w jakich odstępach czasu i ile. Planowanie rodziny jest moralnym obowiązkiem i prawnym wymogiem w kształtowaniu postaw lekarzy i ich podopiecznych.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne powołało 24 października 2003 r. Komisję ds. Rekomendacji Antykoncepcji w składzie: prof. dr hab. Marian Szamatowicz, prof. dr hab. Marek Spaczyński, prof. dr hab. Romuald Dębski, prof. dr hab. Krzysztof Drews, prof. dr hab. Grzegorz Jakiel, dr n. med. Medard Lech, dr hab. Tomasz Niemiec, prof. dr hab. Stanisław Radowski, prof. dr hab. Tomasz Pertyński, dr n. med. Grzegorz Południwski, prof. dr hab. Piotr Skalba, prof. dr hab. Alina Szymankiewicz-Warenik.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne stoi na stanowisku, że nowoczesna i skuteczna antykoncepcja jest jedynym profilaktycznym przeciwdziałaniem ciąży niepożądanym i ich przerywaniu.

W Polsce są dostępne następujące sposoby antykoncepcji: metody okresowej abstynencji seksualnej, środki plemnikobójcze, prezerwatywy, wkładki wewnątrzmaciczne, preparaty zawierające jeden lub dwa składniki hormonalne w formie doustnej lub iniekcji.

Przy wyborze metody należy przede wszystkim uwzględnić jej skuteczność antykoncepcyjną (patrz aneks nr 1.). Należy także poinformować zainteresowanych o zasadach poprawnego i bezpiecznego stosowania.

Do oceny metod antykoncepcji stosuje się następujące kryteria medyczne:

- skuteczność,
- odwracalność,
- bezpieczeństwo,
- akceptacja,
- korzyści pozaantykoncepcyjne.

Ocena poszczególnych metod, wg kryteriów medycznych, znajduje się w aneksie nr 2.

Metodą antykoncepcji z wyboru u większości kobiet jest stosowanie nisko- i średniodawkowych dwuskładnikowych tabletek antykoncepcyjnych (DTA). Przepisywanie DTA musi być poprzedzone badaniem lekarskim. Badanie lekarskie przed włączeniem środka antykoncepcyjnego powinno obejmować:

- dokładny wywiad lekarski,
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- badanie piersi (zakres zależny od wieku pacjentki),

- badanie ginekologiczne połączone z pobraniem rozmazu cytologicznego.

Bezwzględными przeciwwskazaniami do stosowania DTA są:

- 1) ciąża,
- 2) nowotwory estrogenozależne,
- 3) ciężkie choroby wątroby,
- 4) choroby układu sercowo-naczyniowego i zakrzepica (w przeszłości lub obecnie),
- 5) otyłość (BMI powyżej 35),
- 6) nadciśnienie tętnicze,
- 7) długotrwałe unieruchomienie,
- 8) palenie papierosów (u kobiet po 35. roku życia).

Szczegółowe omówienie zasad bezpiecznego stosowania DTA przedstawione jest w aneksie nr 3.

Kolejną metodą antykoncepcji jest użycie progestagenów w postaci iniekcji oraz tabletek doustnych. Przeciwwskazania są takie same jak przy DTA. Dużej ostrożności wymaga stosowanie tej metody u kobiet z obniżonym nastrojem i depresją, z ryzykiem osteoporozy, a także u planujących ciążę w okresie krótszym niż 2 lata.

Wewnątrzmaciczne wkładki antykoncepcyjne nie powinny być stosowane u kobiet przed pierwszą ciążą oraz u kobiet z chorobami narządów płciowych.

Zalecenia dotyczące metod stosowania antykoncepcji w zależności od wieku i rodności pacjentek

Wybór metody, zwłaszcza u kobiet bardzo młodych, powinien uwzględniać wiele czynników, szczególnie nacisk należy położyć na wszystkie zasady bezpieczeństwa.

Zalecenie DTA u młodocianych należy indywidualizować i uzależnić od stopnia dojrzałości fizycznej i psychicznej oraz wpływu na zdrowie reprodukcyjne. Przy braku przeciwwskazań, generalnie należy uznać DTA jako metodę z wyboru dla

nieródek. Przy doborze metody należy uwzględnić też stosowanie prezerwatyw, środków plemnikobójczych oraz metody okresowej abstynencji. W tej grupie kobiet nie zaleca się stosowania wkładek domacicznych.

Dla kobiet, które rodziły i planują jeszcze macierzyństwo należy zalecać antykoncepcję w oparciu o DTA, ze wskazaniem



na preparaty nisko- i średniodawkowe. W wybranych sytuacjach dopuszczalne jest stosowanie wkładek domacicznych.

W grupie kobiet, które rodziły i nie planują już macierzyństwa zaleca się (uwzględniając wiek) stosowanie DTA z progestagenami II lub III generacji oraz wkładek domacicznych (w tym z levonorgestrellem).

Dla kobiet karmiących oraz kobiet w wieku powyżej 35. roku życia i palących papierosy, za bezpieczną i skuteczną antykoncepcję należy uznać tabletki i iniekcje zawierające wyłącznie progestagen oraz wkładki domaciczne.

W okresie przedmenopauzalnym stosowanie antykoncepcji odgrywa ważną rolę, gdyż kobieta przeważnie posiada już planowaną liczbę dzieci. Zalecane w tym okresie są dwa zasadnicze sposoby antykoncepcji:

- 1) DTA,
- 2) wkładki wewnątrzmaciczne (w tym zawierające levonorgestrel).

Antykoncepcja w wieku przedmenopauzalnym może być zastosowana po dokładnej analizie ewentualnego ryzyka. Dodatkowymi korzyściami, poza antykoncepcją, jest regulacja zaburzonych w tym okresie życia cykli miesięcznych, zmniejszenie obfitości krwawień i zabezpieczenie przed rozrostami endometrium. W tej grupie kobiet zaleca się podawanie nisko- i średniodawkowych DTA. Wkładka zawierająca levonorgestrel jest środkiem polecanym szczególnie u kobiet wymagających podawania progestagenów.

Antykoncepcja doraźna nie powinna być stosowana jako stała metoda planowania rodziny. Jej wartością jest zapobieganie niepożądaney ciąży w sytuacjach szczególnych.

Nie ma uzasadnienia medycznego do zalecania przerw w stosowaniu antykoncepcji hormonalnej, jeżeli istnieje nadal potrzeba zapobiegania ciąży.

Aneks nr 1

NIEPOWODZENIA W TRAKCIE STOSOWANIA POSZCZEGÓLNYCH METOD ANTYKONCEPCJI (WSKAŹNIK PEARLA – liczba ciąż mimo stosowania danej metody antykoncepcji w przeliczeniu na 100 kobiet stosujących daną metodę przez pierwsze 12 miesięcy)*

Metoda antykoncepcyjna	Przy skrupulatnym przestrzeganiu wszystkich zaleceń dotyczących stosowania danej metody	Przy niepełnym przestrzeganiu wszystkich zaleceń dotyczących stosowania danej metody
tabletki antykoncepcyjne		
dwuskładnikowe E+P	0,1	6,0–8,0
iniekcje hormonalne typu <i>depot</i>	0,3	0,3
tabletki antykoncepcyjne jednoskładnikowa (P) (skuteczność oceniana u kobiet w okresie laktacji)	0,5	1,0
antykoncepcyjna wkładka domaciczna	0,6	0,8
prezerwatywa męska	3,0	14,0
środki plemnikobójcze	6,0	26,0
metody okresowej abstinencji	1,0–9,0	20,0
współżycie bez zabezpieczenia	85,0	85,0

*Źródło: Hatcher RA, et al. *The Essentials of Contraception Technology*. Baltimore, John Hopkins University, Population Information Program, 2001

Aneks nr 2

KRYTERIA DOBORU POSZCZEGÓLNYCH METOD ANTYKONCEPCJI

Metody okresowej abstinencji:

- skuteczność – dość niska (wskaźnik Pearla od 1,0 do 20,0),
- odwracalność – całkowita,
- bezpieczeństwo – pełne,
- akceptacja – zróżnicowana,
- inne korzyści – brak wymiernych korzyści.

Dwuskładnikowe tabletki antykoncepcyjne (DTA):

- skuteczność – wysoka (wskaźnik Pearla od 0,1 do 8,0),
- odwracalność – pełna,
- bezpieczeństwo – wysokie,

- akceptacja – duża,
- inne korzyści – duże.

Iniekcje antykoncepcyjne typu *depot*:

- skuteczność – bardzo wysoka (wskaźnik Pearla 0,3),
- odwracalność – pełna (czasami powrót płodności może nastąpić w wydłużonym okresie),
- bezpieczeństwo – wysokie,
- akceptacja – duża,
- inne korzyści – duże.



Wewnątrzmaciczne

wkładki antykoncepcyjne:

- ▀ skuteczność – wysoka (wskaźnik Pearl'a 0,6–0,8),
- ▀ odwracalność – niepełna (z uwagi na możliwość wystąpienia zakażeń narządu rodniczego lub ciąży ektopowej),
- ▀ bezpieczeństwo – wysokie,
- ▀ akceptacja – duża,
- ▀ inne korzyści – wkładka z progestagenem może być alternatywą dla tabletek antykoncepcyjnych.

Środki plemnikobójcze i prezerwatywy:

- ▀ skuteczność – niezbyt wysoka (wskaźnik Pearl'a dla prezerwatywy od 3,0 do 14,0, dla środków plemnikobójczych od 6,0 do 26,0),
- ▀ odwracalność – pełna,
- ▀ bezpieczeństwo – wysokie,
- ▀ akceptacja – zróżnicowana,
- ▀ inne korzyści – prezerwatywy – profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową.

Aneks nr 3

KLASYFIKACJA PRZECIWWSKAZAŃ DO STOSOWANIA DTA wg WHO (Atlanta 1994 WHO/FRH/FPP/96.9). Uprościć dokonał J. Guillebaud

Według tej klasyfikacji wszystkie pacjentki można podzielić na 4 grupy, w zależności od niewystępowania lub występowania przeciwwskazań.

Grupa I – u tych pacjentek można stosować wszystkie DTA, nie ma żadnych przeciwwskazań.

Grupa II – u tych pacjentek, w większości przypadków, można stosować DTA, bowiem korzyści z ich stosowania przewyższają możliwe lub udokumentowane ryzyko.

Do tej grupy można zaliczyć kobiety chore na AIDS/HIV, astmę, chorobę Gilberta, wrodzony obrzęk limfatyczny, stwardnienie rozsiane, miastenię, chorobę Reynauda, choroby wymagające dializoterapii, reumatoidalne zapalenie stawów, sarkoidozę oraz nowotwory hormononiezależne.

Grupa III – u tych pacjentek DTA można stosować wyłącznie z zachowaniem wielkiej ostrożności. W tej grupie kobiet możliwe lub udokumentowane ryzyko zazwyczaj przewyższa korzyści.

Uwzględniając autonomię pacjentki, jeżeli akceptuje ona ryzyko i nie chce lub nie powinna stosować metod alternatywnych, DTA można zastosować z zachowaniem ostrożności i szczególnej uwagi.

Do tej grupy można zaliczyć kobiety chore na nadciśnienie pierwotne przy wartościach niższych niż 160/100, kobiety, u których w ciąży występowało nadciśnienie tętnicze, kobiety w okresie remisji nowotworów estrogenozależnych, kobiety z rzadkim miesiączkowaniem lub brakiem miesiączki, a także kobiety z hiperprolaktynemią, depresją, łagodną postacią toczenia rumieniowego (bez obecności przeciwciał antyfosfolipidowych). Do tej grupy kobiet zalicza się również kobiety, którym usunięto śledzionę (przy ilości płytek poniżej 500.000/ml), a także kobiety w trakcie ostatecznego leczenia CIN lub po leczeniu tego typu zmian.

Grupa IV – u tych pacjentek nie wolno stosować DTA, bo ryzyko dla ich zdrowia związane ze stosowaniem tej metody jest nie do przyjęcia.

1. Choroby układu sercowo-naczyniowego w przeszłości lub występujące aktualnie:

- 1.1. incydent zakrzepicy żyłnej lub tętniczej w przeszłości,
- 1.2. choroba niedokrwienna serca lub dławica piersiowa, kardiomiopatie,
- 1.3. poważne lub połączone ryzyko chorób żył lub tętnic (zaburzenia krzepnięcia u rodziców lub rodzeństwa

przed ukończeniem 45. roku życia), otyłość dużego stopnia (BMI>35), długotrwałe unieruchomienie w łóżku, przebyta zakrzepica, miażdżycowy profil lipidów, palenie (powyżej 40 papierosów na dzień), ciężka cukrzyca, nadciśnienie tętnicze >160/100 mmHg (potwierdzone w dwóch badaniach),

1.4. wrodzone trombofilie z nieprawidłowymi stężeniami poszczególnych czynników krzepnięcia i obecnością przeciwciał antykarbolidopidowych,

1.5. inne znane czynniki predysponujące do zakrzepicy (czerwieńca, ciężka postać tocznia rumieniowego, stan po wycięciu śledziony, wieloguzkowe zapalenie tętnic),

1.6. planowana duża operacja lub operacja kończyn (4 tygodnie przed i 2 tygodnie po operacji), unieruchomienie kończyn, przebywanie na dużych wysokościach (powyżej 4 500 m n.p.m.),

1.7. ciężkie zapalne choroby jelit,

1.8. migrena ogniskowa i stan migrenowy wymagający leczenia ergotaminą,

1.9. przejściowe napady niedokrwienne,

1.10. przebyty krwotok mózgowy,

1.11. większość zastawkowych wad serca, napadowe lub utrwalone zaburzenia rytmu, wada przegrody międzyprzedsionkowej, nadciśnienie płucne.

2. Choroby wątroby:

2.1. aktywna postać chorób wątroby,

2.2. przebyta żółtaczka cholestatyczna (w ciąży lub po DTA),

2.3. gruczolak i rak wątroby,

2.4. kamica żółciowa,

2.5. ostra porfiria.

3. Zaburzenia spowodowane działaniem hormonów płciowych:

3.1. płasawica,

3.2. nadciśnienie tętnicze indukowane przyjmowaniem DTA,

3.3. ostre zapalenie trzustki związane z trójglicerydemią.

4. Ciąża lub podejrzenie ciąży.

5. Krwawienie z dróg rodnych o nieustalonej etiologii.

6. Nowotwory złośliwe estrogenozależne.

7. Różne:

7.1. nadwrażliwość na składniki DTA,

7.2. zespół hemolityczno-mocznicowy,

7.3. przebyte łagodne nadciśnienie wewnątrzczaszkowe,

7.4. przejściowa całkowita utrata widzenia (oznaczająca przeważnie przejściowe niedokrwienie siatkówki).

