UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”
FACULTATEA: PSIHOLOGIE ŞI PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ
CATEDRA: ASISTENŢĂ SOCIALĂ

DUMITRU CARATA

SĂNĂTATEA REPRODUCERII

CHIŞINĂU 2023

Sănătatea reproducerii **(**Curs universitar)

Autor:

Dumitru Carata, doctor în medicină, conferenţiar universitar. Catedra Asistenţă Socială, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chişinău, Moldova

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii din Republica Moldova
Carata, Dumitru.
Sănătatea reproducerii / Dumitru Carata ; Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă", Facultatea Psihologie și Psihopedagogie Specială, Catedra Asistenţă Socială. – Chişinău : S. n., 2023 (CEP UPSC). – 125 p.
Cerinţe de sistem: PDF Reader.
Bibliogr.: p. 125.
ISBN 978-9975-46-743-8 (PDF).
612.6(075.8)
C 23

Centrul Editorial-Poligrafic al Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”din Chișinău, str. Ion Creangă, nr. 1, MD-2069

CUPRINS:

1. Strategii generale de ameliorare în sănătatea reproducerii.....4
2. Noțiuni generale privind concepţia și contracepția.....8
3. Metoda de planificare familială naturală 17
4. Contraceptivele orale.....27
5. Contraceptivele injectabile.....41
6. Dispozitivele intrauterine.....52
7. Metoda de barieră şi spermicidele 63
8. Contracepția de urgență.....80
9. Sterilizarea chirurgicală.....90
10. Avortul.....101
11. Infecţiile cu transmitere sexuală.....110
12. Bibliografia……...125

Tema 1. Strategii generale de ameliorare în sănătatea reproducerii.

Societatea umană există datorită capacităţii de perpetuare a vieţii prin funcţia reproductivă. Numărul sporit de avorturi, începutul precoce a vieţii sexuale, răspândirea bolilor sexual transmisibile – toate au contribuit la deteriorarea sănătăţii de procreare.

În ultimul timp în R. Moldova, din cauza lipsei de informaţie despre planificarea familiei s-a înregistrat creşterea numărului de avorturi şi de cazuri de infertilitate, răspândirea infecţiilor cu transmitere sexuală.

Sănătatea reproducerii este o parte componentă a sănătăţii societăţii şi include sănătatea sexuală care este o bunăstare fizică, psihică şi socială.

Sănătatea reproducerii presupune libertatea oamenilor de a avea o viaţă sexuală satisfăcătoare şi fără risc, precum şi cea de-a alege timpul şi frecvenţa reproducerii.

Ultima condiţie presupune dreptul femeii şi al bărbatului de-a cunoaşte şi de-a alege metode sigure, eficiente şi accesibile de contracepţie, dreptul de-a avea acces la serviciile de specialitate, care le-ar garanta femeilor o sarcină şi naştere reuşită, şi respectiv, le-ar oferi cuplurilor garanţia şi bucuria de-a avea un copil sănătos.

Sănătatea reproductivă presupune existenţa şi aplicarea unui complex de metode, mijloace şi servicii ce ar preveni şi înlătura toate problemele legate de acest tip de sănătate.

Sănătatea reproducerii include şi sănătatea sexuală, care asigură existenţa unor relaţii interpersonale armonioase.

Sănătatea reproductivă reflectă starea sănătăţii din adolescenţă şi cea de maturitate.

Ea este rezultatul unor servicii de sănătate calitative, dar şi al altor factori, cum ar fi:

- Calitatea vieţii;
- Starea materială;
- Educaţia;

- Condiţia socială;
- Relaţiile din familie;
- Relaţiile din societate;
- Relaţiile dintre sexe.

De fapt Sănătatea reproductivă presupune posibilitatea de-a avea un copil sănătos la timpul dorit, dar şi cea de a evita sarcinile nedorite sau cele cu risc.

Povara problemelor sănătăţii reproductive revine, în mare măsură, femeilor, ele sunt supuse riscului complicaţiilor în timpul sarcinii şi al naşterii, riscul prevenirii unei sarcini nedorite, ele suportă consecinţele unui avort efectuat în condiţii de nesiguranţă, sunt supuse riscului infecţiilor cu transmitere sexuală şi sunt cele care folosesc, de cele mai dese ori, contraceptive.

Sexualitatea umană şi relaţiile acestora, uneori necontrolate, dintre sexe afectează sănătatea reproductivă a femeii şi bărbatului. Ea presupune şi posibilitatea femeii de-aşi controla propria viaţă, fiind-ui asigurat accesul la resurse, la educaţie şi la o muncă remunerată.

Aceleaşi condiţii sunt valabile şi pentru planificarea familiei, care la fel prevede accesul liber al femeilor la servicii sigure şi fără risc:

- Pe durata sarcinii, în timpul naşterii şi după naştere
- Alegerea şi utilizarea metodelor sigure de contracepţie(de reglare a fertilităţii).
- Întreruperea sarcinii.
- Prevenirea, depistarea şi tratamentul infecţiilor cu transmitere sexuală.
- Tratamentul inflamaţiilor organelor bazinului mic.

Planificarea familială ajută cuplurile să-şi regleze şi să-şi controleze fertilitatea. Ea le oferă posibilitatea de a avea copii atunci când doresc de-ai naşte şi creşte în siguranţă.

Legea cu privire la ocrotirea sănătăţii reproductive şi planificarea familială prevede un şir de drepturi recunoscute persoanelor în legătură cu reproducerea lor şi planificarea familială.

Aceste drepturi se referă la:

- luarea liberă a deciziei referitoare la reproducerea (art.5), prin aceasta garantându-se libera apreciere a persoanelor în ceea ce priveşte numărul copiilor lor şi timpul naşterii acestora, precum şi neamestecul statului în problemele ce ţin de reproducere;
- informarea persoanelor asupra sănătăţii lor reproductive şi planificării familiale (art.6), serviciile de ocrotirea a sănătăţii reproductive şi de planificare familială care stau la dispoziţia oricui (art.7);
- confidenţialitatea informaţiilor legate de reproducţie (art.12);

Realizarea acestor drepturi este asigurată după cum rezultă din articolul 13 al legii care include mai multe componente, printre care: formarea unor atitudini conştiente a persoanelor faţă de naşterea copiilor sănătoşi şi doriţi prin asistenţa pedagogică şi psihologică.

Federaţia Internaţională de Planificare a Familiei (FIPF)

a elaborat „Statutul cu privire la drepturile sexuale şi de reproducere„. Statutul include următoarele drepturi:

- **Dreptul la viaţă,** care înseamnă că viaţa femeii nu trebuie expusă riscului din cauza sarcinii.
- **Dreptul al liberate şi securitate a personalităţii,** care recunoaşte că femeia în nici un caz n trebuie să fie expusă constrângerii la relaţii sexuale, sarcină, sterilizare sau avort.
- **Dreptul la egalitate şi independenţă de orice forme de discriminare,** inclusiv în viaţa sexuală şi reproductivă.
- **Dreptul la neamestec în viaţa particulară şi la confidenţialitate,** ceea ce înseamnă alegerea de reproducere independentă şi acordarea confidenţială a tuturor serviciilor în domeniul protecţiei sănătăţii reproductive.
- **Dreptul la independenţa convingerilor,** care include independenţa de interdicţii, convingeri religioase, filozofie şi obiceiuri ca instrumente de limitare a independenţei gândului şi acţiunilor în problemele comportării de reproducere şi sănătăţii reproductive.

- **Dreptul la informaţie şi instruire** în privinţa sănătăţii reproductive, care include accesul la informaţia deplină, inclusiv despre priorităţile, riscul şi eficacitatea tuturor metodelor contraceptive care permit luarea în mod liber şi răspunzător a deciziilor ce ţin de viaţa reproductivă.
- **Dreptul de a lua decizia cu privire la încheierea sau neîncheierea căsătoriei, formarea familiei şi planificarea acesteia.**
- **Dreptul de a lua decizia de avea sau nu copii, precum şi în privinţa timpului de naştere a acestora.**
- **Dreptul la asistenţă medicală şi ocrotire a sănătăţii** care include dreptul la o calitate înaltă a asistenţei şi dreptul la independenţa de deprinderi care aduc daune sănătăţii.
- **Dreptul la folosirea realizărilor progresului ştiinţific** prin care se subînţelege dreptul de acces la tehnologii noi, inofensive, eficiente şi aplicabile.
- **Dreptul la libertatea adunărilor şi participare în activitatea politică,** care include dreptul tuturor oamenilor de a căuta modalităţi de influenţare asupra societăţii şi guvernului în vederea protejării sănătăţii reproductive şi a drepturilor reproductive.
- **Dreptul la independenţă de tratament crud şi înjositor şi violenţă,** care include dreptul tuturor femeilor, bărbaţilor şi tineretului la protecţie în faţa violenţei, urmăriri sexuale, exploatare şi insultare.

Programul Naţional de asistenţă în planificarea şi protejarea sănătăţii reproductive are prin excelenţă sarcina de a susţine familiile şi în special femeile în dorinţa lor de a avea copii, prin metode de consiliere şi asistenţă şi de a stimula atitudinea responsabilă a părinţilor faţă de viitorul copil. Fiecare copil are dreptul de a nu fi rodul întâmplării şi de a se naşte în condiţii familiale adecvate.

Crearea şi dezvoltarea diferitor servicii de planificare familială şi sănătate reproductivă în vederea scăderii numărului de sarcini nedorite, deci atât a numărului de copii abandonaţi, cât şi a numărului mare de avorturi şi al complicaţiilor acestora.

Tema 2. Noțiuni generale privind concepţia și contracepția.

Planificarea familială este un complex de măsuri profilactice şi informativ – educaţionale îndreptat spre formarea unei atitudini responsabile şi sigure în comportamentul sexual, preîntâmpinarea unei sarcini nedorite sau cu risc înalt, protejarea faţă de maladiile sexual transmisibile, reducerea mortalităţii, morbidităţii materne şi infantile, formarea unui mod sănătos de viaţă.

Formarea modului sănătos de viaţă se bazează pe promovarea factorilor de sănătate şi excluderea concomitentă a factorilor de risc.

Factorii de sănătate:

- Activitatea de muncă înaltă, satisfacerea în muncă;
- Confortul fizic şi spiritual, dezvoltarea armonioasă a capacităţilor fizice şi intelectuale;
- Poziţia de viaţă activă, optimismul social, nivel de cultură înalt;
- Activismul fizic înalt;
- Alimentaţie raţională echilibrată;
- Relaţii familiare normale, trai bine organizat;
- Ereditate sănătoasă.

Factorii de risc

- Activitatea joasă în muncă, nesatisfacerea în muncă;
- Pasivitate, disconfort, tensiune neuro-emoţională şi psihică;
- Activism social scăzut, nivel de cultură redus;
- Activismul fizic scăzut, hipodinamic;
- Alimentaţie iraţională, neechilibrată. Fumatul, abuzul de alcool, folosirea drogurilor;
- Relaţiile de familie tensionate, trai nesănătos;
- Risc genetic.

Pentru formarea modului sănătos de viaţă ca bază a modului obişnuit de viaţă, savanţii, medicii au stabilit **10 norme prioritare:**

1. Respectarea regulilor igienice şi tehnicii securităţii.

2. Însuşirea metodelor de efectuare corectă a tratamentului psiho-igienic şi psiho-terapeutic.
3. Abandonarea tabagismului.
4. Alimentaţia raţională, calitativă, prin respectarea regimului.
5. Reducerea consumului de alcool în cazul persoanelor sănătoase şi excluderea lui de către bolnavi, evitarea substanţelor toxice.
6. Participarea adecvată în dispensarizare.
7. Adresarea la timp la medic.
8. Activitatea fizică şi intelectuală permanentă pe măsura posibilităţilor.
9. Dezvoltarea spiritului de a fi de folos societăţii.
10. Cunoaşterea metodelor de acordare a asistenţei premedicale.

Stilul de viaţă este un factor determinant al stării de sănătate a unei populaţii. El are următoarele componente:

- obiceiuri alimentare şi consum de alcool;
- fumatul;
- stresul;
- utilizarea drogurilor;
- comportament sexual;
- activitate fizică;
- riscuri în timpul liber.

Planificarea familiei este necesară:

- pentru naşterea unor copii doriţi şi sănătoşi;
- pentru păstrarea sănătăţii femeii;
- pentru atingerea armoniei în relaţiile psiho-sexuale în cadrul familiei;
- pentru îndeplinirea planurilor de viaţă. Pentru ca calitatea de părinte să fie de răspundere, pentru ca pe lume să apară copii doriţi şi sănătoşi, fiecare om contemporan trebuie să ştie cum să-şi păstreze sănătatea sa reproductivă:
- vârsta optimală pentru naşterea copiilor - 20-35 ani. Este demonstrat faptul că dacă sarcina survine mai devreme sau mai târziu, atunci ea decurge cu un

mare număr de complicaţii şi probabilitatea ca sănătatea mamei şi a copilului să fie dereglată este mai mare;

- intervalele între naşteri se recomandă să fie de nu mai puţin de 2-2,5 ani, ceea ce permite femeii să-şi restabilească puterile pentru naşterile viitoare, să-şi păstreze sănătatea sa şi a viitorilor copii;
- avortul - cea mai periculoasă metodă de dirijare a natalităţii, el poate fi evitat cu ajutorul metodelor contraceptive moderne;
- dacă totuşi sarcina nedorită a survenit şi femeia a decis să apeleze la avort, este necesar de adresat la medic cât mai devreme - aceasta va reduce riscul posibililor complicaţii în timpul şi după avort;
- după naştere şi avort femeia poate să rămână gravidă până la prima menstruaţie, din această cauză trebuie selectat o metodă contraceptivă sigură până la reînceperea vieţii sexuale;
- infecţiile care se transmit pe cale sexuală deseori constituie cauza sterilităţii la bărbaţi şi femei;
- contracepţia face viaţa intimă mai armonioasă, elimină grijile şi tulburările inutile.

Drepturile în domeniul reproducerii cuprind anumite drepturi ale omului deja recunoscute în legislaţiile naţionale, în documentele internaţionale referitoare la drepturile omului şi în alte documente de consens relevante. Aceste drepturi se bazează pe recunoaşterea dreptului fundamental al tuturor cuplurilor şi indivizilor de a decide liber şi responsabil asupra numărului de copii, intervalului dintre naşteri şi momentul naşterii, şi de a avea informaţiile şi mijloacele să facă acest lucru, şi dreptul de a atinge cel mai înalt standard al sănătăţii sexuale şi reproductive.

Asistenta în sănătatea reproducerii şi sexualităţii, incluzînd serviciile şi informaţiile de planificare familială, este recunoscută nu doar ca o intervenţie activă esenţială pentru îmbunătăţirea sănătăţii femeilor şi copiilor, dar şi ca un drept al omului. În procesul de selectare a metodelor de planificare familială toţi

indivizii au dreptul de a avea acces, de a alege şi de a beneficia de progresul ştiinţific.

În ultimii 30 de ani s-au făcut progrese semnificative în dezvoltarea noilor tehnologii contraceptive, inclusiv trecerea de la contraceptivele orale combinate cu doză crescută la cele cu doză redusă şi de la dispozitivele intrauterine (DIU) inerte la dispozitivele intrauterine (DIU) cu cupru şi DIU cu levonorgestrel. Totuşi, în unele ţări, politicile actuale şi practica asistenţei medicale se bazează pe studii ştiinţifice referitoare la unele preparate contraceptive care nu se mai utilizează pe scară largă, pe temeri teoretice îndelungate care nu au fost dovedite niciodată, sau pe preferinţa sau înclinaţia personală a furnizorilor de servicii. Consecinţa acestor politici sau practici învechite este de multe ori limitarea atât a calităţii cât şi a accesului pacienţilor la serviciile de planificare familială.

Progresele înregistrate în ultimele decade în domeniul cunoaşterii, cercetării şi dezvoltării ştiinţifice au dus la diversificarea continuă a gamei noilor metode contraceptive disponibile pentru alegere şi la îmbunătăţirea siguranţei şi eficienţei metodelor existente. Totuşi cel puţin 350 milioane de cupluri din lumea întreagă (dintre care multe doresc să amâne sau să prevină o nouă sarcină) nu au încă acces la întreaga gama de metode moderne de planificare familială, în pofida dreptului lor individual de a beneficia de progresele ştiinţifice. Pentru a oferi, pacientelor posibilitatea alegerii contraceptivelor într-o manieră care respectă şi îndeplineşte aspectele legate de drepturile omului, este nevoie de o conduită care să le permită să facă o alegere informată. Totuşi, alegerea făcută de femei este deseori impusă sau limitată de factori direcţi sau indirecţi de natură socială, economică sau culturală. Procesul de alegere a metodelor de contracepţie necesită de obicei evaluarea comparativă a diferitelor metode, iar avantajele şi dezavantajele anumitor metode contraceptive depind de împrejurări, percepţii şi interpretări individuale. În furnizarea unor servicii de planificare familială de calitate furnizorii trebuie să respecte drepturile pacientei în domeniul reproducerii, incluzând facilitarea alegerii şi accesului prin promovarea deciziei contraceptive în contextul vieţii femeii.

Concepţia – este momentul central al reproducerii în care prin unirea spermei cu ovulul se formează zigotul (fertilizarea, fecundaţia).

Pentru a discuta despre concepţie trebuie mai întâi să oferim câteva date despre ciclul menstrual: acesta reprezintă perioada care începe cu prima zi de menstră şi durează până în momentul în care începe următoarea sângerare menstruala. În general se consideră ziua primei sângerări **ziua 1**. Teoretic, în situaţia unui ciclu menstrual de 28 de zile (varianta ideală), ziua a 14a este considerata ziua ovulaţiei. Practic, având în vedere că foarte puţine dintre femei au durata ciclului menstrual de 28 de zile, trebuie ştiut că perioada post-ovulaţie rămâne fixă la 14 zile. **Un exemplu:** Daca o femeie are un ciclu menstrual de 30 de zile, atunci ziua cea mai probabil de ovulaţie este ziua a-16-a. De ce? Fiindcă în mod invariabil după 14 zile de la ovulaţie apare sângerarea. Diferenţa de zile este data de perioada pre-ovulatorie care poate fi mai lunga sau mai scurta. Atenţie! Multe femei au rămas însărcinate crezând că ovulaţia are loc în ziua a 14-a indiferent de durata ciclului menstrual.

Ovulaţia.

Ovulaţia reprezintă expulsia ovulului de către ovar. În ziua ovulaţiei acesta este expulzat spre trompele uterine de către ovar sub influenta mai multor factori, predominant hormonali. Altfel spus, în aceasta zi, datorita unui vârf de secreţie hormonala de FSH(hormon foliculostimulant) si LH (hormon luteinizant), dar şi sub influenţa unor factori emoţionali, ovulul este "trimis la întâlnire cu spermatozoidul". In cazul unui contact sexual neprotejat în această perioadă, cel mai probabil că va avea loc fecundaţia, adică unirea spermatozoidului cu ovulul.

Perioada fertilă.

Sa zicem ca am identificat deja ziua ovulaţiei şi să presupunem că este vorba de ziua a 16-a precum în exemplul de mai sus. Pentru a se proteja sau, dimpotrivă, daca îţi doreşti un copil, trebuie să ştii că:

1. ovulul supravieţuieşte aproximativ 24 de ore
2. Spermatozoizii supravieţuiesc 2-3 zile.

Din aproximativ 250 de milioane de spermatozoizi numai unul ajunge să fecundeze ovulul. Prin urmare, perioada fertilă este teoretic perioada cuprinsă între 2-3 zile înaintea ovulaţiei şi o zi după. În exemplul nostru, perioada fertilă este reprezentată de zilele 13-17 ale ciclului menstrual. În cazul în care ovulul nu a fost fecundat de către spermatozoid, valorile hormonilor sexuali scad producând o vasodilataţie a arterelor care alimentau uterul pregătindu-l pentru implantarea oului. Sângerarea menstruală este data de rupere acestor artere. În mod normal sângerarea menstruală durează între 4 şi 6 zile. Substanţa eliminată cuprinde sângele din artere, dar şi celule ale epiteliului uterin care se pregătiseră pentru implantarea oului.

Fecundaţia.

Fecundaţia reprezintă unirea celor doi gameţi de la sexe diferite (spermatozoidul şi respectiv ovulul) rezultând celula ou care mai poartă si denumirea de ***zigot***. Aceasta "unire" se petrece de obicei la nivelul treimii externe a trompei uterine, ceea ce implica faptul ca spermatozoidul trebuie sa urce prin uter si trompa si sa ajungă la acest nivel.

Fecundaţia necesită un lanţ de evenimente: ovulul care este eliberat prin ovulaţie (de obicei in jurul zilei 14 a ciclului menstrual) este captat de către trompa uterina (de fapt nu este vorba de către un ovul matur ci de către o celula precursoare a acestuia); spermatozoidul suferă si el procese de transformare spre a deveni apţi pentru a îşi suma materialul genetic (respectiv cel patern conţinut în spermatozoid şi cel matern conţinut la nivelul ovulului).

Procesele care vor duce la formarea ovulului încep încă înainte de naştere (în timp ce fătul de sex feminin este în uter). Acest proces se opreşte însa şi stagnează pana la pubertate când diviziunile celulelor sexuale feminine se reiau si in fiecare luna va fi selectat un folicul ovarian care se va maturiza si va duce in final la formarea ovulului. La ovulaţie, după cum spuneam mai sus, se eliberează de la nivelul ovarului ovocitul 2, o celula din care va rezulta ovulul. Captarea acestuia de către trompă şi transportul sau în treimea externa a trompei uterine, în primele 12 ore de la ovulaţie face posibila fecundarea. Ovulul se definitivează de fapt în momentul în care vine în contact cu spermatozoidul. Trebuie să menţionam că

ovulul este una din cele mai mari celule din organismul uman, putând fi vizibil chiar cu ochiul liber, fără ajutorul microscopului, în timp ce spermatozoidul este o celulă relativ mică. Spermatozoizii trec de la nivelul vaginului în uter şi vor ascensiona spre trompele uterine daca acest lucru este permis de către condiţiile locale existente la nivelul uterului.

Numărul de spermatozoizi care ajung la nivelul trompei uterine este redus acesta fiind de fapt un mecanism de selecţie naturala (astfel spermatozoizii anormali ca şi conformaţie sau material genetic nu vor fi capabili sa ajungă la locul fecundării, acest mecanism reducând riscul de afecţiuni genetice). Capacitatea de fecundare a spermatozoidului este la om de 24 de ore de la însemânarea vaginala. Ajunşi in apropierea ovulului, spermatozoizii suferă un proces numit capacităţile care le va permite să traverseze învelişul ce acoperă ovulul. Un singur spermatozoid va fecunda însa ovulul, apoi petrecându-se modificări la nivelul învelişului ovulului care nu permit că alţi spermatozoizi să mai pătrundă prin acest înveliş.

Conţinutul spermatozoidului ajunge in interiorul ovulului unde vom avea materialele genetice provenite de la ambii părinţi. Se produce apoi unirea celor doi nuclee (al spermatozoidului si al ovulului) şi încep diviziunile celulei ou.

Spermatozoidul, fiind mic, participă la formarea oului în principal prin nucleul său care conţine materialul genetic al tatălui în timp ce contribuţia ovulului este mai mare, pe lângă materialul genetic nuclear al mamei, el contribuind şi cu citoplasma sa (structura ce înconjoară nucleul unei celule) precum şi cu mitocondriile care conţin şi ele o cantitate de informaţie genetică (ADN mitocondrial-mitocondria este "uzina producătoare de energie a unei celule") aceasta fiind deci provenită exclusiv de la mama. Oul îşi începe acum drumul către uter, loc unde se va implanta şi unde se va dezvolta pe tot parcursul sarcinii, daca aceasta este una normala.

Contracepţia.

Contracepţia implică o întrerupere în derularea ciclului fiziologic al concepţiei. Aceasta se obţine prin controlul ovulaţiei, folosind metode care împiedică nodarea sau prevenind întâlnirea ovulului cu spermatozoidul.

Clasificarea:

Se împarte în 2 grupe mari:

1) Metode de planificare familială naturală
   - metoda calendarului/ritmului
   - metoda temperaturii bazale
   - metoda mucusului cervical
   - metoda simptotermică
   - amenoreea de lactaţie
   - coitul întrerupt.
2) Metode moderne de contracepţie
   - contraceptivele orale combinate
   - contraceptivele orale numai cu progestative
   - contraceptivele injectabile numai cu progestative
   - contraceptivele injectabile combinate
   - implantele contraceptive
   - dispozitivele intrauterine
   - metodele de barieră: prezervativul masculin, prezervativul feminin, diafragma, cupola cervicală
   - spermicidele, buretele vaginal
   - sterilizarea feminină
   - sterilizarea masculină.

Metodele contraceptive acţionează asupra unei verigi din lanţul concepţiei prevenind apariţia unei sarcini nedorite.

Punctele de atac pentru fiecare metodă sânt următoarele:

1) Contraceptivele orale combinate
   - inhibă ovulaţia

- modifică mucusul cervical
- suprimă endometru

2) Contraceptivele orale numai cu progestative
- afectează mucusul cervical

3) Contraceptivele injectabile numai cu progestative
- afectează mucusul cervical
- inhibă ovulaţia

4) Contraceptivele injectabile combinate
- inhibă ovulaţia

5) Implantele contraceptive
- afectează mucusul cervical
- afectează ovulaţia

6) Dispozitivul intrauterin
- previne fertilizarea

7) Metodele de barieră
- previn accesul spermatozoizilor în tractul genital superior

8) Metodele naturale de planificare familială
- identifică perioadele fertile şi nefertile ale ciclului menstrual

9) Contracepţia de urgenţă
- acţionează diferit în funcţie de metoda utilizată (hormonală sau dispozitivul intrauterin)

10) Sterilizarea feminină
- previne fertilizarea

11) Sterilizarea masculină
- previne eliberarea spermei.

Tema 3. Metoda de planificare familială naturală /MPFN/

Definiţia

Termenii tradiţionali „ritm" şi „perioada sigură" pentru a desemna planificarea familială bazată pe detecţia ovulaţiei, au fost înlocuiţi în ultima decadă cu termenii "MPFN" sau „metodele conştientizării fertilităţii".Această metodă se bazează pe recunoaşterea apariţiei naturale a semnelor şi simptomelor ovulaţiei, identificînd perioada fertilităţii şi influenţa a ciclului menstrual, cu scopul de a planifica sau a preveni sarcina.

Conştientizarea fertilităţii furnizează femeii o mai bună înţelegere a corpului său.

Istoric.

Dintre metodele de PFN, cea mai veche este coitul întrerupt, una dintre primele metode contraceptive folosite de om. Nu se cunoaşte exact de cînd se foloseşte această metodă, primele referiri clare sânt făcute în Vechiul Testament.

Abstinenţa periodică a fost şi ea folosită ca metodă contraceptivă din antichitate; în epoca lui Hiportate, menstruaţia era în mod curent asociată cu ovulaţia, perioada fertilă maximă fiind considerată cea imediat următoare. Ideea aceasta a existat până aproape de începutul secolului XX.

Deşi există indicatori ai fertilităţii mult mai precişi, pentru mulţi oameni, metoda ritmului şi planificarea familială naturală sunt sinonime.

Folosirea metodei curbei temperaturii bazate pentru identificarea perioadei de ovulaţie are începuturile în constatarea lui Squire (1868) care arată că temperatura organismului femeii prezintă o scădere în cursul menstruaţiei, după ce suferă creşteri prealabile.

Utilizarea modificărilor mucusului cervical pentru a determina perioada fertilă nu s-a introdus decât în anii 1960. Metoda glerei este imaginată de Billings în 1973, pe baza variantelor fiziologice ale secreţiei vaginale.

Eficienţă

Eficienţa MPF depinde de cît de bine înţeleg utilizatoarele metode şi de cît de bine îşi utilizează aceste cunoştinţe.

Unei proporţii semnificative de cupluri li se pare dificilă determinarea cu precizie a fazei fertile, astfel încât, pe parcursul folosirii metodei abstinenţei periodice, apare riscul de-a încalcă regulile.

Din această cauză, o consiliere corespunzătoare şi relevanţă, o învăţare adecvată a metodei şi vizetele de urmărire pot reprezenta un sprijin important, toate acestea fiind elemente esenţiale pentru eficienţa metodei.

Rezultatele unor studii arată o rată de eşec foarte înaltă ce variază de la 10 la 30 de sarcini la 100 de utilizatori.

Clasificarea

În mod tradiţional şi istoric se descriu 6 metode:

- metoda calendarului (descrisă şi ca ritmul calendarului Ogino-Knauss sau metoda ritmului) (MC);
- metoda temperaturii bazale (TCB);
- metoda simptomatică a mucusului cervical sau metoda ovulaţiei (denumită des şi metoda Bilings) (MMC);
- metoda simptotermică care are mai multe varietăţi, şi toate presupun utilizarea metodei curbei temperaturii bazale (MST);
- datele unui studiu multicentric recent asupra alăptării, susţin utilizarea metodei amenoreei de lactaţie (MAL) în cadrul metodelor PFN;
- coitul întrerupt.

Mecanismul de acţiune

În funcţie de tipul metodei, metodele naturale pot preveni apariţia unei sarcini prin trei moduri de acţiune:

- lipsa contactelor sexuale în perioada fertilă: metoda calendarului, metoda temperaturii bazale, metoda Billings şi metoda simptotermică;
- supresia ovulaţiei: metoda amenoreei de lactaţie;
- prevenirea fertilizării prin eliminarea spermei în afara vaginului: coitul întrerupt.

În întreaga lume aproape 100% dintre femei îşi alăptează nou-născuţii pentru o anumită perioada de timp. Acum este recunoscut faptul că alăptarea acţionează

ca un mijloc natural de spaţializare a naşterilor, sau pe scurt „contraceptivul natural”.

Este important să se recunoască faptul că alăptarea, în special alăptarea exclusivă, are un efect profund asupra fertilităţii şi asupra modificărilor estrogenice care creează semnele şi simptomele utilizate în variatele metode ale PFN.

Avantajele:

- nu costă nimic;
- nu există efecte secundare;
- sunt metode reversibile de contracepţie;
- cuplurile obţin mai multă informaţie despre fiziologia lor sexuală, căpătând o înţelegere mai bună a funcţiilor reproductive;
- responsabilitatea planificării familiei implică ambii parteneri, ceea ce poate duce la creşterea comunicării între ei;
- pe bază informațiilor căpătate în procesul iniţial de învăţare şi după câteva vizite de urmărire, mulţi utilizatori pot practica metode fără o altă asistenţă suplimentară;
- sunt acceptate de multe grupuri religioase care nu acceptă alte metode de contracepţie;
- coitul întrerupt poate fi folosit ca metodă secundară altor metode de contracepţie;
- MC, grelei, TBC şi simptotermică pot fi folosite atât pentru prevenirea cât şi pentru obţinerea sarcinii.

Dezavantajele:

- Mai depinde în mare măsură de înţelegerea şi cooperarea dintre cei 2 parteneri ceea ce, uneori, este greu de realizat;
- Eficienţa este mai scăzută decât a majorităţii celorlalte metode contraceptive;
- Este necesară o perioadă de învăţare relativ lungă. Uneori femeile rămân gravide în timpul perioadei de învățare a metodei;

- Monitorizarea zilnică şi înregistrarea datelor poate fi plictisitoare pentru unele femei;
- Perioadele lungi de abstinenţă sexuală pot duce la dificultăţi în viaţa cuplului şi la stres psihologic;
- Frica unei sarcinii nedorite poate influenţa negativ confortul psihic, în special al femeii;
- Femeilor care au cicluri neregulate li se poate părea dificilă folosirea acestei metode;
- În perioada alăptării semnele şi simptomele caracteristice fertilităţii variază foarte mult.

Indicaţiile.

Reprezintă o alternativă pentru cuplurile care nu doresc să utilizeze o metodă contraceptivă mai eficientă din cauza:

- femeilor legate cu apariţia efectelor secundare;
- constrângerilor religioase sau culturale;
- accesului dificil la alte metode.

Stări care limitează alegerea metodei

Sunt câteva circumstanţe speciale mai obişnuite legate de anumite grupuri de vârstă care utilizează MPFM. Când o tânără fată începe să aibă menstruaţii, ciclurile ei pot fi foarte neregulate. De obicei, sânt necesari 1-3 ani pentru dezvoltarea ciclurilor menstruale regulate ovulatorii. Pe de altă parte, abstinenţa este promovată în mod larg ca soluţie la activitatea sexuală a adolescenţilor şi a frecvenţei sarcinilor nedorite şi a BTS, inclusiv infecţia cu HIV. Variaţiile marcate ale caracterelor menstruale la adolescente, face ca asemenea previziune să fie incertă cel puţin 5-6 ani fertili.

Cu câţiva ani înainte de menopauză, ovarele femeii încep să producă nivel scăzut de hormoni şi fertilitatea ei scade. În anii premenopauzali, intervalul dintre menstruaţii începe să varieze câteodată chiar semnificativ.

Infecţiile vaginale pot apărea la orice vârstă din viaţa reproductivă a femeii. Dacă o femeie are o infecţie vaginală, ea poate să aibă dificultăţi în observarea mucusului cervical.

Din cauza că evitarea sarcinii pentru adolescente, femeile premenopazice, mamele care alăptează şi femeile cu infecţii vaginale este esenţial ca acestea să primească instrucţiunile şi sprijinul necesar.

Aceste stări includ:

- alăptatul
- starea după avort
- vârsta
- sângerările vaginale (neregulat, abundent, prelungit, neexplicat)
- neoplazia intraepitelială (NIC)
- cancerul de col
- ectropionul cervical
- formă gravă de ciroză
- BTS
- tumori hepatice
- hipotiroidia/hipertiroidia
- schistosomiaza cu firbroză hepatică
- utilizarea medicamentelor
- hipertensiunea arterială (≥160/100)
- vasculopatiile
- cardiopatia ischemică în prezent sau în antecedente
- valvulopatiile complicate
- cancerul de sân în prezent
- cancerul endometrial şi ovarian
- infecţia cu HIV/SIDA
- tuberculoza
- boala inflamatorie pelvină

Femeilor care au un risc crescut pentru boala inflamatorie pelvină/infecţie cu transmitere sexuală/infecţie cu HIV trebuie recomandate întotdeauna metode de barieră, în special prezervativul.

Modul de utilizare

Metoda calendarului/ritmului (MC)

Metoda calendarului este bazată pe faptul că majoritatea femeilor au ovulaţia aproximativ cu 2 săptămâni înainte de fiecare menstruaţie indiferent de lungimea ciclului menstrual, femeile pot să şi calculeze zilele fertile ale ciclului său.

Pentru a putea calcula faza fertilă şi cea nefertilă ale ciclului menstrual, femeia trebuie să-şi monitorizeze durata ciclului timp de cel puţin 6 luni. Astfel se va identifica ciclul cel mai lung şi cel mai scurt. Pentru a obţine prima zi posibil fertilă se va scădea din zilele ciclului cel mai scurt cifra 20; pentru a obţine ultima zi încă fertilă se va scădea din cifra celui mai lung ciclu cifra 10.

Exemplu:

În cadrul ciclului standard de 28 zile.

- prima zi probabil fertilă: 28 – 20 = ziua 8
- ultima zi probabil fertilă: 28 – 10 = ziua 18

În acest caz, perioada de abstinenţă este între ziua 8 şi ziua 18, deci 10 zile.

Unele cupluri preferă folosirea altei metode în locul abstinenţei (MB sau coit întrerupt).

Metoda temperaturii corporale bazale

Această a fost prima metodă ştiinţifică cunoscută pe abstinenţa periodică. Temperatura corpului bazală / TCB / este temperatura corporală în condiţii de repaus şi este bifazică într-un ciclu ovulator. După ovulaţie progesteronul din corpul luteal ridică tC cu ascensiune detectabilă de 0,2-0,4 C sau 0,4-1,0 C Fahrenheit, t rămâne ridicată până la următoarea menstruaţie. Accesiunea datorată ovulaţiei este redusă, dar este uşor de identificat dacă t este înregistrată în condiţiile standard şi se foloseşte un grafic special.

Condiţiile standard pentru construirea graficului TCB:

- înregistrarea temperaturii la aproximativ acelaşi moment în fiecare dimineaţă imediat după trezire, înainte de a coborî din pat sau înainte de orice altă activitate;
- utilizarea unui termometru special pentru ovulaţie, deoarece scala sa între 36 şi 38 grade Celsius este mărită şi face ca temperatura să fie mai uşor de citit, sau utilizarea unui termometru digital care reduce timpul de înregistrare la 45 secunde şi conferă o citire uşoară şi fidelă;
- înregistrarea temperaturii orale timp de 5 minute, sau vaginale sau rectale timp de 3 minute. Oricum, temperatura orală, deşi utilă, oferă înregistrarea cea mai puţin satisfăcătoare deoarece ea este mai susceptibilă la modificări minore;
- se înregistrează orice tulburare, ca de exemplu o răceală, orice modificare a timpului obişnuit de trezire;
- se începe un nou grafic în prima zi a menstruaţiei. Acest lucru permite ca ascensiunea termică în relaţie cu lungimea ciclului să fie observată imediat.

TCB este o metodă care poate fi folosită numai pentru identificarea fazei infertile postovulatorii a ciclului menstrual şi nu poate fi utilizată pentru a identifica zilele infertile precoce ale femeii sau când începe faza fertilă. Această metodă nu va fi utilă cuplurilor care doresc sarcina, deoarece ea poate să le spună numai când faza fertilă a trecut deja. Dacă un cuplu foloseşte metodă pentru evitarea sarcinii, ei trebuie să nu aibă act sexual de la începutul menstruaţiei până în cea de-a treia zi în care temperatura creşte.

Metoda mucusului cervical (glerei)

Metoda mucusului cervical (MMC) se bazează pe faptul că apariţia fertilităţii la femei este însoţită de secreţia unui tip particular de mucus din glandele cervicale sub influenţa estrogenului şi progesteronului circulant la diferite momente ai ciclului menstrual, caracteristice fizice ale glereri suferind o serie de modificări de la o zi la altă.

O femeie care utilizează MMC, observă şi înregistrează zilnic modificările secreţiei cervicale mucoase în timpul ciclului său menstrual, pentru a determina zilele fertile şi infertile ale ciclului.

În mod obişnuit utilizatoarea nu observă mucus timp de câteva zile după ce sângerarea menstruală încetează („zilele uscate"). Numărul zilelor poate să varieze ciclu; multe într-un ciclu lung, puţine sau deloc într-un ciclu scurt. Apoi, când începe să apară mucusul, el este îngroşat, aderent sau pastos şi este de culoare albă-gălbuie. Când femeia observă orice tip de mucus înainte de ovulaţie, ea trebuie să îşi dea seama că poate să fie fertilă datorită faptului că apariţia mucusului semnalizează faptul că ovulaţia se apropie.

Acest mucus produce o senzaţie de catifelare şi lubrefiere la nivelul vulvei. Acestea sunt denumite „zilele umede". Ultima zi a senzaţiei de lubrefiere, sau apariţia glerei fertile este descrisă ca „ziua peak-ului". Urmând „peak"-ului şi odată cu declanşarea secreţiei de progesteron de către corpul luteal, glera se modifică în mod brusc, fiind aderentă şi scăzând cantitativ. Este o senzaţie certă de uscăciune la nivelul vulvei. Această fază continuă până la declanşarea următoarei menstruaţii.

Instrucţiunile pentru monitorizarea MMC includ:

- participarea abstinenţei pe perioada ciclurilor de învăţare;
- începerea monitorizării în prima zi a menstruaţiei;
- înregistrarea observaţiilor fiecărei zile noaptea;
- efectuarea observaţiilor de-a lungul zilei când se merge la toaletă, folosind hârtie igienică pentru ştergerea vulvei înainte şi după micţiune;
- când glera este prezentă, ea poate fi luată între degetul mare şi arătător pentru a testa capacitatea de întindere;
- observaţia poate să includă atât senzaţia resimţită cât şi inspecţia vizuală a mucusului care apare la nivelul vulvei;
- înregistrarea „zilei peak-ului" cu un „X" şi următoarele trei zile cu 1,2,3;

- pentru a evita sarcina, cuplul trebuie să practice abstinenţa de la actul sexual în timpul menstruaţiei, în toate zilele în care femeia observă prezenţa glerei şi până în cea de-a patra zi după „ziua peak-ului”.

Metoda simptotermică

Metoda simptotermică combină înregistrarea temperaturii corporale bazate cu observării caracteristicelor mucusului cervical şi a altor indicatori fiziologice ai ovulaţiei, ca de exemplu tumefierea sânilor, durerea la mijlocul ciclului, sângerarea sau sângerarea minimă, disconfort abdominal şi modificări ale dispoziţiei psihice. Metoda glerei este utilizată pentru a determina faza fertilă preovulatorie, în timp ce startul fazei postovulatorii este determinat atât prin metoda glerei cât şi prin creşterea temperaturii.

Unele femei care utilizează această metodă, observă de asemenea modificările care apar la nivelul colului uterin sau cervixului în timpul ciclului menstrual. În timpul fazei relativ infertile anterioare ovulaţiei, cervixul este ferm şi închis. Cu puţin înainte de ovulaţie şi în timpul fazei fertile colul este elevat şi devine mai moale şi mai deschis. În timpul fazei infertile, postovulaţie, colul devine din nou ferm, coborât şi închis, ceea de previne trecerea spermatozoizilor prin col.

Dacă un cuplu utilizează MST pentru evitarea sarcinii, el nu trebuie să aibă act sexual în nici o zi „uscată” din timpul fazei iniţiale infertile, şi în nici o zi din faza fertilă începând cu prima zi de prezenţă a glerei. Ei pot să aibă din nou act sexual, în timpul fazei infertile după ovulaţie. Dacă un cuplu care utilizează această metodă doreşte o sarcină, ei pot avea act sexual în timpul fazei fertile a ciclului.

Metoda amenoreei de lactaţie

Este recunoscut faptul că alăptarea acţionează ca un mijloc natural de spaţializare a naşterilor, sau pe scurt „contraceptivul naturii”. În lumea întreagă mai multe naşteri sunt prevenite prin lactaţie decât prin toate celelalte contraceptive combinate.

Metoda amenoreei de lactaţie (MAL) se bazează pe dovadă ştiinţifică, şi anume că o femeie nu este fertilă şi nu poate să rămână gravidă în timpul

amenoreei complete de lactaţie, până când copilul său împlineşte 6 luni. Rolul alăptării în spaţializarea naşterilor este o descoperire mai recentă. MAL conferă o protecţie de cel puţin 98% împotriva sarcinii în primele 6 luni după naştere.

Cele trei condiţii care par să aibă cea mai mare influenţă asupra eficienţei MAL sunt:

- caracterul integral al alăptării sau procentul pe care îl reprezintă laptele matern din hrana zilnică a copilului;
- durata alăptării sau numărul de săptămâni sau luni în care mama îşi alăptează copilul;
- frecvenţa şi durata suptului sau de câte ori şi cât timp îşi alăptează mama copilul într-o perioadă de 24 de ore;

Iniţierea precoce a alăptării mai frecvente probabil cu câtva timp înainte de prima menstruaţie postpartum, poate să inhibe mai eficient revenirea activităţii ciclice a axei hipotalamo-pituitaro-ovariene şi prin ea inhibă ovulaţia.

Iar dacă mama face o întrerupere între lactaţie mai mult de 6 ore şi copilului i se dă altă alimentaţie, este riscul mare de a rămâne gravidă, şi ea trebuie să apeleze la alte MPF.

Coitul întrerupt

Această metodă este deosebit de simplă, fapt care explică păstrarea ei din antichitate până în prezent.

Ca şi tehnică, în momentul când bărbatul are senzaţia iminenţei de ejaculare, îşi retrage penisul din vagin ejaculând în afara lui. Pentru ca metoda să aibă succesul scontat, bărbatul trebuie să se obişnuiască să identifice senzaţiile care preced ejacularea. Studii fiziologice făcute asupra bărbaţilor arată că ei au o emisie lichidă înaintea ejaculării care se numeşte pre-ejaculat. Acesta nu conţine în mod obişnuit spermatozoizi, fiind compus din secreţii glandulare, deci nu are potenţial fecundant. Situaţia se schimbă dacă bărbatul a mai avut ejaculări anterioare recente, după care pot rămâne spermatozoizi în cantitate mare.

Tema 4. Contraceptivele orale.

Se împart în contraceptive orale *combinate* şi contraceptive orale *numai cu progestative.*

A. Contraceptivele orale combinate (COC)

(sunt substanţe hormonale administrate oral femeilor pentru a preveni sarcina)

Pilulele au fost folosite de peste 150 mil. de femei din toată lumea. Există variaţii enorme între ţări şi în cadrul aceleiaşi ţări, între diferite grupe de vârstă. Diferenţele ţin mai degrabă de politica medicală, de religie şi de inerţia instituţiilor decît de acceptabilitatea consumatorilor. Studiul Sănătăţii Reproducerii în Republica Moldova realizat de Institutul de Cercetări Ştiinţifice pentru Ocrotirea Sănătăţii Mamei şi Copilului şi Centrul de Control "Atlanta" arată că doar 2% din femei folosesc pilule.

Majoritatea femeilor care întrerup utilizarea pilulelor o fac din motive non-medicale (nu pentru că ar fi dezvoltat o complicaţie majoră sau un efect advers). Multe sarcini intervin atunci când femeia întrerupe pilulele sau neglijează să înceapă o altă metodă contraceptivă şi această perioadă are contact sexual neprotejat. Rata de eşec pentru contraceptivele orale combinate este extrem de scăzută, aproximativ 2 la 10.000 de femei pe an. O femeie care a întrebuinţat contraceptive orale combinate nu va constata o scădere a fertilităţii determinată de contraceptivele orale, chiar dacă ar putea dura mai mult timp până la apariţia unei sarcini după întreruperea contraceptivelor orale combinate decât după folosirea altei metode contraceptive. În studiul Asociaţiei de Planificare Familială de la Oxford, printre femeile fertile ce au renunţat la contracepţia cu pilule, după 30 de luni 90% au născut. În medie intervalul până la apariţia unei sarcini este de 2-3 luni.

Dozele primelor produse comercializate în anii 60 erau desigur prea mari. Aceste pilule conţineau mai mulţi estrogeni într-o singură zi decât se administrează acum într-o săptămână, iar doza zilnică de progestative de atunci acoperă acum un

ciclu complet. Astăzi estrogenii sânt administraţi în doze reduse, iar impactul metabolic al progestativelor poate fi micşorat pe 2 căi:

a) indiferent de progestativul ales, se preferă doza minimă acceptabilă;
b) produsele de ”generaţia a treia” determină mai puţine modificări metabolice adverse, în timp ce păstrează o bună activitate contraceptivă şi de control a ciclului menstrual.

Există 2 tipuri de contraceptive orale combinate:

- ***monofazice***
- ***multifazice (bifazice şi trifazice)***

Contraceptivele monofazice – sânt pilule cu compoziţie constantă, deoarece fiecare tabletă conţine aceeaşi doză de estrogen şi progestativ timp de 21 de zile. Monofazicele pot fi clasificate în funcţie de conţinutul în estrogeni ca având:

1. doză redusă: sub 50 mg.estrogeni
2. doză medie: 50 mg.estrogeni
3. doză crescută: peste 50 mg.estrogeni

Contraceptivele multifazice ***pot fi de 2 feluri: bifazice şi trifazice.*** În esenţă, diferenţele dintre produsele monofazice şi cele multifazice rezidă în dozajul hormonal. În cazul regimului multifazic, dozajul progestativului singur sau al progestativului şi estrogenului variază în cursul tratamentului pentru un ciclu menstrual. Toate contraceptivele orale combinate multifazice sânt considerate produse cu doză redusă.

a) Contraceptivele bifazice.

În regimul bifazic de 21 de zile ciclul este devizat în 2 faze. Singurele bifazice disponibile împart ciclul într-o fază foliculară de 10 zile şi o fază luteală de 11 zile. Estrogenul e administrat în doză constantă pe tot parcursul ciclului menstrual. Nivelul de progestativ creşte în a doua fază a ciclului. Tabletele sânt clasificate pe culori pentru a diminua posibilitatea administrării lor greşite.

b) Contraceptivele trifazice.

În regimul trifazic tratamentul pentru un ciclu constă din 3 faze. Ca şi în ciclul bifazic, compoziţia tabletelor sânt clasificate pe culori.

Există 3 posibilităţi de combinare a contraceptivelor orale trifazice:

- la prima formulare trifazică nivelul estrogenului rămâne acelaşi tot timpul ciclului, dar nivelul progestativului creşte gradat în fiecare fază a ciclului;
- la următoarea formulare nivelul estrogenului rămîne acelaşi pe tot timpul ciclului,dar nivelul progestativului creşte din faza întâi în faza a doua, iar în faza a treia, scade la nivelul dozei iniţiale;
- ultima formulare s-a dezvoltat în ideea de a mima cât mai fidel fluctuaţiile hormonale ce au loc în timpul unui ciclu menstrual normal. Ambele nivele, atât ale estrogenului cât şi ale progestativului variază în timpul unui tratament pentru un ciclu menstrual. Nivelul progestrativului creşte treptat în toate cele 3 faze. Nivelul estrogenului creşte în faza a doua dar revine apoi la nivelul fazei întâi la sfârșitul ciclului.

Reieşind din clasificarea dată sunt cunoscute următoarele preparate COC:

Pilule monofazice – Ovral, Mitrogynon 21, Mitrogynon 28, Neostediril, Ovidon, Norimin, Brevicon, Mercilon, Logest, Diane 35.

Pilule bifazice – Anteovin (tablete albe, tablete roze), Cyclo Proginova (tablete albe, maro).

Pilule trifazice – Logynon (6 tablete maronii, 5 tablete albe, 10 tablete galbene), Ortho (7 tablete albe, 7-portocalii deschis, 7-portocalii), Triminulet (6 tablete galbene, 5-maronii, 10-albe).

Ar mai exista şi o a treia categorie de contraceptive orale combinate, contraceptivele secvenţiale care conţine un estrogen administrat pe toată perioada, la care se adaugă un progestativ după numai 6 sau 7 zile de folosire. Dar pilulele secvenţiale nu se mai folosesc în contracepţia pe perioadă îndelungată.

Contraceptivele orale combinate conţin 2 categorii de steroizi sintetici, un compus estrogenic şi un compus progestativ. Compusul estrogenic este fie etinilestradiol fie mestranol, ambii derivaţi din 17β – estradiol. Aceşti 2 hormoni au efecte similare. Compusul progestativ face parte din una din cele 3 grupe:

- pregnan progestative
- estran progestative
- gonan progestative

După ingestia pilulei progestativele sînt absorbite în intestinul subţire în procent de 80%-100%. Vena portă transportă esterii şi celelalte progestative în ficat. Apoi doar 60% din substanţe apar în circulaţia generală. După ce progestativele au fost transportate în tot corpul are loc a doua etapă metabolică în ficat, unde metaboliţii sânt hidroxilaţi şi aromatizaţi. Eliminarea ambelor componente ale pilulei contraceptive se face prin urină şi fecale sub formă conjugată.

Contraceptivele orale cel mai des folosite constau într-o combinaţie dintre un estrogen şi un progestativ administrată zilnic pe o perioadă de 3 săptămîni, după care urmează o săptămână de pauză în care apare în mod normal menstruaţia. Astfel contraceptivele orale combinate, dacă sunt administrate zilnic timp de 3 săptămâni din cele 4 ale unei luni, conferă virtual o protecţie absolută împotriva concepţiei. Ciclul menstrual normal dispare în timpul folosirii COC. *Ovarele nu mai prezintă activitate foliculară pe perioada administrării pilulelor.* În consecinţă, sângerarea de privaţiune care apare în perioada de 7 zile de pauză nu va fi aceeaşi ca o menstruaţie apărută după dezvoltarea completă a endometrului sub influenţa hormonilor naturali. Această sângerare va fi mai redusă dar suficientă pentru a simula o menstruaţie normală.

În majoritatea cazurilor, primul ciclu după întreruperea contraceptivelor hormonale va fi bifazic. Faza proliferativă (înaintea ovulaţiei) este cu câteva zile mai lungă, ceea ce înseamnă că prima menstruaţie va fi întârziată cu 6-8 zile. Fertilitatea nu este diminuată după întreruperea contracepţiei hormonale.

Contraceptivele orale combinate (COC) pot interacţiona cu anumite procese metabolice sau pot interfera cu anumite medicamente sau teste de laborator.

Avantajele folosirii COC.

1) Eficientă. Când sunt luate corect şi în doza indicată, pilulele sunt metode contraceptive foarte eficace. Ele conferă femeii controlul propriei sale fertilităţi.

2) Grad de siguranţă. Pilulele sunt foarte sigure pentru majoritatea femeilor. Este mai sigur să foloseşti pilulele decât să naşti un copil, chiar pentru femeile peste 35 ani sau fumătoare a peste 15 ţigarete pe zi. Pilulele reprezintă unul dintre cele mai bine studiate medicamente care au fost vreodată prescrise.

3) Opţiune bună de-a lungul vieţii reproductive. Vârsta nu este un motiv de a renunţa la pilule chiar,pentru femeile foarte tinere sau cele care se află la sfârşitul vieţii reproductive. Pilulele pot fi folosite continuu sau discontinuu un număr de ani fără a creşte, pentru femeia respectivă, riscul complicaţiilor.

4) Efecte benefice asupra ciclului menstrual:

- diminuă durerile menstruale;
- elimină sindromul intermenstrual deoarece previne ovulaţia;
- scad numărul de zile de sângerare şi volumul de sânge pierdut în timpul menstruaţiei;
- conservă fierul prin reducerea cantităţii de sânge menstrual pierdut
- femeile pot decide asupra datei menstruaţiei, luând pilule suplimentare dintr-o folie separată;
- pentru femeile oligofrene sau cu probleme severe de igienă pilulele pot fi folosite pentru a reduce menstruaţia la o singură sângerare la 90 de zile;
- scade cu 80%-90% incidenţa chisturilor ovariene;
- diminua simptomele premenstruale cum ar fi: anxietatea, depresia, durerile de cap.

5) Protecţie împotriva bolii inflamatorii pelviene. Pilula are efect protector asupra bolii inflamatorii pelviene, cauză de infertilitate feminină.

6) Prevenirea sarcinii ectopice. Prin stoparea ovulaţiei pilula previne orice sarcină, inclusiv cea implantată în afara cavităţii uterine, prevenind astfel sarcina ectopică, o cauză importantă de mortalitate maternă în toată lumea.

7) COC scad nivelele serice ale testosteronului.

8) Sporirea confortului sexual. Probabil datorită eliminării fricii de sarcină multe cupluri şi-au îmbunătăţit intimitatea sexuală. La unele femei efectul este invers.

9) Ameliorarea unor afecţiuni medicale.

10) Protecţie împotriva unor forme de neoplazie. În cele 3 decade de când COC au fost comercializate, relaţia lor cu riscul neoplaziei a fost un subiect de continuă îngrijorare: neoplazia este o boală înspăimântătoare şi o cauză semnificativă de morbiditate şi mortalitate, iar sânul, uterul şi ovarele sânt organe cu dependenţă endocrină cunoscute a avea un risc crescut de dezvoltare a neoplasmului. Un mare nr. de date acumulate de-a lungul anilor indică faptul că administrarea COC protejează împotriva formelor de neoplazie:

- cancer de ovar
- cancer de corp uterin
- cancer de sân

Dezavantajele

1) Pilulele trebuie luate zilnic. Dacă administrarea pilulelor este inconstantă sau incorectă, rata eşecului devine foarte mare.

2) Costul ridicat al pilulelor în multe farmacii poate determina unele femei să întrerupă administrarea lor.

3) Modificări nedorite ale ciclului menstrual: pilula se poate asocia cu modificări ale menstruaţiei de *tip amenoree, hipomenoree sau polimenoree*.

4) Greţuri şi vărsături: pot să apară de la primul ciclu sau, mai rar, la ciclul următor.

5) Cefaleea poate să înceapă la o femeie care nu a prezentat în prealabil acest simptom sau se poate agrava dacă a existat dinainte.

6) Depresie adesea severă, ca şi alte modificări psihice, poate apărea în cursul administrării pilulelor.

7) Scăderea libidoului: unele femei observă o scădere a interesului pentru viaţa sexuală sau o diminuare a orgasmului.

8) Ectopia cervicală şi infecţia Chlamidia.

9) Alte infecţii posibile: unii autori găsesc o rată crescută a infecţiilor la femeile ce folosesc pilule datorită tendinţei de a avea contact sexual mai frecvent, dar este greu de precizat dacă infecţia se datorează frecvenţei crescute a contactului sexual sau folosirii pilulelor.

10) Pilula nu protejează femeia împotriva SIDA sau împotriva altor infecţii cu transmitere sexuală.

Stările care reprezintă un risc inacceptabil pentru sănătate în cazul folosirii COC sunt următoarele:

- Sarcină
- Alăptare sub 6 săptămâni după naştere
- Fumat peste 20 de ţigări pe zi şi vârsta peste 35 de ani
- Hipertensiune arterială
- Diabet zaharat
- Tromboză venoasă profundă
- Accident vascular cerebral
- Cefalee
- Afecţiuni ale sânului
- Hepatită virală activă
- Ciroză
- Tumori hepatice

La iniţierea tratamentului cu contraceptive orale este necesară examinarea pacientei, care implică:

1) Anamneza trebuie să includă:

- antecedentele eredo-colaterale
- data naşterii
- antecedentele personale fiziologice (regularitatea şi durata fluxului menstrual, număr de naşteri, lactaţia)

- antecedentele personale patologice (ginecologice, hepatită, boli ale ficatului, boli cardiovasculare, diabet).

2) Examinarea fizică cuprinde:

- examen fizic general pe sisteme şi aparate
- măsurarea greutăţii
- măsurarea tensiunii arteriale
- examinarea sânilor
- examinarea pelviană

3) Testele de laborator pot include:

- analize hematologice
- examen sumar de urină
- test cito-tumoral Babeş-Paponicolau
- la femeile cu risc mare al bolilor cardiovasculare, se face un profil lipidic seric şi testul de hiperglicemie provocată atunci cînd se începe tratamentul cu pilule, apoi aceste teste se repetă anual
- se recomandă mamografie o singură dată între 35 şi 40 de ani şi apoi anual între 40 şi 50 de ani.

Informaţii pentru paciente

1) Pilula acţionează în primul rând prin oprirea ovulaţiei. Pilula este eficientă dacă este ingerată la aceiaşi oră în fiecare zi şi dacă sânt urmate cu stricteţe instrucţiunile privind folosirea medicaţiei ce interferă cu aceasta sau interacţiunile referitoare la episoadele de diaree şi vărsături.

2) Se ia o pilulă pe zi până la terminarea foliei dacă:

- se folosesc folii cu 28 de pilule, caz în care se începe imediat o nouă folie;
- se întrerupe administrarea pentru o săptămână după care se reîncepe o nouă folie, dacă se foloseşte o folie cu 21 de pilule.

3) Se indică asocierea administrării pilulei cu o altă activitate care se efectuează în acelaşi timp în fiecare zi (de exemplu spălatul pe dinţi, dimineaţa).

4) Este bine să se administreze pilula în fiecare dimineaţă (pentru a fi sigură că a luat pilula din ziua precedentă).

5) Ce este de făcut în cazul uitării luării pilulei:

- dacă nu s-a luat o pilulă se va lua de îndată ce şi-a amintit. Pilula următoare va fi luată obişnuit. Probabil că pacienta nu va rămâne gravidă, dar, pentru siguranţă, va folosi o metodă contraceptivă suplimentară 7 zile după uitarea pilulei;
- dacă lipsesc 2 pilule se iau 2 tablete de îndată ce îşi aminteşte şi 2 tablete în ziua următoare. Apoi se reintră în programul normal, dar se foloseşte o metodă contraceptivă suplimentară timp de 7 zile de la uitarea pilulei;
- dacă lipsesc 3 pilule începe probabil, menstruaţia. Indiferent dacă începe sau nu menstruaţia, se renunţă la restul foliei şi se începe o nouă folie, ca la iniţierea tratamentului. Se va folosi o metodă contraceptivă suplimentară în timpul ingestiei primelor 7 pilule din nou folie;
- dacă pilula omisă face parte din pilulele celei de-a patra săptămâni din folia cu 28 de pilule, se renunţă pur şi simplu la ultimele pilule. Apoi se continuă administrarea ca şi până atunci, deoarece aceste pilule nu conţin hormon. Astfel, omiterea chiar a 3 pilule din această perioadă nu creşte de loc riscul sarcinii.

6) În caz de greţuri sau vărsături se indică folosirea unei metode contraceptive de rezervă până la menstruaţia următoare.

7) Se alege o metodă de rezervă de control a fertilităţii (prezervativul sau spermicidele) pentru a se folosi cu prima folie de pilule.

8) Femeile care folosesc COC observă scurtarea şi reducerea fluxului menstrual. În cazul în care femeia foloseşte această metodă contraceptivă, o picătură de sânge sau o pată maronie pe tampon poate fi considerată menstruaţie.

9) Dacă menstruaţia nu apare la data aşteptată, este necesar un examen clinic general, măsurarea temperaturii bazale, efectuarea unui test de sarcină, un examen ginecologic.

10) Dacă se instalează sarcina, femeia trebuie să decidă dacă păstrează sarcina sau dacă preferă avortul. Riscul malformaţiilor congenitale la făt nu este mai mare la femeile care au luat COC, decât la femeile care nu au folosit nici o metodă contraceptivă.

11) Dacă prezintă sângerări între menstruaţii, este necesar un control medical pentru a şti dacă:

- este nevoie de un alt preparat
- a lipsit o pilulă sau a fost luată mai târziu
- este semnul unei infecţii
- poate fi semnul unei descreşteri a eficienţei pilulei
- este administrată concomitent o medicaţie care scade eficienţa pilulei.

12) Dacă observă o schimbare de dispoziţie importantă (depresie, iritabilitate, tulburări de sexualitate).

13) Femeia trebuie să înveţe semnele de alarmă ale pilulelor.

14) Este necesară consultarea medicului în caz de depresie, criză de epilepsie, vorbire dificilă, tensiune arterială în jur de 160/95.

15) Femeia trebuie să citească întotdeauna instrucţiunile de folosire ale pilulelor deoarece conţin multe informaţii ajutătoare.

16) Dacă este examinată de către un medic pentru orice afecţiune femeia trebuie să nu uite să precizeze că ia contraceptive orale.

17) Dacă este fumătoare, să renunţe la fumat. Dacă nu poate să renunţe, atunci să fie atentă la semnele de alarmă.

18) Pacienta trebuie să ştie că pilula nu protejează de infecţia cu HIV/ SIDA sau alte boli cu transmitere sexuală.

Efecte secundare

1) Efecte estrogenice: greţuri, vărsături, mărirea de volum a sânilor, stimularea cancerului de sîn, creştere consecutivă în greutate, accidente cerebrovasculare, complicaţii tromboembolice.

2) Efecte progestative: cefalee, hipertensiune, infarct miocardic.

3) Efecte androgenice: creşterea apetitului şi a greutăţii corporale, depresie, astenie, scăderea orgasmului, ten gras, efect diabetogen.

B. Contraceptivele orale numai cu progestative

Pilula numai cu progestative (PNP) este un contraceptiv oral hormonal care conţine un progestativ în cantitate mai mică decât aceea din contraceptivele orale

combinate. PNP conţin de la o zecime până la jumătate din cantitatea de progestativ conţinută de COC. Ele se administrează zilnic, în mod continuu, fără pauze între plachete. Aceste pilule se mai numesc ”mini – pilule” ceea ce este într-un anumit sens o eroare, întrucât tendinţa pe piaţă la ora actuală este de a reduce nivelul steroizilor din toate contraceptivele orale. PNP formează nu mai mult de 8% din piaţa de contraceptive orale din Marea Britanie. Ele au un procent chiar mai mic în multe în alte ţări. Informaţiile şi experienţa acumulate în ultimii 10 ani în utilizarea pilulelor numai cu progestrative încurajează medicii să le prescrie pentru mai multe femei ca primă alegere, nu numai ca ultimă soluţie.

PNP sânt, în general, mai puţin eficiente decât COC. Eficienţa lor variază de la un produs la altul şi în studiile efectuate, de la o ţară la alta. Eficienţa maximă este determinată de administrarea regulată, care depinde de motivaţia femeii. Se citează frecvent o rată de eşec de 2-4 sarcini la 100 de femei pe an de utilizare. Pentru 2 categorii de femei PNP se arată deosebit de eficiente: cele la vârstă reproductivă avansată şi cele care alăptează. La femeile care alăptează, PNP sânt 100% eficiente şi nu alterează cantitatea sau calitatea laptelui, reprezentând astfel o formă eficientă de contracepţie în această perioadă. Este foarte important ca administrarea PNP să nu fie întârziată nici cu câteva ore, căci întârzierea duce la scăderea eficienţei.

Odată întrerupte minipilulile, ciclul menstrual natural se restabileşte într-o perioadă de până la 6 luni. După cel puţin 2 perioade menstruale normale, femeia poate rămâne gravidă. Aşadar, după întreruperea PNP este necesară o altă metodă contraceptivă de exemplu utilizarea prezervativului, pentru 2-3 luni.

Din grupa CONP fac parte: Microlut, Micronor, Ovrette.

Efectele asupra metabolismului carbohidraţilor sânt minime. Interacţiunile dintre PNP şi celelalte medicamente sunt de asemenea minime. Nu există interacţiuni cu celelalte antibiotice sau cu alte medicamente. PNP nu modifică nici un test biochimic uzual.

Avantajele sunt similare cu cele ale COC. În plus, aceste produse nu prezintă dezavantajele şi efectele secundare conferite COC de către componenta estrogenică:

1) Nu cresc riscul bolilor cardiovasculare.

2) Au efect minim asupra coagulării sanguine.

3) Influenţează mai puţin tensiunea arterială.

4) Au un efect minim asupra metabolismului carbohidraţilor. Preparatele pot fi folosite la femei cu toleranţa modificată la glucoză.

5) Sunt indicate pentru fumătoarele în vârstă, deoarece la această categorie de femei trebui evitată acţiunea estrogenilor.

6) Când sunt folosite de femeile care alăptează, sunt teoretic 100% eficiente şi au un efect redus producerii laptelui.

7) Minipilulile provoacă în măsura mai mică decât COC cefalee, depresie, sindrom premenstrual. Multe femei prezintă o descreştere a durerilor menstruale când iau pilule numai cu progestative, flux redus, o perioadă de sângerare mai scurtă.

8) PNP descresc incidenţa cancerului endometrial şi protejează împotriva cancerului mamar.

9) Deoarece femeia ia acelaşi tip de pilule în fiecare zi (aceeaşi culoare şi acelaşi conţinut hormonal) îi este mai uşor să-şi reamintească să le ia.

10) Revenirea fertilităţii la întreruperea tratamentului are loc mai rapid decât după COC.

11) Nu apar efecte dăunătoare de depăşirea dozei, chiar când accidental sânt ingerate de către copii.

12) În cazul în care pacienta a uitat să ia o pilulă, aceasta va fi luată în momentul în care îşi aminteşte şi va fi folosită o metodă contraceptivă alternativă (prezervativul) timp de 48 de ore. Această restaurare completă a protecţiei în 48 de ore constituie unul din avantajele PNP. Aceasta contrastează cu COC unde este necesară folosirea unei metode alternative timp de 7 zile, dacă s-au uitat 2 sau mai multe pilule.

Dezavantajele PNP sunt:

1) Eficienţă redusă faţă de COC.

2) Necesită administrare regulată, eventual la aceeaşi oră a zilei.

3) Modificarea aspectului menstruaţiei, fără a avea posibilitatea de a şti dinainte care femei vor suferi aceste modificări şi cât de severe vor şi acestea.

4) Nu protejează asupra sarcinii ectopice (1 la 1000 cazuri).

5) Nu protejează împotriva bolilor cu transmitere sexuală (HIV/SIDA, ITS).

6) Un număr mic de femei dezvoltă chisturi funcţionale tecale sau luteale ale ovarului.

PNP sunt indicate următoarelor categorii de paciente:

1) Femei care vor să folosească contracepţia orală dar din diverse motive, nu pot folosi estrogenii.

2) Femei fumătoare peste vârsta de 35 de ani.

3) În timpul lactaţiei.

4) Hipertensiune arterială medie sau bine controlată.

5) Boli sistemice cronice în care estrogenul poate exagera boala.

6) Femei cu diabet sau obezitate.

7) Înainte de intervenţii chirurgicale.

8) Toate formele de migrenă.

Astfel de stări cum sunt: sarcina şi afecţiuni ale sânului reprezintă un risc inacceptabil pentru sănătate în cazul folosirii PNP.

PNP se administrează diferit de pilulele combinate: se ia câte o tabletă care conţine hormonul sintetic activ în fiecare zi. Pilula se administrează din prima zi a ciclului menstrual. Fără întrerupere, pe toată perioada în care este necesară contracepţia. În consecinţă, nu mai există sângerare lunară care să fie considerată menstruaţie, ca în timpul administrării COC. De aceea, pilulele numai cu progestative au o popularitate redusă întrucât apare o incidenţă crescută a sîngerărilor neregulate şi o rată crescută a sarcinii. Pilulele trebuie luate la aceeaşi oră în fiecare zi, de obicei seara, deoarece efectul maxim asupra mucusului

cervical apare după aproximativ 4 ore şi pilula va fi efectivă la ora când majoritatea oamenilor au contact sexual.

Informaţii pentru utilizare:

1) Dacă pacienta ia pilula cu o întârziere de 3 ore sau o uită complet, se va administra o pilulă atunci când se recunoaşte greșeala şi se va folosi o altă metodă contraceptivă, cum ar fi prezervativul timp de 48 ore după ce s-a reluat administrarea pilulelor.

2) Dacă s-au uitat 2 sau mai multe pilule şi actul sexual a avut deja loc, se va folosi contracepţia postcoitală. Pacienta va fi supravegheată pentru a exclude sarcina.

3) Când se hotărăşte întreruperea acestei metode contraceptive, administrarea pilulei trebuie întreruptă în prima zi a unui ciclu. Dacă pacienta nu doreşte o sarcină, trebuie folosită imediat o altă metodă contraceptivă.

4) PNP ca şi COC nu protejează împotriva infecţiei cu HIV/SIDA sau a infecţiilor cu transmitere sexuală.

Efecte secundare – se pot întâlni următoarele efecte secundare:

1) Efecte progestative – cefalee, hipertensiune, infarct miocardic

2) Efecte androgenice – creşterea apetitului şi a greutăţii corporale, depresie, astenie, plăcere sexuală diminuată, ten gras

3) Efectul advers cel mai des întâlnit este sângerarea neregulată

4) Poate să apară amenoree

5) Când apare o sarcină la femei care utilizează PNP trebuie investigată posibilitatea ca aceasta să nu fie ectopică.

Tema 5. Contraceptivele injectabile.

Contraceptivele injectabile reprezintă o formă de contracepţie hormonală feminină folosind hormoni de sinteză, administraţi parenteral şi care au efect îndelungat. Efectul îndelungat permite administrarea la intervale mari de timp a unor doze mari.

La ora actuală există 2 mari categorii de CI clasificate după compoziţia chimică:

1) CNP (contraceptive injectabile numai cu progestative)

2) CIC (contraceptivele injectabile combinate)

După durata de acţiune injectabile se clasifică în:

1) injectabile administrate la 3 luni;

2) injectabile administrate la 2 luni;

3) injectabile administrate lunar.

A. Contraceptivele injectabile numai cu progestative (CNP)

Se estimează că peste 30 milioane de femei au folosit injectabile în scop contraceptiv pînă în prezent. Există 2 injectabile numai cu progestative sintetice: DMPA şi NET-EN (Depo-medroxiprogesteron; Norethisteron-enanthat). Pentru indivizii sau cuplurile care caută o metodă contraceptivă sigură, injectabile au eficienţă contraceptivă comparabilă sau mai bună decît a contraceptivelor orale. Rata de eşec a DMPA este apreciată la 0-1 sarcini la 100 femei pe an, aproape echivalentă cu a sterilizării, iar pentru NET-EN este de 0,01-0,03 sarcini la 100 femei pe an sau de 0,4-2 sarcini la 100 femei pe an. Rata de eşec este mai crescută la femeile tinere, mai fertile şi în mod paradoxal la femeile slabe, mai ales în ţările în curs de dezvoltare, decât la diferitele grupe etnice. Nu este necesară o perioadă de întrerupere a administrării. CNP pot fi folosite fără întrerupere atâta timp cât timp femeia doreşte evitarea sarcinii. Nu există un efect cumulativ al injectabilelor, în special al celor administrate la intervale mari; timpul necesar eliminării medicamentelor din organism este acelaşi după multiple injecţii ca şi după o singură administrare. Nu există nici un motiv medical pentru întreruperea utilizării metodei (amenoree, tulburări menstruale).

Se notează o întârziere, dar nu o pierdere în revenirea febrilității după utilizarea injectabilelor progestative. După întreruperea DMPA, majoritatea femeilor suferă o întârziere în revenirea ovulaţiei, întârziere deosebit de variabilă ca durată în timp. Femeile care doresc sarcină după întreruperea DMPA trebuie să aştepte cel puţin câteva luni până la concepţie. Timpul mediu de la întreruperea metodei până la concepţie este de aproximativ 9 luni, inclusiv cele 3 luni în care medicamentul este activ; peste 90% din femei devin gravide în primii 2 ani după întreruperea DMPA. Întârzierea în revenirea fertilităţii după NET-EN este mai mică decât după DMPA.

Injectabilele numai cu progestative se clasifică în 2 grupe principale, după moleculele de bază din structura lor, ca şi după intervalul la care este necesară administrarea:

1) Injectabil administrat la fiecare 3 luni: DMPA

2) Injectabil administrat la fiecare 2 luni: NET-EN

În prevenire sarcinii, DMPA şi NET-EN acţionează prin:

1) Inhibaţia ovulaţiei.

2) Creşterea viscozității secreţiilor cervicale, ce devin astfel o barieră pentru spermatozoizi.

3) Modificarea ratei transportului tubar.

4) Transformarea endometrului care devine impropriu implantării.

Avantajele CNP sânt de 2 feluri: contraceptive şi noncontraceptive.

Avantajele contraceptive:

1) Eficienţă crescută mai mare chiar decât a COC deoarece nu este necesară memoria utilizatoarelor, oferind libertatea de „teama uitării” – o problemă a metodelor cu pilule contraceptive.

2) Convenabile – nu sânt legate de actul sexual.

3) Reversibile (cu oarece întârziere).

4) Nu conţin estrogeni.

5) Nu implică manipularea organelor genitale.

Avantajele non-contraceptive sânt:

6) La multe femei există o reducere a tulburărilor ciclului menstrual:

- sângerări menstruale mai reduse
- reducerea anemiei
- ameliorarea dismenoreei
- reducerea durerii legate de ovulație

7) Protecţie împotriva bolii inflamatorii pelviene.

8) Prevenirea sarcinii ectopice, datorită inhibiţiei ovulaţiei.

9) Reducerea chistelor ovariene.

10) Protecţie faţă de cancerul endometrial.

11) Efecte sociale, metoda fiind numai sub controlul femeii.

Dezavantajele:

1) Metoda nu poate fi întreruptă odată ce injecţia a fost administrată

2) Forma de administrare prin injectare nu este acceptabilă de unele femei

3) Tulburări menstruale

4) Creştere ponderală

5) Întârzierea revenirii fertilităţii

6) Cloasma – pete „cafea cu lapte" la nivelul feţei după expunere la raze ultraviolete

7) Depresie

8) Efecte subiective

Injectabilele reprezintă prima şi principala alegere dacă femeia doreşte o metodă sistemică, nelegată de actul sexual şi dacă alte metode nu sînt acceptabile.

Acestea includ categoriile:

1) anomalii ale coagulării

2) pregătirea pentru intervenţiile chirurgicale

3) femeile care uită să-şi ia pilulile

4) femeile care necesită maximă protecţie după imunizarea împotriva rubeolei

5) femeile care au indicaţii de folosirea pe termen lung a progestativelor

6) femeile tinere ai căror partineri au mai multe partenere

7) la alegerea femeii

Deoarece doza este mare, reversibilitatea lentă şi amenoree mai frecventă, alegerea injectabilelor numai cu progestative este limitată de unele condiţii legate de astfel de stări de sănătate a femeilor cum sânt: sarcina, sângerare vaginală neexplicată, afecţiuni ale sânului.

Modul de utilizare: DMPA se administrează în doza de 150 mg. la fiecare 3 luni, iar NET-EN în doza de 200 mg. la fiecare 2 luni. Administrarea este intramusculară profundă, în fesă sau în muşchiul deltoid, zona de injectoare nu trebuie masată că altfel scade eficienţa.

În funcţie de statusul utilizatoarelor sânt mai multe forme de a începe administrarea injectabilelor.

La femeile care prezintă menstruaţie prima injecţie se administrează în primele 5 zile ale ciclului menstrual Postpartum (fie că utilizatoarea alăptează sau nu) prima injecţie se recomandă a fi administrată în săptămâna a 6-a după naştere. Administrarea mai devreme creşte riscul unor sângerări mari şi prelungite. Postabortum spontan sau la cerere injecţia se administrează în primele 7 zile după efectuarea procedurii şi nu se impune utilizarea unei alte metode concomitente: după un avort în trimestrul al doilea se recomandă întârzierea administrării injectabilelor pentru a reduce riscul sângerărilor prelungite şi mari.

Administrarea celei de-a doua sau a următoarei injecţii poate fi permisă dacă utilizatoarea nu proiectează o sarcină, doreşte să continue metoda sau dacă statusul medical este normal; în aceste condiţii administrarea poate continua oricât de mult timp este dorită. Intervalul de administrare este: 90+-7 zile pentru DMPA, 60+_5 zile pentru NET-EN. Abateri de la acest program pot fi posibile în condiţiile următoare:

1) Dacă pacienta se prezintă mai devreme pentru injecţia următoare, ea poate primi o nouă doză; DMPA nu se injectează mai devreme de 11 săptămâni după injecţia precedentă; NET-EN nu se repetă mai devreme de 7 săptămâni după injecţia precedentă.

2) Dacă pacientele întârzie cu cel mult 2 săptămâni deoarece a uitat să se prezinte la data prestabilită, injecţia următoare este permisă atît pentru DMPA cât şi pentru NET-EN.

3) Dacă întârzierea este mai mare de 2 săptămâni (4 săptămâni pentru DMPA şi 2 săptămâni pentru NET-EN) trebuie luată în considerare posibilitatea unei sarcini şi este necesar examenul de urină, examenul pelvisului sau măsurarea temperaturii bazale. Până la confirmarea sau infirmarea sarcinii sunt necesare alte măsuri contraceptive pentru a evita sarcina – abstinenţa, combinarea metodelor, pentru următoarele 10-14 zile. Dacă sarcina este infirmată, se poate administra injecţia.

Efectele secundare

1) Ca efecte secundare imediate au fost descrise un nr. redus de reacţii anafilactive la vehiculul folosit pentru DMPA.

2) Modificarea sângerării uterine, variind de la sângerări neregulate, pătări ale lenjeriei, la sângerări prelungite care în timp sunt înlocuite de amenoree. După un an de utilizare a DMPA, aproape 50% din femei prezintă cel puţin 90 zile consecutive de amenoree, iar procentul creşte odată cu continuarea metodei. Incidenţa amenoreei este redusă în cazul utilizării NET-EN (5-10%).

3) Creşterea ponderală. Majoritatea femeilor cresc ponderal până la 1,5 kg în primul an şi puţine cresc atât de rapid după prima injecţie. Femeile supraponderale par a creşte ponderal mai puţin decât cele slabe. Creşterea ponderală continuă pe măsura utilizării DMPA. Creşterea ponderală este considerată a se datora creşterii apetitului, acumulării de lipide.

4) Efecte subiective: oboseală, depresie, uscăciune vaginală, cefalee, ameţeli,căderea părului.

5) Riscul fetal.

Urmărirea regulată a femeilor asigură atât depistarea oricărei probleme cât şi administrarea corectă a injecţiilor următoare. Utilizatoarele trebuie chestionate

asupra oricăror probleme preocupări sau întrebări ce au apărut de la ultima doză/vizită, despre modificările menstruale şi despre ultima sângerare.

Pacienta trebuie să ştie următoarele:

1) Administrarea regulată a injecţiilor este esenţială pentru a evita sarcinile nedorite, este importantă administrarea injecţiilor la fiecare 2 luni (pentru NET-EN) sau 3 luni (pentru DMPA).

2) Modificările caracterului menstrual sunt obişnuite, mai ales după primele 2 sau 3 administrări. Ele sunt temporare şi nu influenţează starea sănătăţii.

3) Alte efecte minore secundare includ creşterea ponderală, cefalee uşoară, simptome care nu sunt periculoase.

4) Utilizatoarele DMPA nu rămân gravide un interval mai lung de timp după ultima injecţie, dar injectabilele nu le alterează fertilitatea pe timp îndelungat.

5) Pacientele trebuie să se prezinte la cabinet, clinică/medic ori de câte ori apare una din următoarele „semne de alarmă”:

- amenoree
- durere severă în abdomenul inferior
- sângerare abundentă
- cefalee severă
- disconfort neobişnuit sau o problemă deosebită la locul injectării.

6) După injectare, pacientele trebuie să primească un formular pe care să fie menţionate tipul injectabilului, data administrării, numele clinicii şi data următoarei injecţii.

B. Contraceptivele injectabile combinate (CIC)

Aceste contraceptive injectabile combină un progestativ sintetic cu acţiune îndelungată cu un estrogen natural cu efect scurt, metodă ce a fost dezvoltată, testată şi actualmente este aprobată în unele ţări din America Latină, China, India, Egipt. În Romînia şi Republica Moldova nu se folosesc injectabile combinate.

Aceste produse au eficienţă crescută şi efecte adverse reduse, iar caracterul sângerării vaginale este mai bun decât cel observat la injectabilele numai progestative. Rata sarcinilor este sub 0,2-0,4%.

Injectabilele combinate pot fi folosite cît timp pacientele doresc evitarea sarcinilor, nefiind necesară o perioadă de întrerupere. Printre femeile care le utilizează, rata de discontinuitate datorată modificării caracterului menstrual, creşterii ponderale şi altor efecte adverse, este mai redusă decît la injectabilele numai progestative.

Datele asupra revenirii ovulaţiei şi a fertilităţii indică o revenire la normalitate în câteva luni după întrerupere. Studii asupra funcţiei ovariene indică faptul că majoritatea revin la fertilitate la aproximativ 3 luni după ultima injecţie sau la 2 luni după ce următoarea injecţie ar fi trebuit administrată. Injectabilele combinate nu determină infertilitate.

După administrarea injectabilelor combinate efectul estrogenic este dominant în prima săptămâna, iar după 10-15 zile când nivelul estrogenic scade,devine predominant efectul progestativ.

Principalul mecanism contraceptiv al injectabilelor combinate se bazează pe abilitatea lor de a inhiba ovulaţia. Inhibiţia ovulaţiei este observată în primele 30 zile după administrarea injectabilelor combinate, existând o revenire rapidă a ovulaţiei după întreruperea administrării. Posibilitatea ovulaţiei după prima lună după tratament există în mod real şi de aceea se recomandă administrarea injectabilelor în cadrul unui interval de 30±3 zile.

Avantajele

Injectabilele combinate au interferenţe mici cu paternul sângerării vaginale şi cu revenirea fertilităţii. În primele 3 luni de utilizare, de obicei la 10-15 zile după injecţie, datorită scăderii nivelului estrogenilor pacientele prezintă sîngerări, care devin apoi din ce în ce mai regulate până la sfârşitul primului an. Majoritatea femeilor care utilizează injectabilele combinate prezintă sângerării la 10 pînă la 15 zile după prima injecţie şi apoi la 30 zile după aceea, astfel încât femeile au sângerări regulate la 10 până la 15 zile după fiecare injecţie.

Dezavantajele

Dezavantajul constă în faptul că femeia trebui să vină lunar la cabinet/clinică pentru a primi injecţia următoare, care are efectele adverse ale componentei estrogenice. Combinaţiile estroprogestative nu sânt adecvate femeilor cu risc la folosirea estrogenilor sau pentru femeile care alăptează. Ele nu protejează împotriva bolilor cu transmitere sexuală.

În alegerea injectabilelor combinate trebuie avute în vedere o serie de condiţii şi stări patologice care limitează alegerea metodei, ele sunt următoarele: sarcina, alăptare sub 6 săptămâni după naştere, hipertensiune arterială, diabet zaharat,tromboză venoasă profundă, accident vascular cerebral, cefalee, afecţiuni ale sânului, hepatită virală,tumori hepatice.

Mod de utilizare:

La femeile care prezintă menstruaţie, prima injecţie se administrează în primele 5 zile ale ciclului menstrual, intramuscular; următoarele injecţii se fac la interval de 30+_3 zile (27-33 zile). În raport cu situaţia specială a femeilor există mai multe modalităţi de începere a tratamentului.

Postpartum, dacă femeile nu alăptează, administrarea nu se începe decît după 6 săptămâni, cînd coagularea şi fibrinoliza au revenit la normal; nu se recomandă femeilor care alăptează.

Postabortum, după un avort spontan sau la cerere se pot administra imediat după efectuarea manevrei medicale.

Efecte secundare: ale injectabilelor combinate sânt: cefalee, ameţeli, variaţii ale greutăţii corporale, toate acestea variind cu etnia pacientelor.

Femeile din cele mai vechi timpuri şi până în prezent folosesc diverse metode de contracepţie pentru a se proteja de o sarcină nedorită. Printre metodele contraceptive moderne un loc important îl ocupă implantele contraceptive şi dispozitivele intrauterine.

Implantele contraceptive

Implantele care eliberează doze mici de progesteron sunt o metodă de contracepţie care permite mai mulţi ani de protecţie continuă,cu o înaltă eficienţă

împotriva sarcinii,după o singură aplicare. Din ziua implantării până la îndepărtarea lor, cu luni sau ani mai târziu, femeia nu trebuie să mai acţioneze în nici un fel pentru a se proteja împotriva sarcinii. Există mai multe implante contraceptive în dezvoltare, dar un singur implant contraceptiv şi anume sistemul Norplant, este în mod curent folosit şi produs pe scară largă. Implantul subdermic Norplant, este o metodă contraceptivă hormonală feminină reversibilă, cu acţiune eficientă pe o perioadă lungă, care conferă protecţie contraceptivă pentru 5 ani.

Clasificarea

Implantele contraceptive pot fi clasificate în funcţie de :

1. tipul de suport:
   a. Neresorbabil,
   b. Biodegradabil .
2. tipul hormonului progestativ:
   a. levonorgestrel,
   b. norethindrone,
   c. desogestrel,
3. doza eliberată şi timpul de protecţie (de la 6 luni la 5 ani).
4. tipul şi numărul capsulelor (de la 1 pînă la 6).

Norplant constă din 6 capsule flexibile subţiri, silastice, făcute din cauciuc siliconat şi umplute cu un hormon sintetic progestativ levonorgestrel(LNG). Fiecare din cele 6 capsule flexibile Norplant are 34 mm lungime şi 2,4 mm lăţime şi conţine 36 mg de progestativ sintetic levonorgestrel în formă cristalină. Protecţia contraceptivă este asigurată începând cu primele câteva ore după inserţie. Sarcina este prevenită printr-o combinaţie de mecanisme, cele mai importante fiind:

- inhibiţia ovulaţiei;
- îngroşarea mucusului cervical făcând spermatozoizii să ajungă cu dificultate la ovul;
- supresia hormonală a endometrului, prevenind astfel implantaţia.

Protecţia contraceptivă apare după câteva ore de la inserţie şi trebuie să fie inserate toate cele 6 capsule, chiar dacă pacienta doreşte protecţie împotriva

sarcinii pentru mai puţin de 5 ani de zile. La sfârşitul celor 5 ani, implantele devin puţin eficiente şi trebuie îndepărtate. Implantele sunt potrivite pentru femei de orice vârstă reproductivă sau paritate, care doresc contracepţie cu o înaltă eficienţă pe termen lung, reversibilă şi care nu necesită o manipulare zilnică. Ele sunt de asemenea indicate pentru :

- femeile care au deja numărul dorit de copii şi care nu doresc sterilizare voluntară;
- femeile care prezintă efecte negative la COC (contraceptivele orale combinate)sau nu doresc să folosească un contraceptiv cu conţinut de estrogeni ;
- mamele care alăptează după 6 săptămâni post partum;
- femeile care fumează , de orice vârstă şi în orice cantitate.

Tehnica inserţiei şi extragerii implantului

Inserţia

Pentru a minimaliza riscul infecţiei, atât inserţia cât şi îndepărtarea implantului trebuie să fie efectuată într-un cabinet medical şi este de cea mai mare importanţă să fie menţinută o tehnică sterilă în timpul celor 2 proceduri. Implantele Norplant pot fi inserate la orice moment în timpul ciclului menstrual, când există certitudine că pacienta nu este gravidă. Locurile preferate pentru inserţie sunt faţa internă a braţului sau antebraţului, cu o procedură chirurgicală minoră, efectuată în condiţii antiseptice sub anestezie locală. Se face o mică incizie de 2 mm lungime şi capsulele sunt plasate pe rând cu un trocar special, imediat sub piele,în formă de evantai.

Din cauza că se foloseşte anestezie locală durerea trebuie să fie minimă sau absentă. Nu sunt necesare cusuturi pentru a închide mica incizie şi cicatricea este, de obicei, minimă. Expulzia capsulei este rară şi apare numai în prezenţa infecţiei.

Extragerea

Capsulele trebuie îndepărtate după 5 ani de utilizare, deoarece eficienţa metodei scade după acest timp.

Cel mai frecvent efect secundar şi motivul principal pentru abandonarea utilizării implantului Norplant este neregularitatea sângerării, deşi problemele legate de sângerare tind să diminueze cu creşterea duratei utilizării. Din cauza eliberării constante unor cantităţi mici de principiu medicamentos contraceptiv cantitatea totală de medicament la care este expus organismul este mică. Astfel, efectele secundare potenţiale ale steroidului contraceptiv, sunt minimalizate şi se pare că aceasta are un efect puţin semnificativ asupra metabolismului sau asupra altor parametri fiziologici.

Deşi această metodă contraceptivă este recunoscută şi pe larg utilizată în alte state, la noi în republică sistemul de contracepţie Norplant nu este înregistrat.

Tema 6. Dispozitivele intrauterine

Dispozitivele intrauterine (DIU) reprezintă piese mici, confecţionate din metal sau masă plastică, care are diferite forme şi este introdusă în uter în scop contraceptiv.

Istoric

Se ştie că, încă din antichitate, un corp străin introdus în uter are efect contraceptiv, în acele timpuri se foloseau în acest scop pietre semipreţioase lustruite în prealabil.

Era modernă a DIU începe în 1909, când în Germania, Richard Richter foloseşte ca şi DIU un inel confecţionat din gogoaşa viermelui de mătase. Invenţia lui nu a suscitat interesul lumii medicale contemporane lui. Problema este reluată de către Ernst Graefenberg în 1929, iar rezultatele cercetărilor sale au creat ample controverse pe această temă, DIU fiind în final acuzate că ar produce boala inflamatore pelvină (BIP), motiv pentru care au fost respinse de lumea medicală europeană. Mult mai norocos a fost în 1934 în Japonia, Tenrey Ota, care prezenta rezultatele studiilor sale în care a folosit ca şi DIU inele metalice, ideea acceptată fără rezerve, ceea ce a făcut ca acestea să fie folosite pe scară largă în scop contraceptiv.

După 1950, opinia împotriva DIU se schimbă şi în Europa în urma studiilor începute de către Oppenheimer în Israel şi Ishihama în Japonia, experienţe care vor duce la apariţia pe piaţă a primelor DIU în anii 60 . Ultimele decenii au adus relativ puţine noutăţi – forma de T, adăugarea de cupru şi mai nou de hormoni. După 1990 foloseau DIU în lume la acel moment mai mult de 85 de milioane de femei. Cea mai înaltă rată de folosire a DIU în lume o are China , care foloseşte 70 % din producţia mondială. Europa foloseşte 13 % din producţia mondială, SUA şi Canada – 5 %, Australia şi Noua Zeilandă – 5 % .

Astfel, DIU este folosit de către 10 % dintre femeile de vârstă reproductivă din lume.

În R. Moldova DIU este una dintre cele mai eficiente metode contraceptive, cu cea mai mare prevalenţă (38,4%). Din 1990 DIU a devenit una dintre metodele cele mai populare şi în România.

Eficienţa

Contracepţia prin DIU este una dintre cele mai eficiente metode contraceptive, cu majoritatea modelelor rata de eşec prin sarcină este între 1 şi 3 la sută pe an. Rata de sarcină pe DIU este mai mare la DIU inerte – 3% dar cu apariţia modelelor de DIU cu cupru scade. La toate modelele de DIU atât rata de eşec cât şi cea de expulzie scade cu trecerea timpului de la momentul aplicării DIU.

Durata de folosire

DIU inerte pot fi păstrate până la menopauză şi nu necesită înlocuire decât în caz de contracepţie. Toate DIU cu cupru sunt considerate eficiente până la 4 ani, iar unele până la 8 , sau chiar până la 10 ani (CuT380A). DIU cu hormoni, existente pe piaţă la ora actuală, trebuie înlocuite anual, dar sunt în stadiul experimental modelele cu acţiune până la 7 ani (Lng Nova T).

Femeile folosesc DIU timp mai îndelungat decât pe alte metode de contracepţie reversibilă. Rata de continuitate la folosirea DIU este la fel de mare ca şi cea întâlnită la folosirea contracepţiei orale, a prezervativului şi a diafragmului vaginal. Motivele principale pentru renunţarea la DIU sunt, la Multiload Cu 375 , durerea şi sângerarea, la DIU renunţând 5,9 % dintre purtătoare la un an, 10,8% la 2 ani, 14,7% la 3 ani , 18,5 % la 4 ani şi 21,2 % la 5 ani . urmează apoi renunţarea la DIU pe motive medicale, femeile renunţă la DIU dorind sarcină 5,2 % la un an şi 22% la 5 ani, iar din motive personale renunţă la DIU 2,7% la un an şi 10,4 % la 5 ani.

Reversibilitatea.

Multe femei care renunţă la contracepţie prin DIU rămân gravide la fel ca cele care nu au folosit DIU. Opiniile multor autori sunt că DIU favorizează BIP şi astfel sterilitatea de cauză tubară. Într-un studiu american din 1978 se afirmă că riscul de sterilitate tubară este de 2 ori mai mare după folosirea DIU decât după o

naştere. Riscul de sterilitate de cauză tubară variază după tipul de DIU şi după numărul de parteneri sexuali a femeii. Femeile care folosesc modelele de DIU cu cupru au risc redus de a face sterilitate din cauză tubară, faţă de cele care nu folosesc. Femeile care au un singur partener sexual, nu au risc de sterilitate tubară legat de tipul de DIU folosit, pe când acest risc apare de 3 , 4 ori crescut dacă partenerii sexuali sunt mai numeroşi.

Astfel, folosirea contracepţiei prin DIU nu afectează fertilitatea femeilor care o folosesc într- un grad important, iar revenirea fertilităţii după renunţare se face sub 12 luni.

Clasificarea

În epoca lor modernă DIU au parcurs 2 perioade distincte :

1. perioada DIU inerte;
2. perioada DIU active şi medicale.

DIU inerte

Primele dintre ele, după 1960 sunt Lippes Loop şi DIU Margulies.

Lippes Loop confecţionate din polietelenă în care se găseşte integrat bariu pentru a – l face vizibil la raze x, el are 4 mărimi, de la A la D, acest DIU a fost folosit în toate ţările în curs de dezvoltare , mai puţin în China.

DIU Lippes Loop a fost prezentat prima dată de către inventatorul său la prima Conferinţă asupra DIU de la New York în 1962 şi a devenit în scurt timp modelul standard de DIU inert. În scurt timp după apariţia acestui DIU au apărut a mare varietate de modele, dar puţine au rezistat probei timpului.

DIU active şi medicale

Această perioadă este reprezentată de modelele cu adaos de cupru şi, mai târziu de hormoni. DIU cu cupru au un mod obişnuit forma literei T cu cupru înfăşurat în jurul braţului vertical al T – ului. În 1972 apare pe piaţă modelul Copper T200 cu variantele 200, 200B, 200Ag, folosit practic în toată lumea, mai puţin SUA şi China. În 1974 apare primul model Multiload 250. Acest DIU are o formă originală cu braţele arcuite, cuprul fiind înfăşurat în jurul braţului vertical. În 1976 apare modelul Progestasert – un DIU în formă de T, care nu are cupru, braţul

vertical fiind un rezervor care conţine 38 mg de progesteron din care eliberează zilnic 65 mg. În 1979 este produs modelul Nova T, ale cărui braţe orizontale sunt elastice, în 1980 este produs Cu T 220 C, care are cuprul sub formă de ,, mânecuțe" adică 2 tubuleţe pe braţele orizontale şi 5 pe cele verticale.

Primul DIU a fost confecţionat din gogoaşa viermelui de mătase următoarele din cupru şi oţel. O dată cu apariţia polietilenei aceasta a fost folosită la toate modelele de DIU, de la Lippes Loop la modelele contemporane în formă de T. pentru a permite vizualizarea la raze x , în polietilenă a fost adăugat bariu. Pentru a amplifica reacţia de corp străin, s – a adăugat cupru, la început numai în formă de fir îngroşat în jurul braţului vertical al T – ului şi apoi sub formă de tubuleţe, numite ,, mânecuțe" sau folosindu-se ambele tipuri. Folosirea în locul cuprului a unor metale nobile (argint, aur, platină.)nu măreşte eficienţa contraceptivelor.

Reversibilitatea

Efectele asupra fertilităţii al DIU nu sunt încă pe deplin cunoscute. Studiile recente sugerează că efectul DIU intervine precoce în procesul de reproducere, acționând asupra spermatozoizilor înaintea momentului fecundaţiei. Se crede actualmente că mecanismul principal al DIU cu cupru este prevenirea fertilităţii prin afectarea viabilităţii spermei şi prin interferarea mişcărilor şi transportului spermatozoizilor. Asupra eficienţei contracepţiei DIU nu acţionează tratamentul antibiotic, tratamentul cu prostaglandinele, însă persoanele care fac tratament imunosupresor şi au şi DIU fac relativ frecvent sarcină. De aceea când se foloseşte tratamentul respectiv, precum şi cu corticosteroizi este bine să se renunţe la DIU şi să se folosească o metodă alternativă de contracepţie.

Avantajele şi dezavantajele DIU

Avantajele

1. siguranţa – ca metodă de contracepţie, DIU are un înalt grad de siguranţă. Riscurile la care este expusă starea de sănătate a femeii purtătoare de DIU sunt puţine la număr (BIP, anemia secundară metroragiilor însemnate, riscul bolilor transmise sexual – SIDA.)
2. nu necesită manopere suplimentare (o dată înserat);

3. nu întrerupe continuitatea actului sexual ;
4. necesită rare controale medicale;
5. la peste 70% dintre cazuri nu are efecte secundare însemnate ;
6. dispozitivul poate fi lăsat pe loc un număr de ani ;
7. nu există dovezi că ar creşte frecvenţa cancerului de col ;
8. beneficii necontraceptive.

Dezavantajele

Inserţia şi utilizarea unui DIU pot fi asociate cu apariţia unor efecte secundare sau a unor complicaţii minore sau în rare cazuri majore :

1. Durerea – survine, de obicei, după inserţia DIU manifestîndu – se sub formă de contracţii uterine. Durerile nu durează mai mult de o săptămână de la inserţia DIU. Dacă durează mai mult atunci situaţia trebuie reevaluată.
2. menstruaţii abundente – toate tipurile de DIU produc o creştere de volum a sângerării menstruale, considerând ca normală o pierdere de sânge medie de 35 ml la menstruaţie;
3. hemoragia – prezentă sub formă de sângerare intermenstruală sau spotting, care dispar cu trecerea timpului, sau sângerării premenstruale. Sângerarea nu este motiv de extragerare a DIU decît dacă durează peste 8 – 10 săptămâni. Dacă sângerarea este importantă producând anemie secundară atunci DIU este extras în scop hemostatic.
4. scurgerea vaginală – purtătoarele de DIU au o scurgere mucoidă şi apoasă, care nu are semnificaţii patologice. Dacă ea este fetidă şi neplăcută atunci poate fi semnul de debut al unei infecţii.
5. infecţia – de la prima folosire a DIU, contribuţia acestuia la declanşarea BIP (termen generic pentru orice infecţie ascendentă de la col la uter, trompe şi ovare) sau la reactivarea ei a fost un subiect de controversă deoarece între 1-2 % dintre femeile de vârstă reproductivă fac pe an boală inflamatorie pelvină (BIP). Sa ajuns la concluzia că purtătoarele de DIU au de 1,5 – 2,6 ori şanse de a face BIP, risc care creşte dacă femeia are mai mulţi parteneri sexuali.

6. perforaţia uterină (frecvenţa de 1 la 1000 cazuri) survine din manopera de aplicare a DIU şi se poate produce din canalul cervical sau la fundul uterului. Perforaţia poate fi parţială, în grosimea peretelui uterin sau completă, DIU trecând prin peretele uterin în cavitatea peritonială. Ea poate trece neobservată, uterul cicatrizându-se fără urmări.
7. expulzia după inserţie - contracepţiile uterine pot mobiliza DIU expulzându-l complet sau parţial. Expulziile sunt mai frecvente în primul an după aplicarea DIU, iar în acest an mai frecvente în primele 3 luni.
8. sarcina – frecvenţa sarcinii la purtătoarele de DIU este estimată între 1 şi 2%, iar când ea survine, la 2 din 3 cazuri DIU este pe loc. Dacă sarcina survine pe DIU cu firele prezente, riscul de avort este mai mare lăsându-l pe loc decât extrăgându-l. Dacă DIU nu are firele prezente, extragerea putându-se face numai cu un cârlig, riscul de avort este mai mare prin extragere decât lăsându-l pe loc.
9. sarcina ectopică – cercetările au demonstrat că purtătoarele de DIU au cu 50 % mai multe şanse de a avea o sarcină ectopică decât femeile care nu au DIU, deoarece:

a) DIU nu previne la fel de bine sarcina ectopică ca şi pe cea intrauterină.
b) DIU este direct legat de declanşarea infecţiilor şi inflamaţiilor care afectează trompele.

În cazul în care femeia care doreşte să folosească DIU are leziuni anatomice ale inimii, contracepţia DIU este contraindicată , deoarece apare riscul crescut de endocardită bacteriană, riscul cel mai mare fiind în momentul inserţiei DIU.

Folosirea DIU este sau trebuie evitată dacă în antecedentele bolnavei sunt infecţii pelviene şi endocardită. În cazul în care femeia care solicită contracepţie, având proteze valvare cardiace, este bine să se evite folosirea DIU, recomandând o metodă alternativă. Folosirea DIU în acest caz prezintă risc de endocardită bacteriană.

Indicaţii care limitează alegerea metodei

- DIU sunt indicate, înainte de toate, femeilor multipare, care nu doresc să folosească contracepţia orală hormonală sau cele cărora aceasta le este contraindicată;
- Nuliparelor care nu pot folosi celelalte contracepţii;
- Femeile distrate, care uită repede în special celor care au experienţa unei sarcini nedorite uitând să ia la vreme pilulele;
- Femeile care au renunţat la contracepţia hormonală, care aparţin grupei de vârstă 35 – 40 ani şi care nu doresc altă metodă de contracepţie;
- Femeile care nu au contacte sexuale frecvente sau îşi întâlnesc partenerul ocazional;
- Practic DIU poate fi folosit de orice femeie, la solicitarea acesteia, dacă nu există stări care să limiteze alegerea metodei.

La fel ca şi celelalte metode contraceptive DIU nu sunt indicate oricărei femei şi oricând. Stările care limitează alegerea metodei sunt absolute şi relative :

1. sarcina;
2. infecţie puerperală după naştere la femeile care alăptează sau nu;
3. după avort septic;
4. sângerarea vaginală neexplicată înainte de evaluare;
5. afecţiuni ale sânului : cancer în prezent;
6. cancer de col uterin (înainte de tratament);
7. cancer endometrial, ovarian (înainte de tratament);
8. boală inflamatorie pelviană (în prezent sau în ultimele 3 luni);
9. boli cu transmitere sexuală (în prezent sau în ultimele 3 luni);
10. boală trofoblastică malignă;
11. anomalii anatomice(cavitatea uterină deformată);
12. tuberculoză genitală cunoscută.

Grupele speciale de pacienţi

Post-partum

Inserţia post-partum a DIU nu este acceptată unanim de către practicieni. Dacă este acceptată ea trebuie făcută imediat după momentul naşterii (2- 3 zile după naştere), având un risc de expulzie mai mare prin contracţiile uterine pe care le va declanşa. DIU poate fi înserat şi după 6 săptămâni după naştere sau chiar mai târziu dacă femeia nu a avut menstruaţie, contacte sexuale după naştere sau dacă a folosit alte metode de contracepţie.

Post-avortum

DIU poate fi plasat în cavitatea uterină imediat după un avort spontan sau la cerere, acceptând posibilitatea unei evacuări incomplete a sarcinii sau a unei endometrite. Mulţi pacienţi preferă inserţia DIU la 3 săptămâni după avort sau după prima menstruaţie.

Inserţia

DIU poate fi inserat:

1. teoretic oricând în timpul ciclului menstrual, dar de obicei nu mai târziu de ziua a 19-cea la un ciclu de 18 zile pentru a evita o oarecare sarcină incipientă. Aplicarea DIU la menstruaţie sau imediat după aceasta este recomandată deoarece este exclusă sarcina, colul este moale, orificiul extern deschis ceea ce face ca durerile şi sângerările după momentul inserţiei DIU să fie minime. Dezavantajul este marea rată de expulzie, care se reduce la aplicarea DIU post – menstruală ; inserţia post – menstruală are o frecvenţă mai mare a sângerărilor şi a durerilor;
2. după naştere aplicarea urmată de o mare rată de expulzie pe care unii autori încearcă să o evite modificând forma DIU, prin folosirea unui fir de catgut înfăşurat în jurul DIU şi apoi fixată de peretele uterin prin introducerea capătului firului în grosimea miometrului. Se preferă catgutul cromat , care se topeşte în 2 – 3 săptămâni, interval în care uterul revine la forma lui normală;
3. după un avort la cerere. Rata de expulzie nu este mai mare dacă sarcina nu este mai mare de trimestrul I;
4. după un avort spontan;

5. în timpul unei secţiuni cezariene;
6. după un contact sexual neprotejat, ca şi contracepţia de urgenţă.

Teoretic există 2 tehnici de bază în ceea ce priveşte inserţia DIU :

a) tehnica împingerii;
b) tehnica retragerii.

Tehnica împingerii, a expulzării DIU , folosită în special la modelul Lippes Loop. Dispozitivul de aplicare, având în interior DIU este introdus prin canalul cervical, iar după depăşirea orificiului intern al canalului cervical fixăm tubul aplicator, iar cu tija – piston împingem DIU în cavitatea uterină.

Tehnica retragerii, folosită la modelele T . Dispozitivul de aplicare se introduce prin canalul cervical, progresiv până la fundul uterului. Apoi, ținând fixată tija – piston vom trage spre noi tubul , care conţine DIU , care va fi eliberat în cavitatea uterină reluându-și forma.

Extragerea DIU

DIU poate fi extras în cazurile :

1. dacă pacienta doreşte o sarcină;
2. dacă doreşte să schimbe metoda de contracepţie;
3. în cazul apariţiei complicaţiilor;
4. în cazul instalării menopauzei, DIU va fi extras la 12 luni după ultima menstruaţie.

Extragerea DIU se poate face oricând în timpul ciclului menstrual. Extragerea DIU se realizează diferit în funcţie de prezenţa, ruperea sau lipsa firului de reper.

Toate modelele de DIU disponibile la ora actuală au avantajele lor, dar există unele consideraţii generale care uşurează procesul de alegere a modelului potrivit de DIU:

1. modelele cu cupru s – au dovedit a fi mai sigure şi mai eficiente decât cele inerte şi au o durată de acţiune mai lungă.
2. modelele de dimensiuni mai reduse produc mai puţin dureri şi sângerări în comparaţie cu cele de dimensiuni mai mari;

3. la alegerea modelului de DIU trebuie de ţinut cont de particularităţile clientei, de mărimea şi forma cavităţii uterine, de paritatea şi vârsta ei.
4. este foarte util ca specialistul să folosească talonul pacientei din fişa tehnică a DIU, care se găseşte în ambalaj la un loc cu acesta. Astfel, dacă clienta va solicita ulterior un alt specialist, el va şti ce fel de DIU poartă aceasta, data aplicării lui, date utile atât pentru urmărirea pacientei, cât şi pentru manopera de extragere a lui.

Orientările moderne

Pe piaţă au apărut 2 modele noi de DIU :

1. Flexi Gard
2. Levonorgestrel 20 .

Flexi Gard (Cu Fix 390) a apărut în urma cercetărilor unui colectiv belgian, condus de către Dirk Wildemeerschel. Acest tip de DIU constă dintr-un singur filament de nailon, pe care se află înşirate 6 benzi de cupru, asemănătoare cu cele de pe Cu T 380 A. La capătul proximal, firul are un mic vârf care se înfige 1 cm în grosimea uterului cu ajutorul unui stilet special. Primele rezultate sunt încurajatoare : nu apare durere după inserţia firului în miometru, nu apar reacţii inflamatorii, nu produce dismenoree, iar sângerările sunt similare cu cele produse de celelalte modele cu cupru. Sarcina pe DIU – 0, 3%, iar expulzia – 0, 9% în primul an. Varianta Cu Fix P P 330 este identică cu Flexi Gard, cu excepţia unui mic con biodegradabil la nivelul capătului proximal, el înserându-se cu ajutorul aceluiaşi stilet în peretele uterin imediat după naştere şi expulzia placentei.

DIU Levonorgestrel 20 este un sistem contraceptiv intrauterin hormonal care constă dintr-un DIU Nova T, care are în braţul vertical o capsulă din care se eliberează levonorgestrel, în cantitate de 20 mg/zi. Sistemul este produs de Shering/Leiras sub numele Mirena ®. Studiile iniţiale au arătat un grad deosebit de eficienţă contraceptivă – rata de eşec (Pearl) este de 0, 14 % pe an, comparabilă cu cea a sterilizării chirurgicale. Durata recomandată de folosire a dispozitivului Mirena este de 5 ani după care ar trebui extras şi dacă este nevoie, înlocuit imediat cu un nou dispozitiv.

Mecanismul de acţiune al Mirena este bazat pe efectul local al levonorgestrelului în cavitatea uterină : îngroşarea mucusului cervical, inhibarea motilităţii şi activităţii spermatozoizilor în cavitatea uterină şi în trompe (prevenirea fertilităţii) şi prevenirea dezvoltării endometriale. La un număr redus de femei se produce şi inhibarea ovulaţiei şi o reacţie slabă de corp străin. După îndepărtare a dispozitivului, endometrul revine la aspectul normal şi menstruaţia revine în decurs de 30 de zile. Dispozitivul se asociază cu o incidenţă redusă a sarcinii ectopice, menstruaţiile sunt fără sângerări abundente, ba mai mult apare oligo şi amenoreea, nu produce dismenoree (ameliorează în 35 % din cazuri dismenoreea) şi se asociază cu o rată redusă a BIP. Mirena este opţiunea ideală pentru femeile multipare care au nevoie de contracepţie eficientă şi de lungă durată. Stările care limitează utilizarea sunt aceleaşi ca la DIU cu cupru.

Tema 7. Metoda de barieră şi spermicidele /MBS/

Definiţie.

Înainte de răspândirea contraceptivelor orale şi a dispozitivelor intrauterine (DIU), metodele de barieră au fost cel mai frecvent utilizate. Din teama instalării efectelor adverse ale contraceptivelor orale şi a dispozitivelor intrauterine, frecvent multe cupluri s-au întors la metodele de barieră.

Metodele contraceptive de barieră sunt metodele care blochează mecanic accesul spermei în tractul genital feminin.

Spermicidele sunt substanţe chimice care ucid spermatozoizii. Ele pot fi utilizate independent sau ca parte a metodelor de barieră vaginale.

Clasificare.

Metodele contraceptive de barieră se clasifică în:

- metodele de barieră masculine
    - prezervativul masculin
- metodele de barieră feminine
    - prezervativul feminin
    - diafragma
    - cupola cervicală
    - capişonul boltit
    - vimula

Prezervativul (P).

Definiţie.

Prezervativul – este o membrană de cauciuc, numită ca barieră în timpul actului sexual destinat pentru protecţia de boli cu transmitere sexuală şi prevenirea sarcinii nedorite.

Istorie.

P s-ar părea că datează din timpurile romane când intestinele animale erau utilizate pentru a preveni răspândirea bolilor transmise sexual. În 1564 după Hristos, anatomistul italian Falopius a descris utilizarea tecilor de pânză. În secolul XVIII-lea prezervativul pentru 1 dată a fost utilizat pentru parvenirea graviditătii.

Marea Britanie pare să fie prima ţară care a comercializat prezervativul. Iniţial, tecile erau făcute din membrane animale, iar în Statele Unite „pieile naturale” sunt vândute ca şi articole de lux. Apariţia prezervativelor de cauciuc a fost posibilă după vulcanizarea cauciucului în 1884 de Hancock şi Goodyear.

Clasificarea.

Majoritatea **P** sunt confecţionate din cauciuc natural, foarte subţire, unele sunt făcute din ţesut animal (cec de miel).

Prezervativele se clasifică prin:

- formă – simplă sau cu rezervor
- culoarea – alb, transparent, colorat
- lubrifiere – cu ulei de silicon, geluri, pudră sau nelubrifiate
- grosime – de la foarte fin la standard
- textura – neted, cu triuri
- cu sau fără spermicid

Eficienţa prezervativului împotriva sarcinii poate fi privită din două puncte de vedere. În cazul folosirii corecte şi constante eficienţa este crescută 97%. În cazul folosirii tipice, care include folosirea inconstanţă sau incorectă, rata sarcinii poate ajunge la 10-15%. Eficienţa oricărei metode, inclusiv a P. depinde de constanţa şi corectitudinea utilizării.

Frecvent s-a sugerat ca utilizarea prezervativului şi spermicidelor în acelaşi timp ar determina o rată a eşecului mai scăzut decât cea asociată utilizării doar a unei dintre aceste metode.

Probabilitatea anuală a eşecului în cazul utilizării perfecte a ambelor, este mult mai redusă faţă de contracepţia orală.

Descriere.

P.m. sunt făcute din cauciuc sau ţesut colagen prelucrat („piele”). Prelucrate în variate forme şi culori, ele sunt cilindrii de 15-20 cm lungime şi 3-3,5 cm în diametru, deschis la unul din capete şi cu o margine continuă. P. sunt rulate spre margine şi uneori lubrificate. Lubrificanţii sunt unul dintre următoarele substanţe:

ulei de silicon, jeleuri, pudră uscată sau spermicide. **P.** de piele sunt făcute din intestin cecal de miel.

P.f. mai este numit „P vaginal" este alcătuit din poliuretan, conţinând 2 inele flexibile, un inel localizat la capătul închis al **P** se inserează în vagin, iar al doilea inel la capătul deschis rămâne în afara deschiderii vaginale şi este lubrifiat eficient cu silicon, are 17 cm lungime şi 7 cm diametru.

Mecanismul de acţiune.

Prezervativele sunt concepute pentru a înveli penisul în timpul actului sexual, prevenind ca sperma şi microorganismele să ajungă în canalul cervical, el previne de asemenea contactul secreţiilor şi microorganismelor din tractul genital al femeii cu penisul partenerului.

Frecvent este recomandată utilizarea prezervativelor şi a spermicidelor împreună cu prezervativul. Sperma ejaculată în prezervativul cu spermicide este rapid inactivată. Pe suprafaţa internă şi externă a prezervativului se găseşte nonoxynol – 9. Prezervativul cu spermicid prezintă eficienţa înaltă în uciderea spermatozoizilor în interiorul **P.**

Indicaţii.

Prezervativele pot fi utilizate în următoarele situaţii:

- când alte metode nu sunt acceptate de cuplu;
- când cuplul doreşte ca bărbatul să utilizeze o metodă reversibilă;
- în perioada de instrucţie pentru utilizarea unui capişon sau în timpul aşteptării instalării efectului contracepţiei orale;
- postpartum;
- când raporturile sexuale au loc rar;
- după vasectomie în primele 3 luni;
- când unul dintre parteneri este infectat HIV sau prezintă altă boală cu transmitere sexuală.

Stări care limitează alegerea metodei.

Conform criteriilor de eligibilitate OMS, nu există nici o stare în care utilizarea prezervativului masculin să reprezinte un risc inacceptabil pentru

sănătate (categoria 4 OMS). Există doar o stare în care riscurile teoretice sau practice depăşesc avantajele metodei (categoria 3 OMS), şi anume alergia la latex. Aceasta nu se aplică la prezervativele din materiale plastice.

O altă situaţie care poate limita folosirea prezervativului masculin este inacceptabilitatea psihologică. Prezervativele din materiale naturale prezintă un risc de infecţie, permiţând pasajul virusurilor. De asemenea, o altă stare care limitează alegerea metodei este la bărbaţii care nu pot menţine erecţia.

Modul de utilizare:

- se verifică data fabricaţiei şi integritatea ambalajului;
- se deschide ambalajul cu atenţie, evitând deteriorarea prezervativului;
- se evită orice contact genital înainte de aplicarea prezervativului;
- nu se derulează prezervativul înainte de aplicarea pe penis;
- se pensează capătul închis al prezervativului şi se derulează prezervativului în întregime spre baza penisului în erecţie;
- după ejaculare, se retrage penisul ţinând cu atenţie de marginea prezervativului la baza penisului, pentru a evita scurgerea de spermă în vagin;
- se verifică existenţa unor eventuale rupturi ale prezervativului şi apoi se aruncă;
- prezervativul nu se refoloseşte;
- prezervativul este de folosinţă unică.

Diagnosticul şi tratamentul efectelor secundare

Principalul efect secundar al prezervativului este alergia.

Alergia la spermicid a partenerilor poate fi rezolvată prin utilizarea unor prezervative speciale din latex cu lubrifiant dar fără spermicide. În cazul ruperii prezervativului, femeile pot opta pentru contracepţia de urgenţă în primele 72 de ore după actul sexual. Dacă femeia se plânge de durere, usturime sau prurit, se va avea în vedere posibilitatea existenţei alergiei legată de folosirea prezervativului.

Avantajele:

- acţionează imediat;

- sunt lipsite de nocivităţi, sânt sub controlul femeii, pot fi utilizate aproape de toate femeile (P.f.);
- implică bărbatul în planificarea familiei (P.m.);
- oferă contracepţie temporară, la momentul necesar, metoda este reversibilă;
- au eficienţă înaltă dacă sunt utilizate corect;
- nu influențează la alăptarea cu sin;
- nu prezintă nici un risc pentru sănătate;
- pot fi utilizate ca metodă de siguranţă în combinaţie cu alte metode contraceptive;
- nu au efecte adverse sistemice;
- sunt relativ ieftine şi accesibile;
- se distribuie fără reţetă;
- nu necesită examinarea medicală înaintea de utilizare;
- este singura metoda contraceptivă care asigură protecţia contra BTS şi HIV;
- pot prelungi timpul de erecţie şi perioada de până la ejaculare;
- ajută la prevenirea cancerului colului uterin.

Dezavantajele:

- au o eficacitate medie;
- sunt eficiente doar dacă cuplul respectă cu strictețe toate instrucţiunile;
- reduc sensibilitatea penisului ceea ce poate împiedica menţinerea erecţiei;
- necesită condiţii speciale pentru păstrare;
- cer să ai o rezervă de P înainte de a începe un contact sexual;
- sunt de o singură folosinţă;
- riscul ruperii până la 12%;
- riscul de alergie;
- dependenţa de actul sexual, trebuie folosit la fiecare act sexual;
- aspectele psihologice dificile, pentru unele.

Informaţii pentru utilizator.

Utilizatorul trebuie să cunoască:

- modul corect de folosire, a **P**;
- avantajele şi dezavantajele metodei;
- eficienţa metodei este maximă dacă este folosit corect şi constant;
- prezervativul trebuie păstrat în loc rece, ferit de lumină, căldură şi umiditate;
- să nu se folosească prezervative care au aspect modificat;
- să nu se folosească pentru lubrifierea **P** produse pe bază de uleiuri minerale şi vegetale;
- dacă prezervativul a fost din greşeală derulat pe dos, se aruncă şi se foloseşte altul nou;
- folosirea contracepţiei postcoitale în cazul ruperii **P**.

Diafragma. Cupola cervicală.

Diafragma reprezintă o cupolă moale din cauciuc care acoperă colul unterin şi se inserează în vagin înaintea actului sexual. Înainte de înseraţie se întrebuinţează gel sau o cremă spermicidă.

Istoric.

Diafragma este o metodă foarte veche, datând din 1850 înainte de Hristos, unde într-un papirus a fost descris ca un pesar alcătuit parţial din fecale de crocodil. Capişoanele ocluzive nu apar până în secolul al XIX. În jurul 1838 Wilde a descris utilizarea unui pesar de cauciuc, care a fost precursorul cupolei cervicale. Mai târziu, în 1882, germanul Hasser a introdus diafragma.

Prevalenţa.

Diafragma a atins un vârf de popularitate în jurul anului 1959 şi capişonul cervical, în jurul anului 1930, iar cu introducerea utilizării pilulei, folosirea diafragmei şi a capişonului cervical a început să scadă.

Eficienţa.

Rata de eşec în utilizarea diafragmei în general este 2-15% femei pe an. În cazul capişonului cervicale rata graviditătii variază între 8-20% de femei pe an.

Astfel, capişonul cervical şi diafragma au aproximativ aceeaşi eficienţă. Utilizarea spermicidelor în mod adiţional cu toate capişoanele este recomandată în scopul de a obţine o eficienţă maximă.

Al doilea punct privind eficienţa este că toate diafragmele şi cupolele sunt eficiente împotriva bolilor cu transmitere sexuală (BTS) prin două căi:

- Constituind o barieră mecanică care reduce şansa ca microorganismele să ajungă în tractul genital superior;
- prin asocierea cu spermicide, constituind şi o barieră chimică.

De fapt trebuie accentuat că acestea nu asigură o protecţie suficientă împotriva virusurilor incluzând herpesul şi infecţia cu HIV.

Clasificarea.

Sunt folosite în mod curent astăzi:

- diafragma;
- cupola cervicală;
- capişonul boltit;
- vimula (un capişon boltit modificat).

În funcţia de mecanismul de construcţie diafragmele se clasifică în:

- diafragmă cu rama plată, care este uşor de fixat şi rămâne în plan orizontal la compresie;
- diafragmă cu ramă răsucită, care are un contur răsucit spiralat şi este mai fină decât rama plată;
- diafragmă cu rama arcuită, care combină caracterele celor două mai sus descrise şi exercită o presiune puternică asupra pereţilor vaginale.

Descrierea.

Diafragma constă într-o emisferă de cauciuc subţire, cu marginea întărită de un cadru metalic flexibil plat sau răsucit. Diametrul extern variază întru 55-95 mm cu creşteri de câte 5 mm.

Capişonul cervical este ţinut la locul de fixare printr-o poziţionare precisă pe col şi acţionând prin sucţiune şi nu prin tensiunea cadrului cum este în cadrul diafragmei. Este construit dintr-un cauciuc de latex fin, pliabil şi este accesibil în 4 mărimi standard. Este conturat ca un degetar, iar cea mai frecventă varietate este capişonul cavitar, ca un cordon îngroşat încorporând o mică scobitură. Nu sunt concepute pentru purtare prelungită datorită problemelor legate de miros ce apare după 72 ore de purtare şi din cauza riscurilor teoretice de sindrom de şoc toxic.

Capişonul boltit este constituit asemănător unei cupe cu o boltă subţire. Ea acoperă dar nu se fixează aproape de col.

Vimula este o variaţie a capişonului boltit care are o prelungire asemănătoare unei cupole pentru a se acomoda prelungirii cervicale.

Mecanismul de acţiune.

Diafragma acţionează ca o barieră fizică în timpul actului sexual prevenind ca sperma să ajungă în mucusul cervical şi să ascensioneze în tractul genital superior, acoperind treimea superioară a vaginului. Prin adăugarea spermicidelor se obţine şi un mecanism de barieră chimică. S-au dezvoltat de asemenea diafragmele pentru utilizare unică şi încorporând spermicide; acestea pot oferi un mecanism adiţional contraceptiv.

Avantajele :

Diafragmei

- nu are efecte secundare induse de hormoni;
- sunt foarte eficiente când sunt utilizate corect;
- se află sub controlul femeii şi poate fi utilizată de fiecare femeie;
- oferă contracepţie temporară, iar la momentul necesar metoda este reversibilă;
- nu are influentă asupra lactaţiei;
- diafragma poate fi înserată cu 6 ore înainte de contactul sexual, deci nu este nevoie de întreruperea actului sexual;
- ajută la prevenirea BTS şi a unor afecţiuni cauzate de BTS.

Cupoli cervicale

- accesibile pentru femeile cu tonus muscular slab;
- nu sunt simţite de către partener;
- nu reduc senzaţia vaginală;
- necesită cantitate redusă de spermicide;
- pot fi lăsate pe loc mai mult de 24 ore, pot fi înserate cu multe ore înaintea actului sexual;
- nu par să producă simptome de tract urinar.

Dezavantajele:

Diafragma

- necesită examen genital şi stabilirea dimensiunii potrivite de către un furnizor de servicii de planificare a familiei;
- trebuie să fie permanent la îndemână;
- necesită respectarea regulilor de igienă;
- poate fi dificil de extras, se poate rupe în momentul extragerii;
- trebuie introdus în vagin înainte sau în timpul fiecărui act sexual;
- după naştere, femeia poate avea nevoie de diafragmă de o altă dimensiune;
- diafragma trebuie spălată minuţios cu un săpun nealcalin şi cu apă, după fiecare utilizare;
- necesită păstrarea grijulie pentru a evită deteriorarea ei;
- unele paciente se obişnuiesc greu cu diafragma.
- autoinserţia şi mobilizarea capişonului cervical este mult mai dificilă decât cea a diafragmei ;
- un miros neplăcut poate să apară în cazul în care capişonul este lăsat pe loc mai mult de o zi;
- riscul crescut pentru citologie anormală şi eroziuni;

Într-un studiu efectuat în 1991 aproximativ 4% dintre utilizatoarele de capişoane cervicale au avut rezultate anormale. Se apreciază că modificările

epiteliului cervical pot fi cauzate prin expunerea prelungită la gelurile care sunt conţinute de către capişon.

Cupola cervicală este în extremis bine tolerară de cele mai multe dintre utilizatoare. Sub 3% dintre utilizatoare se plâng de disconfort şi marea majoritatea raportează că partenerii lor sexuali nu simt acest dispozitiv.

Indicaţii

Diafragmele pot avea următoarele indicaţii:

- când cuplul doreşte ca femeia să utilizeze o metodă de barieră pentru contracepție şi găseşte alte metode ca fiind inacceptabile;
- când există motive medicale care exclud ca femeia să poată lua contraceptive hormonale sau dispozitiv intrauterin.

Indicaţii pentru utilizare a Cupolei cervicale sunt:

- când femeia prezintă infecţii recurente ale tactului genital;
- când există o necesitate pentru un capişon ocluziv la femei care nu pot utiliza diafragme, cu colul orientat în josul axului vaginal şi foarte posterior.

Indicaţii pentru utilizare a Capişonului boltit sunt:

- imposibilitatea sau inabilitatea utilizării diafragmei sau forma şi poziţia colului nu sunt compatibile cu cupola cervicală;
- cistita recurentă;
- tonusul muscular redus.

Indicaţii pentru Vimulă:

- este un col atât de lung încât să prevină sucţiunea de către un capişon boltit.

Stări care limitează alegerea metodei.

Nu există nici o stare în care utilizarea diafragmei şi cupolei cervicale să reprezinte un risc inacceptabil pentru sănătate. Există doar două stări în care riscurile teoretice sau practice depăşesc avantajele metodei şi anume alergia la latex şi sindromul de şoc toxic.

În următoarele cazuri diafragma poate fi neindicată:

- tonusul muscular vaginal scăzut sau prolaps;
- aversiune psihologică;
- inabilitatea de a învăţa tehnica de inserţie;
- anomalii congenitale;
- infecţii recurente de tract urinar;

Alte stări care limitează alegerea capişonului cervical sunt:

- col scurt sau deformat, col conic;
- scurgere purulentă care determină imposibilitatea de a ajunge la col cu degetele;
- frotiu Babeş-Papanicolau anormal.

Modul de utilizare.

Pacienta trebuie să se spele pe mâini înaintea inserării sau mobilizării dispozitivului.

Pentru fixarea diafragmei femeile trebuie să se afle în poziţie ghemuită sau cu un picior pe un scaun sau culcate pe spate.

Înainte de fixarea diafragmei trebuie aplicat gelul sau crema spermicidă, pe ambele feţe ale dispozitivului.

Diafragma trebuie lăsată în poziţie pentru minim 6 ore după ultimul act sexual. Pentru retragerea dispozitivului, se introduce un deget în vagin, sub marginea anterioară a dispozitivului şi se trage înspre în afară. După folosire, diafragma trebuie spălată, uscată şi depozitată la loc rece.

Diafragma nu se recomandă lăsată pe loc mai mult de 24 ore. Creme sau gelul spermicide trebuie întotdeauna să fie utilizate, iar dacă diafragma a fost înserată cu mai mult de 2-3 ore înaintea actului sexual, spermicidele adiţionale trebuie adăugate.

Pentru utilizatoarele de cupole cervicale este necesară poziţia culcat pe spate. Marginea cupolei este comprimată şi ghidată de-a lungul peretelui vaginal posterior până la marginea posterioară şi este chiar în spatele colului. Cupola este accesibilă pentru deschidere prin introducerea degetului mare şi împingerea sus spre col. Cupola este mobilizată prin inserarea degetului arătător între marginea

cupolei şi col şi fracţiunea lui. Crema sau gelul spermicid sunt indicate şi trebuie să fie utilizate pentru a umple o treime (1/3) din emisfera cupolei. Anterior fiecărui act sexual, poziţionarea acesteia trebuie controlată.

Cupolele cervicale trebuiesc depozitate la rece şi la întuneric. Trebuie să fie spălate după fiecare utilizare cu săpun şi apă, şi trebuie să nu se utilizeze concomitent medicaţii sau lubrifianţii vaginali pe bază de ulei.

Diagnosticul şi tratamentul efectelor secundare.

Înserarea pentru prima data a dispozitivului va fi făcută de către medic sau alt personal instruit. Cu această ocazie femeia va fi instruită asupra modului corect de folosire.

Instructorul inseră diafragma permițând femeii să simtă colul acoperit cu un cauciuc subţire. Pacienta este învăţată să insereze diafragma singură şi după aceea se corectează acoperirea colului, de fiecare dată recontrolată.

Urmărirea pacientelor care folosesc diafragma constă într-o examinare secundară după o săptămână care permite recontrolarea mărimii şi fixării. Trebuie revăzut după 3 luni şi de asemenea anual. O diafragmă trebuie schimbată după 2-3 ani sau imediat dacă au apărut orice defecte. De asemenea se schimbă mărimea D. după naştere, după intervenţie vaginală, şi după câștigarea sau pierderea a mai mult de 3 kg.

Urmărirea utilizatoarelor de cupolă cervicală să face după 3 luni de utilizare, când frotiul Papanicolau poate fi efectuat. Dacă este anormal, cupola cervicală nu va fi utilizată.

În cazul infecţiilor de tract urinar la utilizatoarele de diafragmă, avem două opţiuni: fie alegerea unei mărimi mai mici, fie alegerea unui capişon boltit. Iritaţia vaginală poate fi tratată după cum urmează: mai întâi examinarea pacientei, iar dacă se găseşte multiple vezicule sau eritem răspândit larg, vom suspecta o alergie care poate fi tratată prin schimbarea spermicidelor sau utilizarea unei alte metode, în al doilea rând trebuie să luăm probe pentru o infecţie posibilă.

Spermicidele.

Definiţie.

Spermicidele sunt una dintre cele mai vechi şi simple metode de control al fertilităţii. Spermicidele sunt agenţii chimici care neutralizează spermatozoizii în vagin înaintea penetrării orificiului cervical extern.

Istoricul.

În Egiptul antic, spermicidele erau făcute din miere şi carbonat de sodiu. La începutul secolului XX în Germania, pesare spumoase erau utilizate frecvent, iar în Japonia şi SUA au fost introduşi surfractanţii.

Prevalenţa.

Spermicidele moderne nu sunt strict metode de barieră, sunt uzual utilizate împreună cu prezervativele, diafragmele şi capişoanele cervicale. În ţările dezvoltare există foarte puţine cupluri căsătorite la vârste reproductive care recurg doar la spermicide.

Eficienţa.

Spermicidele pot fi utilizate singure sau alături de contraceptive, dar utilizarea lor singură nu este recomandată deoarece eficienţa lor este redusă. Rata de eșec raportată pentru toate tipurile de spermicide comercial accesibile este de 3-21%, atunci când sunt utilizate singure.

Eficienţa spermicidelor în prevenirea bolilor cu transmitere sexuală este relativ bună.

Clasificarea.

Spermicidele pot fi clasificate în funcţie de baza inertă.

- tablete spumate care incorporează un spermicid activ cu ingredienţi spumanţi care au afectat efervescent la contactul cu mucoasa vaginală;
- pesare care incorporează un spermicid în bază ce se topeşte la temperatura corpului;
- creme şi jeleuri care sunt conţinute în tuburi din metal uşor sau plastic, din care pot fi exprimate pe capişoane sau pe aplicatori înainte inserţiei;

- filme care sunt impregnate şi care sunt hidrosolubile pentru a fi dezintegrate în vagin;
- sprey-uri conţinând spumă în care spermicidele sunt incorporate într-o emulsie de ulei şi apă şi conţinute sub presiune.

Mecanism de acţiune

Spermicidele sunt concepute pentru aplicarea în interiorul vaginului cât mai aproape de col posibil, înainte a actului sexual. Spermicidele au două acţiuni:

- blochează progresiunea fizică a spermatozoizilor prin alterarea permeabilităţii membranale;
- ca agenţi chimici menţin sperma într-un stadiu inactiv, fără distrugerea altor ţesuturi. Ingredientele active sunt de 5 feluri:
- agenţi activi de suprafaţă;
- inhibitori ai enzimelor;
- bactericide;
- acizi;
- anestezice locale.

Avantajele:

- sunt lipsite de nocivităţii, şi se află sub controlul femeii, pot fi utilizate de orice femeie;
- oferă contracepţie temporară, iar la momentul necesar metoda este reversibilă;
- nu au efecte secundare induse de hormoni;
- nu afectează laptele matern;
- pot fi introduse în vagin cu o oră înainte de contact sexual, în acest fel fiind evitat întreruperea actului sexual;
- pot spori lubrifierea vaginului;
- pot fi utilizate imediat după naştere;
- nu necesită o consultaţie înainte de începerea utilizării.

Dezavantajele:

- necesită atingerea organelor genitale;

- unele tipuri de spermicide se pot topi în apă caldă;
- dacă nu s-a introdus înaintea actului sexual, veţi fi nevoită să întrerupeţi actul sexual;
- pastilele spumate pot crea senzaţii de căldură locală;
- sunt greu tolerate de unele femei;
- necesită o perioadă de aşteptare după aplicare.

Indicaţii

În mod normal spermicidele sunt utilizate în asociere cu diafragme, prezervative, dispozitive intrauterine, pentru a creşte eficienţa acestora.

Pot fi utilizate singure în condiţiile unei fertilităţi reduse (premenopauză).

Stări care limitează alegerea metodei

Conform criteriilor de eligibilitate OMS, nu există nici o stare în care utilizarea spermicidelor să reprezinte un risc inacceptabil pentru sănătate.

Utilizarea spermidicelor poate fi limitată în următoarele cazuri:

- alergie;
- produsele din ulei vegetal afectează integritatea cauciucului şi nu pot fi utilizate cu prezervative şi diafragme;
- spuma cu aerosoli nu trebuie utilizată cu diafragme.

Mod de utilizate

Utilizarea corectă şi constantă (la fiecare contact sexual) a spermicidelor este factorul cel mai important în minimalizarea ratei de eşec.

Înainte de folosire, trebuie citite instrucţiunile de folosire de pe ambalaj.

Se recomandă spălarea mâinilor înaintea aplicării spermicidului.

Cremele şi gelurile trebuie inserate în vagin cu un aplicator cu 4-5 minute înaintea actului sexual. Tabletele spumate sunt inserate în vagin cu 10 minute înaintea actului sexual, iar conţinătorul de spumă trebuie scuturat de minim 20 de ori înaintea umplerii aplicatorului.

Pesarele sunt inserate cu 10-15 minute înaintea actului sexual. Filmele trebuie a fi inserate înalt în vagin, deasupra colului cu 3-5 minute înaintea actului

sexual. Dacă un spermicid este inserat cu mai mult de o oră înaintea actului sexual, o doză secundară de spermicid va trebui utilizată.

Filmul trebuie să fie plasat pe vârful degetului şi împins de-a lungul peretelui vaginal posterior.

Cele mai frecvente erori în utilizarea spermicidelor sunt:

- neutilizarea spermicidului la fiecare act sexual;
- eşecul prin nerespectarea timpului necesar după inserţie pentru dispersie;
- neutilizarea unei noi aplicaţii dacă a trecut mai mult de o oră de la prima aplicare;
- utilizarea unei cantităţi prea mici de spermicid.

Buretele vaginale

Definiţie: Buretele vaginal constă dintr-un burete fin, circular, cu diametrul de 5,5 cm alcătuit din poliuretan, cu o depresiune în centrul acestuia constituită pentru a fi localizată deasupra colului şi impregnat cu nonoxinol 9. Poate fi inserat în vagin cu un interval de timp cuprins între câteva secunde şi 24 de ore înaintea actului sexual. Trebuie să fie lăsat în acest loc pentru minim 6 ore după ultimul act sexual.

Eficienţă

Indicele Pearl pare a fi 9-25% femei pe an. Diferite studii arată eşec înalt a acestei metode în ciuda învăţării optime. Creşterea eficienţei poate fi probabil obţinută prin îmbunătăţirea designului dispozitivului.

Mecanism de acţiune

Buretele vaginal acţionează pentru prevenirea sarcinii în trei moduri:

- efect de barieră;
- absorbţia de spermă;
- purtător de spermicide.

Avantajele:

- protecţie continuă pentru 24 de ore;
- o singură mărime este accesibilă pentru majoritatea femeilor;
- nu necesită prescriere medicală;

- simplu de utilizat;
- nu necesită spermicide înaintea fiecărui act sexual;
- nu necesită aşteptare după inserţie.

Dezavantajele:

- înaltă rata de eşec;
- sindrom de şoc toxic;
- iritarea penisului.

Indicaţii

- femei cu fertilitate redusă datorită vârstei, lactaţiei;
- asemănătoare spermicidelor ca şi adjuvant alături de alte metode

Stări care limitează alegerea metodei

S-au raportat cazuri de sindrom de şoc toxic (SST) în utilizarea buretelui contraceptiv, motiv pentru care antecedentele de sindrom de şoc toxic sunt încadrate în categoria 3 OMS (riscurile depăşesc avantajele metodei).

Alte stări în care utilizarea metodei poate fi:

- alergie la nonoxynol 9;
- femei tinere şi cu fertilitate înaltă.

Tema 8. Contracepţia de urgenţă.

Contracepţia de urgenţă, cuprinde metodele pe care femeile le pot folosi ca procedee de urgenţă pentru a preveni sarcina care ar urma după un act sexual neprotejat.

Contracepţia de urgenţă are următoarele caracteristici:

- este doar o măsură de urgenţă şi nu o abordare de rutină a contracepţiei
- este utilizată postcoital
- obiectivul ei este prevenirea sarcinii încă din stadiul de implantare

Contracepţia de urgenţă este numită „ contracepţie postcoitală" sau „pilula de a doua zi".

Istoricul

De-a lungul timpului, oamenii au folosit diverse metode de urgenţă pentru prevenirea unei sarcini nedorite s-au folosit diferite seminţe sau ierburi administrate oral sau plasate în vagin; exerciţii fizice violente, inclusiv mişcări neobişnuite ale corpului imediat după actul sexual ca încercare de a elimina sperma din vagin.

Primele formule de contracepţie de urgenţă, sunt probabil cele care apar într-un papirus egiptean datând din 1550 î.H, aşa numitul papirus Ebers. Aceste formule includ informaţii despre preparatele pentru uz vaginal şi oral, dar şi informaţii despre irigaţii vaginale postcoitale. Au fost utilizate de exemplu, pentru duşuri postcoitale sucul de lămâie, săpun, oţet şi mai târziu chiar băuturile gazoase, cum ar fi Coca-Cola. Aceste metode au fost foarte răspândite, dar din păcate nu şi eficiente, deoarece s-a demonstrat că spermatozoizii penetrează mucusul cervical în 90 de secunde de la momentul ejaculării.

Dezvoltarea metodelor contraceptive hormonale de urgenţă începe din anii 60, când la Universitatea Yale (S.U.A.) au fost efectuate primele studii în care s-a testat administrarea postcoitală de doze mari de estrogeni. Aceasta constă în administrare zilnică de 50 mg. de dietilstibestrol timp de 4 până la 6 zile după actul sexual.

S-au utilizat de asemenea şi alţi estrogeni, ca de exemplu etinilestrodiol şi estrogeni conjugaţi.

Tratamentul combinat estrogen-progesteron a fost introdus în 1972, iar inserţia postcoitală a unui dispozitiv contraceptiv intrauterin a fost pentru prima oară comunicat în 1976.

Femeile care solicită contracepţie de urgenţă provin din toate straturile sociale. În general ele pot fi împărţite în două grupe principale. Prima grupă include femei, care au avut un contact sexual de obicei neprotejat. Acest lucru se întâmplă frecvent cu un partener nou, în special la primul contact sexual sau în cazul relaţiilor extraconjugale. Ei cred că sarcina nu poate să apară dacă sunt tineri, dacă au contact sexual pentru prima oară sau dacă contactele sexuale sunt rare. Acest grup include de asemenea actul sexual sub influenţa alcoolului sau drogurilor, sau situaţii speciale, ca de exemplu violul sau incestul.

Al doilea grup include femeile, care au avut un eşec contraceptiv apărut ca urmare a folosirii incorecte a metodelor contraceptive (ruperea, alunecarea prezervativului şi erori de utilizare a cupolei cervicale).

Riscul de sarcină. Sarcina poate să apară ca rezultat al contactului neprotejat, care a avut loc în timpul perioadei fertile. Riscul de concepţie este cel mai mare primele 5 zile înainte de ovulaţie şi o zi după ovulaţie şi este maxim în cele 2 zile anterioare ovulaţiei.

Probabilitatea de a concepe este minimă în zilele dinainte de data următoarei menstruaţii. Însă chiar şi la o femeie cu cicluri regulate ziua ovulaţiei poate să varieze.

Riscul concepţiei specifice zilei ciclului menstrual a fost publicat de mai mulţi autori, cel mai utilizat fiind tabelul lui Dixon. Un studiu mai recent a lui Wilcox (1995) a constatat că perioada fertilă durează aproximativ 6 zile, între zilele 9-14 pentru un ciclu de 28 zile. Riscul de sarcină este de aproximativ 8% cu 5 zile înainte de ovulaţie şi creşte la aproximativ 36% în ziua ovulaţiei.

Clasificare:

1. **Metodele hormonale**
2. **Dispozitive intrauterine**
3. **Alte metode**

1. Metodele hormonale

Dozele mari de estrogeni par a fi mai eficiente decât metoda Yuzpe, dar efectele lor secundare nu permit utilizarea lor ca metodă de rutină. Eficienţa regimului Yuzpe este evidentă, din 8% de femei, care ar trebui să rămână însărcinate după un singur contact sexual neprotejat, indiferent de ziua ciclului menstrual, doar 2 % vor rămâne gravide. Alt studiu a demonstrat că în grupul tratat cu Levonorgestrel, ratele de eşec sunt de 1,1% şi 3,2% în grupul tratat cu estro-progestative.

Însă eficienţa este influenţată de intervalul de timp care a trecut din momentul contactului sexual neprotejat până în momentul administrării tratamentului.

Deci, cu cât mai rapid după expunere este iniţiat tratamentul postcoital cu atât eficienţa este mai mare.

Componente:

1. **Estrogeni în doze mari:**
   - Etinilestradiol – 5mg pe zi timp de 5 zile;
   - Premarin – 10mg pe zi timp de 5 zile
2. **Combinaţii estrogeni-progestative:**
   - Regimul Yuzpe – 0,2mg etinilestradiol plus 2,0mg norgestrel sau 1,0mg levonogestrel, administrate în două doze egale la interval de 12 ore.
   - Ovran, PC 4, Neogynona, Noral, Nordiol, Ovidon (4 tablete) – cîte 2 pilule, care conţin 0,05mg etinilestradiol şi 0,25mg levonogestrel, fiecare administrate la interval de 12 ore.
   - Euginon, Ovral – cîte 2 pilule, care conţin 0,05mg etinilestradiol şi 0,50mg norgestrel fiecare, administrate la interval de 12 ore.

3. **Progestative:**
    - Levonorgestrel, Postinor – 2 tablete de 0,75mg, administrate la interval de 12 ore.
    - Regimul Hoffman – o singură doză de 0,6mg levonogestrel (de ex. 20 de tablete de Microval, Microlut, Noorgestron).
    - Norgestrel – 0,075mg (Ovrette – 20 de comprimate) – administrate în două doze la interval de 12 ore.

Avantajele:

- Tratamentul nu este legat de actul sexual
- Metodele sunt eficiente
- Metodele sunt sigure
- Sub controlul femeii
- Tratamentul este de scurtă durată: de la 12 ore la 15 zile.

Dezavantajele:

- Tratamentul trebuie început în primele 48-72 ore după contactul sexual, în funcţie de metodă
- Nu oferă contracepţie de lungă durată, necesită folosirea metodelor contraceptive de barieră

Estrogeni în doză mare

Avantajele:

- Această metodă este foarte eficientă

Dezavantajele:

- Tratamentul trebuie început în primele 72 de ore după un act sexual neprotejat.
- Frecvenţa mare a efectelor secundare (greaţă, vărsături)
- Metoda este de obicei evitata dacă există o stare care limitează absolut alegerea terapiei cu estrogeni.
- Durata tratamentului mai lungă (5 zile) în comparaţie cu alte metode hormonale.

Combinaţiile estrogen – progesteron

Avantajele:

- Metoda Yuzpe are avantajele simplităţii. Preparatele sunt disponibile pe scară largă în multe ţări.
- Tratamentul este de scurtă durată.
- Incidenţa efectelor adverse este mai mică decât ce-a după tratamentul cu estrogeni în doze mari.

Dezavantajele:

- Eficienţa este de aproximativ 75%.

Progestative (Levonogestrel)

Avantajele:

- Regimul cu Levonogestrel s-a demonstrat a fi la fel de eficient ca regimul Yuzpe, dar este asociat cu o incidenţă semnificativ mai mică a efectelor adverse.

Dezavantajele:

- Incidenţa crescută a tulburărilor de ciclu menstrual.
- Fiecare doză a regimului nu este întotdeauna disponibilă într-o singură pilulă

Efecte secundare:

După administrarea tratamentului estro-progestativ, greaţa apare la 50% şi vărsăturile la 25% din paciente, de obicei după ce-a de-a doua pilulă.

Stări care limitează alegerea metodei

1. **Sarcina.** Prezenţa unei sarcini recent implantată poate fi dificil de diagnosticat. Un număr insuficient de sarcini au fost duse până la termen lung după eşecul tratamentului postcoital. Cele mai multe femei solicită avortul terapeutic. Oricum avortul terapeutic nu este recomandat după eşecul unui tratament hormonal postcoital

2. **Antecedentele clinice care limitează terapia estrogenică.**

Unele modificări biochimice şi fiziologice în urma tratamentului estro-progestativ apar imediat după administrarea tratamentului, altele se dezvoltă în timp (de ex.:

un atac de migrenă). Contraindicaţii ale terapiei estrogenice sunt şi diabetul zaharat, hipercolesterolemia, tensiunea arterială crescută.

3. **Expunerea multiplă.** Rata de eşec este mai mare dacă metodele hormonale au fost folosite la pacientele care au avut mai mult de un contact sexual neprotejat în ciclul respectiv.

4. **Antecedentele de sarcină extrauterină pot limita alegerea metodei.** Unele studii au semnalat apariţia până la 10% de sarcini extrauterine după tratamentul cu estrogeni.

5. **Prezentarea pacientei mai târziu de 72 ore după contactul sexual.**

6. **Alăptarea.** Nou născuţii de sex feminin pot avea o sângerare de privaţie, dacă în timpul alăptării mama foloseşte contracepţie hormonală postcoitală, care conţine estrogeni. În aceste cazuri trebuie oprită alăptarea timp de 24 de ore, pentru a reduce expunerea copilului.

Indicaţii pacientelor:

- Cea dea doua pilulă (doză) trebuie luată 12 ore mai târziu.
- Dacă vomită, pacienta trebuie să ia altă doză în funcţie de regimul folosit.
- Dacă pacienta uită sau vomită ce-a de-a doua doză din regimul Yuzpe în primele 72 ore de la contactul sexual neprotejat, ea trebuie să reia întregul tratament.
- Până la următoarea menstruaţie trebuie folosită o metodă contraceptivă de barieră sau abstinenţa.
- Menstruaţia poate să apară mai repede sau poate fi întârziată.
- E important de revenit la control dacă menstruaţia a întârziat mai mult de 7 zile sau sângerarea vaginală e mai redusă.

Dispozitive intrauterine în contracepţia de urgenţă.

Inserţia postcoitală a unui DIU, care eliberează ioni de cupru (Cooper T, Multiload, Nova T) înaintea momentului de implantare, ceea ce înseamnă cu 5-6 zile înainte de ovulaţie.

DIU cu cupru este cea mai eficientă metodă de contracepţie de urgenţă, cu o rată de eficienţă de 99,3%.

Acţionează în principiu prin împiedicarea procesului de fecundaţie. Eficienţa sa se datorează posibilităţii de a împiedica procesul de implantare a blastocitului. Ionii de cupru afectează procesele biochimice şi enzimatice implicate în implantaţie.

Avantajele inserţiei postcoitale a DIU sunt următoarele:

- Este metoda cea mai eficientă
- DIU poate fi folosita până la 5 zile după contactul sexual neprotejat, cu 48 de ore mai târziu decât limita de timp în tratamentul hormonal postcoital.
- Nu are efecte sistemice
- Este independentă de actul sexual
- Reversibilă
- Nu necesită folosirea altor metode contraceptive în ciclul respectiv
- Oferă contracepţie pe termen lung femeilor, care doresc să continue folosirea DIU ca metodă contraceptivă
- Nu influenţează lungimea ciclului menstrual

Dezavantajele:

- Inserţia unui DIU, necesită o anumită calificare şi anumite condiţii şi facilităţi.
- Inserţia poate fi dificilă şi dureroasă.
- Inserţia postcoitală a unui DIU poate produce complicaţii serioase la pacientele care prezintă o infecţie vaginală sau o boală venerică sau o boală inflamatoare pelviană.

Alte metode contraceptive de urgenţă

Danazol – este un streroid semisintetic, are un efect direct asupra steroidogenezei ovariene. Danazolul este folosit pe scară largă în tratamentul endometriozei şi a fost folosit pentru prima oară în contracepţia de urgenţă de Rowland în 1982. Se administrează 400mg Danazol în primele 72 ore de la un contact sexual neprotejat, urmate de 400mg la un interval de 12 ore sau două doze de 400mg la un interval de 12 ore.

Totuşi mecanismul de acţiune al Danazolului în contracepţia de urgenţă rămâne neclar.

Antiprogestative – s-au dovedit a fi unele dintre cele mai semnificative descoperiri endocrinologice în ultimii ani. Se administrează Mifepriston, Lilopriston, Onapriston. A fost testat şi s-a constatat că doza unică de 60mg de mifepriston administrată postcoital a fost mai eficientă decât regimul Yurpe şi Danazol, de asemenea având mai puţine efecte adverse.

S-a constatat o eficienţă de 85% indiferent de doza de mifepriston administrată. Cel mai important efect advers a fost întârzierea ciclului menstrual cu mai mult de 7 zile, de asemenea greaţă, cefalee, ameţeli, vărsături.

Avantajele:

- Este administrat în doza unică.
- Este mai eficient în comparaţie cu metodele hormonale folosite pînă în prezent.
- Efecte secundare minime
- Se poate administra timp de 5 zile după contactul sexual neprotejat.

Evaluarea pacientelor. Proceduri recomandate

Anamneza Se urmăresc şi se înregistrează:

- Vârsta şi paritatea
- Antecedentele medicale, chirurgicale şi reproductive
- Detalii legate de ciclul menstrual (regulat/neregulat)
- Data ultimii menstruaţii
- Ziua ciclului, cînd a avut loc contactul sexual neprotejat
- Se notează ziua primei expuneri sexuale,dacă metoda contraceptivă a eşuat.

Examen clinic

- Se înregistrează obligatoriu tensiunea arterială
- Examenul ginecologic este indicat în următoarele cazuri:
    1. dacă există suspiciunea de sarcină la momentul prezentării pentru tratament

2. dacă există antecedente de BIP
3. pentru a aprecia mărimea, poziţia uterului
4. pentru a recolta probe microbiologice inclusiv pentru depistarea infecţiei cu Chlamidia

După evaluarea datelor anamnestice şi după examenul clinic şi ginecologic se decide, dacă tratamentul este necesar sau dacă tratamentul mai este util.

Alegerea unei metode contraceptive de urgenţă:

În momentul de faţă cea mai folosită metodă contraceptivă de urgenţă este regimul Yuype. Oricum, alegerea metodei contraceptive se va face în funcţie de momentul prezentării pentru tratament în raport cu ziua contactului sexual neprotejat şi cu ziua probabilă de ovulaţie, luând în considerare de asemenea indicaţiile şi stările care limitează tratamentul.

- În cazul contactului sexual la jumătatea ciclului în perioada de ovulaţie la femei cu cicluri regulate, sunt indicate metodele hormonale cu condiţia să fie administrate în timp util.
- În cazul expunerii postovulator (contact sexual după ziua a 17 a unui ciclu de 28 zile) este indicată inserţia DIU
- În cazul riscului preovulator (contact sexual neprotejat înainte de ziua a 10 a unui ciclu de 28 zile) ambele metode sunt indicate în egală măsură

Orientări moderne:

Contraceptivul de urgenţă ideal ar trebui să aibă următoarele caracteristici:

- Să fie foarte eficient
- Să ofere protecţie contraceptivă de-a lungul ciclului în care s-a administrat tratamentul.
- Să fie uşor de administrat, preferabil într-o doză.
- Efecte adverse minime
- Să nu producă tulburări ale ciclului menstrual
- Să nu aibă efect teratogen
- Să nu fie avortifient

Sarcina nedorită este o problemă majoră în societatea modernă, mai ales la adolescente.

Informarea populaţiei şi facilitarea accesibilităţii metodelor contraceptive de urgenţă ar putea reduce anual numărul avorturilor cu 50 milioane, din care aproximativ 78.000 sunt responsabile de mortalitatea maternă.

Tema 9. Sterilizarea chirurgicală. Sterilizarea feminină. Sterilizarea masculină.

Este metoda cea mai sigură în prevenirea procreaţiei. Sterilizarea feminină este un procedeu chirurgical, voluntar care prin blocarea trompelor uterine – prin tăiere, cauterizare, inele sau clips-uri – împiedică spermatozoizii să ajungă la ovul. Sterilizarea feminină trebuie să fie o parte integrantă a oricărui program de planificare familială.

Este o metodă contraceptivă atractivă pentru cuplurile care nu mai doresc copii. Deoarece este definitivă, trebuie să ne asigurăm că pacientele care optează pentru sterilizare fac o alegere voluntară şi deplin conştientă.

Istoric. Procedeele de sterilizare feminină au fost efectuate pentru prima dată în anul 1800. După 1970, s-au introdus noi tehnologii şi au apărut tehnici chirurgicale mai simple, mai sigure şi mai eficiente, astfel că, în 1972, Raoul Palmer şi Patrick Staptoe au efectuat prima sterilizare laparoscopică, metodă contraceptivă, care a devenit apoi foarte răspândită în lume.

Acceptarea sterilizării în rândul populaţiei poate fi influenţată de religia, cultura şi tradiţiile legate de rolul şi importanţa femeii şi a sarcinii.

Peste 141 milioane de femei au ales sterilizarea chirurgicală în 1990, iar în 2002 – 207 milioane. În Rep. Moldova Institutul de Cercetări Ştiinţifice afirmă că în 1997, doar 3,4% femei au recurs la această metodă.

Din studiile existente, sterilizarea feminină este practicată la aproximativ 10-15% din femeile, care au efectuat 2 naşteri prin operaţie cezariană.

Eficienţa: Sterilizarea feminină este o metodă contraceptivă extrem de eficientă. Nici o tehnică de sterilizare nu este fără eşec sau sarcini ulterioare.

Cauzele eşecurilor ar putea fi:

- Sarcina preexistentă ligaturii
- Erori chirurgicale – ligatura incorectă (30-50% din cazuri)
- Reanastomoză spontană sau fistulă

- Dispozitive mecanice ce eşuează atunci când sunt defecte sau plasate incorect.
- Lezarea ţesutului este evidentă, dar incompletă în electrocoagularea uni sau bipolară.

În aprecierea ratei eşecurilor, experienţa chirurgului este mult mai importantă decât tehnica utilizată.

În general, majoritatea pacientelor sunt satisfăcute de alegerea acestei metode, dar la un moment dat o mică parte din ele, vor să-şi restabilească fertilitatea în vederea obţinerii unei sarcini. Studiile arată că doar 1-3% din pacientele sterilizate doresc reanastomoză chirurgicală. Aceasta însă implică o tehnică complicată, experienţă, costuri ridicate, iar rezultatul nu este garantat.

Clasificare:

I. Clasificarea sterilizării feminine în funcţie de momentul aplicării procedeului.

- **Sterilizarea feminină postpartum.** Se referă la sterilizarea făcută în timpul operaţiei cezariene sau în 41 de zile pe cale vaginală.
- **Sterilizarea feminină postabortum.** Se referă la sterilizarea practicată imediat după avortul spontan sau la cerere.
- **Sterilizarea feminină în interval.** Se referă la sterilizarea practicată la 6 săptămâni (42 zile) după ultima sarcină.

II. Clasificarea sterilizării feminine în funcţie de abordul chirurgical.

1. Abordul abdominal:

- Laparotomia convenţională. Implică o incizie abdominală ce depăşeşte 5 cm şi necesită spitalizare şi anestezie generală sau locală.
- Minilaparotomia. Implică o incizie abdominală mai mică (3-4 cm), folosind anestezie locală şi sedare uşoară.
- Laparoscopia. Foloseşte un instrument optic (laparoscop) care este introdus în abdomen, permiţând vizualizarea şi legarea trompelor în abdomen.

2. Abordul vaginal, include:

- **Colpotomia.** Care foloseşte vederea directă şi instrumentele chirurgicale standard.
- **Culdoscopia.** Care utilizează un endoscopic pentru a ajunge la trompele uterine prin peretele posterior al vaginului.
- **Abordul transcervical.** Ce foloseşte atât histeroscopul, cât şi procedeele transcervicale oarbe.

III. Clasificarea sterilizării feminine în funcţie de metoda ocluziei tubare.

1. Metodele de ligatură şi divizare. Care implică legarea fiecărei trompe cu material de sutură, apoi tăierea şi în anumite cazuri îndepărtarea unui fragment din trompă. Se includ:
   - Procedeul Pomeroy, care constă în legarea unei bucle din fiecare trompă şi tăierea buclei lîngă nod, este cel mai utilizat procedeu.
   - Tehnica Parkland, care constă în legarea trompei în 2 puncte diferite şi îndepărtarea micului segment intermediar.
   - Alte procedee: Madlener, Irving, Săvulescu, salpingectomie.
2. Metode mecanice. Care necesită anumite dispozitive (benzi sau inele făcute din silicon) care să închidă fiecare trompă (clips-urile - reprezintă un grup aparte de dispozitive mecanice ocluzive)
3. Metode electrice (electrocoagularea uni sau bipolară, termocoagularea, laserul) sunt utilizate pentru a bloca trompele uterine.
4. Alte metode: implantarea de materiale ce pot fi scoase ulterior sau instalarea de substanţe chimice, care cicatrizează trompele prin histeroscopie sau tehnici nonchirurgicale.

Sterilizarea feminină postpartum şi postabortum

Este utilizată în majoritatea ţărilor. Cele mai multe servicii această tehnică le aplică la aproximativ 10 ore sau mai multe după naştere. Sterilizarea feminină postpartum trebuie aplicată în maximum 48 de ore după naştere. În general, aceste procedee sunt cele mai convenabile, mai ieftine şi mai uşor de făcut, decât cele

practicate într-un alt moment din postpartum. Sterilizarea postpartum şi postabortum, totuşi trebuie gândită înainte de naştere sau avort.

Deşi sterilizarea postpartum poate fi practicată şi în zilele 3-7 după naştere, ea este mult mai greu de realizat, deoarece flora vaginală poate ascensiona în trompe şi în cavitatea uterină după 3 zile. Dacă sterilizarea nu este efectuată în 7 zile după naştere, trebuie întârziată până la cel puţin 6 săptămâni (42 zile), când uterul revine la dimensiunile şi poziţia sa antepartum. Sterilizarea poate fi făcută şi după avortul spontan sau la cerere, precum şi în timpul operaţiei cezariene.

Tehnici ocluzive

Tehnicile Pomeroy şi Parkland sunt foarte larg utilizate , deoarece s-au dovedit a fi sigure şi eficiente şi în postpartum.

Clips-urile Filshie pot fi de asemenea folosite pentru sterilizarea feminină postpartum, deoarece se potrivesc foarte bine trompelor uterine hipertrofiate de sarcină. Trompele uterine trebuie manipulate cu grijă, indiferent de tehnica folosită.

Sterilizarea feminină în interval

Este definită ca o sterilizare practicată după 6 săptămâni (42 zile) sau mai mult după ultima sarcină.

Abordul chirurgical

Minilaparotomia suprapubiană este o tehnică larg răspândită. Poate fi dificilă dacă femeia este obeză sau are aderenţe datorită infecţiei sau chirurgiei anterioare.

Laparoscopia este o altă tehnică utilizată pentru sterilizarea feminină la interval. Operaţia trebuie să aibă loc într-o sală echipată pentru anestezie generală sau laparotomie exploratoare.

Trebuie folosit un ac Veress pentru insuflarea cavităţii peritoneale. Gazul separă peretele abdominal de organele interne şi asigură introducerea laparoscopului. Cu laparoscopul putem confirma structurile normale ale pelvisului, vizualizate în majoritatea sterilizărilor.

Abordul vaginal

Sterilizarea feminină vaginală poate fi utilizată pentru femeile care au născut natural, după ce uterul a involuat şi hiperemia indusă de sarcină a dispărut. Deoarece operaţia se practică prin vagin, riscul de infecţie este mare. Această tehnică este preferabilă la femeile obeze unde abordul abdominal este mai dificil.

Abordul transcervical

Histeroscopia permite vizualizarea directă a celor 2 orificii tubare. Din păcate au apărut prea multe eşecuri pentru a considera fulguraţia histeroscopică o tehnică eficientă de sterilizare feminină.

Sterilizarea chimică

Ultima descoperire în sterilizarea transuterină este eliminarea instrumentului (histeroscop) şi înlocuirea lui cu o o seringă sau cateter, prin care să fie instilată o substanţă la nivelul mucoasei tubare.

Metilcianoacrilat, este produsul cel mai promiţător, polimerizează la nivelul trompei şi dă naştere unei reacţii locale cu fibroză ce cauzează ocluzia în aproximativ 3 luni, timp în care produsul este eliminat din organism.

Quinacrina, este un alt produs din grupul de agenţi, care conţine produşi capabili să producă modificări morfologice ale epiteliului tubar. Nu a apărut nici o sarcină extrauterină la femeile, care au avut una sau mai multe instalaţii cu quinacrină şi nu a fost raportată nici o complicaţie serioasă.

Îngrijirea postoperatorie

Inciziile laparoscopie sunt închise cu catgut, care nu necesită revenirea la medic. Gazul rămas în cavitatea peritoneală adesea poate cauza disconfortul abdominal sau durere în umăr pentru o scurtă perioadă. Repausul la pat este de aproximativ 2 zile, iar activităţile uşoare sunt permise şi în acest interval. Concediul medical este de maximum o săptămână, după care pacienta îşi poate începe activitatea. De asemenea se recomandă evitarea contactului sexual timp de o săptămână şi revenirea la clinică în caz de: febră, dureri abdominale, sângerare ş.a.

Avantajele sterilizării feminine:

- Asigură o contracepţie eficientă pe termen lung
- Este imediat eficientă
- În foarte multe cupluri, femeia este cea motivată în asigurarea unei contracepţii permanente, dacă nu mai doreşte copii sau dacă a avut de suferit din cauza altor metode contraceptive
- Are un preţ scăzut
- Datele recente indică o scădere a incidenţei cancerului de ovar după ligatura tubară

Dezavantajele:

- Prezintă riscurile oricărei intervenţii chirurgicale (morbiditate şi mortalitate chirurgicală)
- Nu este întotdeauna reversibilă – în caz că femeia se răzgândește şi doreşte să aibă un copil
- Este un act chirurgical mult mai complicat, decât metodele de contracepţie
- Nu asigură protecţie împotriva bolilor transmisibile sexual (inclusiv infecţia cu HIV)

Efecte secundare. Complicaţii:

Efectele secundare includ: durere abdominală, în umăr sau torace, greţuri sau vărsături.

Complicaţii intraoperatorii:

- Complicaţii cardiovasculare şi respiratorii legate de anestezie: depresie respiratorie sau stop respirator, reacţii alergice la anestezice
- Lezarea uterului, intestinului sau altor organe interne. Rata apariţiei acestor lezări în timpul sterilizării este redusă (0,4-2%)**.**

Complicaţii postoperatorii imediate:

După sterilizare, durerea abdominală joasă este frecventă, durere în umăr sau toracică pentru câteva zile. Aceste efecte adverse pot fi combătute prin folosirea de analgezice, precum şi greţurile, vărsăturile.

Cel mai mare studiu raportat a găsit o rată a complicaţiilor de 0,4-8% după minilaparatomie, care a folosit procedeul Pomeroy şi de 1,2-2% după laparoscopie.

Reacţii adverse pe termen lung:

- Probleme ginecologice. Studiile arată că femeile sterilizate nu au un risc mai mare pentru a fi internate pentru probleme ginecologice decât cele nesterilizate
- Eşecurile sterilizării tubare
- Tulburări menstruale (senzaţia de creştere a fluxului menstrual)
- Fluxul menstrual nu este afectat de modificările hormonale ulterioare sterilizării.

În concluzie, deşi sterilizarea feminină are puţine riscuri, dar importante, beneficiile sale privind eficienţa fac ca ea să fie o metodă de contracepţie din ce în ce mai preferată de cuplurile bine motivate şi informate.

Sterilizarea masculină

Vasectomia, este o metodă contraceptivă permanentă a bărbatului, care implică un procedeu chirurgical relativ simplu, ce se realizează în 5 până la 20 minute. Această metodă elimină spermatozoizii din spermă prin blocarea tuburilor, care în mod normal permit transportul spermatozoizilor pentru amestecarea cu lichidul seminal.

Istoric. Primele vasectomii efectuate la sfârşitul sec. 19 încep. sec 20, au fost realizate în scopuri non-contraceptive. Iniţial vasectomia a fost propusă pentru vindecarea bolilor urinare şi a bolilor prostatice, pentru tratarea impotenţei. Cercetarea medicală, însă a demonstrat că vasectomia nu are nici unul din aceste efecte. În multe ţări vasectomia involuntară a fost legalizată pentru bărbaţii criminali, debili mintali sau alte categorii sociale, care erau considerate inacceptabile. În prezent acest lucru este interzis în aproape toate societăţile.

În anii 60, ţări ca India, Marea Britanie, S.U.A., China au utilizat vasectomia ca metodă permanentă de contracepţie. În lume şi în special în Statele Unite, numărul vasectomiilor a scăzut la sfârşitul anilor 70 , după o serie de cercetări publice, care au descris răspunsul imunologic după vasectomie la bărbaţi.

În prezent, aproximativ 40 milioane de cupluri, sunt protejate de sarcină prin vasectomie.

Eficienţa: vasectomia este una dintre cele mai eficiente metode de contracepţie, rata de eşec fiind similară cu cea de după sterilizarea chirurgicală feminină. Rata de eşec este mai mică de 1%. Cauzele eşecului sunt:

- Contact sexual neprotejat la scurt timp după vasectomie
- Recanalizarea spontană poate apărea într-un interval de 4 luni pînă la un an şi se datorează apariţiei unui granulom la nivelul ductului deferent
- Dacă chirurgul nu a identificat în mod corespunzător ductul deferent

Vasectomia trebuie să fie considerată ca o metodă de contracepţie permanentă. Sterilizarea nu trebuie să fie considerată ca o procedură reversibilă, deoarece este mult prea dificilă şi complexă.

Clasificare:

Sunt 2 tipuri de tehnici, care pot fi realizate pentru practicarea vasectomiei:

- Tehnica convenţională
- Tehnica nesângerândă

Tehnică: Spermatozoizii părăsesc testiculul şi circulă prin 2 tuburi (canale deferente) şi apoi se amestecă cu lichidul seminal. În cadrul vasectomiei cele două tuburi la nivelul scrotului sunt blocate, astfel încât spermatozoizii nu mai pot ajunge în lichidul seminal.

Pentru ca o vasectomie să fie încununată cu succes, trebuie să decurgă fără complicaţii, fără durere, fără eşec.

Conduita preoperatorie:

Înainte de operaţie este necesară consilierea pacientului cu privire la: etapele intervenţiei chirurgicale, instrucţiuni cu privire la îngrijirea cicatricii, durerea şi disconfortul care pot să apară după intervenţie.

Anestezia: folosită este anestezia locală, deoarece anestezia generală nu este indicată decât în cazuri complicate. Cantitatea totală de anestezic nu trebuie să depăşească 15ml Lidocainã de 1%.

Tehnica chirurgicală:

Sunt folosite două tehnici chirurgicale:

Tehnica convenţională: necesită una sau două incizii la nivelul tegumentului şi a stratului profund. Incizia trebuie să fie longitudinală şi nu trebuie să fie mai lungă de 1 cm. Această metodă are avantajul unui traumatism minim asupra musculaturii canalului deferent. După verificarea cu atenţie a hemostazei, se realizează sutura tegumentului. Pacientul rămâne în clinică timp de 30 de minute – o oră, iar după 24 de ore poate se îndepărtează pansamentul. Ridicarea greutăţilor trebuie să fie evitată timp de 24-48 de ore,iar actul sexual este permis după 2-3 zile de la intervenţie.

Tehnica nesângerândă. A fost introdusă în 1974, de către doctorul Li Shungiang în provincia Sichuan din China, tehnică ce nu necesită utilizarea bisturiului. Sunt folosite două instrumente: o pensă în formă de inel şi o pensă hemostatică ascuţită pentru disecţie.

După ruperea ductului deferent şi infiltrarea anesteziculuipensa în inel este utilizată pentru fixarea ductului fără a se produce lezarea tegumentului. Pensa hemostatică ascuţită traversează tegumentul scrotal. Deschiderea realizată la nivelul tegumentului şi este de aproximativ 2 mm şi este aproape invizibilă după terminarea procedurii. Comparată cu vasectomia tradiţională, vasectomia nesângerândă are următoarele avantaje:

- Durata scurtă a intervenţiei: 10 minute
- Rata foarte mică a complicaţiilor
- Bărbaţii se tem mai puţin de această tehnică
- Deschiderea tegumentului este foarte mică
- Nu necesită sutură
- Foarte eficientă, cu o rată de eşec foarte mică
- Riscul unor leziuni interne şi alte complicaţii foarte mic

- Cicatrice minimă
- Costuri scăzute
- Se realizează într-un interval de timp la jumătatea intervalului de timp necesar sterilizării chirurgicale feminine
- Nu este asociată cu un risc crescut al cancerului de prostată sau cancerului testicular

Dezavantajele vasectomiei sunt:

- Nu asigură o protecţie faţă de bolile cu transmisie sexuală, inclusiv faţă de infecţia HIV.
- Nu este eficientă imediat după intervenţia chirurgicală, astfel încât cuplul trebuie să utilizeze o metodă temporară de contracepţie.
- Prezintă un risc pentru apariţia durerii testiculare
- Este considerată o metodă de contracepţie ireversibilă.

Indicaţiile pentru vasectomie sunt:

- Cuplul care este sigur că nu mai doreşte copii;
- Pentru bărbatul care prezintă o boală cu transmisie genetică;
- Dacă bărbatul doreşte o metodă permanentă de contracepţie.

Stările care limitează alegerea vasectomiei sunt:

- Impotenţa
- Teama în ceea ce priveşte procedura şi consecinţele secundare intervenţiei
- Partenera bărbatului prezintă histerectomie
- Bărbaţii mai tineri de 30 de ani sau care au probleme familiale.

Efecte secundare. Complicaţii:

Efectele adverse după vasectomie sunt minore şi dispar în decurs de 7 pînă la 12 zile de la intervenţie. Cele mai frecvente efecte adverse sunt durerea şi edemul local secundar intervenţiei chirurgicale. Aceste simptome dispar de obicei fără tratament, în urma aplicării de gheaţă şi în urma utilizării analgezicelor.

Complicaţiile care pot apărea la scurt timp după vasectomie şi care necesită tratament activ sunt sângerarea postoperatorie şi infecţia. Posibilele efecte adverse asupra aparatului cardio-vascular sau creşterea frecvenţei bolilor autoimune după vasectomie, nu a fost demonstrată de diferite studii efectuate.

Cercetările recente efectuate în SUA cu privire la creşterea incidenţei cancerului prostatic la mulţi ani după efectuarea vasectomiei nu demonstrează o corelaţie precisă rămânând să fie confirmate sau infirmate în viitor.

Tema 10. Avortul.

Avortul (în latină: *ab* "fără", *ortus* "naştere") înseamnă întreruperea sarcinii prin eliminarea fătului (spontană sau provocată) din cavitatea uterină înainte de termenul de gestaţie şi având drept efect moartea fătului.

Un avort reprezintă terminarea sarcinii prin orice mijloace, înainte ca fătul sa fie suficient de dezvoltat pentru a supraviețui. Definiția data de OMS este limitata la terminarea sarcinii înainte de 22 săptămâni de gestație, calculată în funcție de data primei zile a ultimei menstruații și expulzarea unui făt care cântărește 500 g.

Profesorul Prenant, iniţiatorul endocrinologiei sexuale, spunea : „Embrionul se formează, dacă nu chiar se animează, din momentul în care doi nuclei, mascul şi femel, se unesc pentru a-i da naştere. Din acest moment orice practică nu mai este anticoncepţională şi postconcepţională: profilaxia devine atunci un mic asasinat împotriva lui". El continuă: „Acest asasinat este cu atât mai grav cu cât este premeditat şi victima luată prin surprindere, este lovită în întuneric şi pentru că ea nu poate scoate nici chiar un strigăt, un plânset, pentru a-şi apăra dreptul său la existenţă, de a implora milă de la mama care îl omoară..." Profesorul Doleris spunea : „De la practica anticoncepţională la suprimarea unei sarcini incipiente este o pantă fatală, irezistibilă" iar Mina Minovici arată că „o propagandă anticoncepţională, prin repercusiune este o propagandă criminală în favoarea avortului, atunci când dau greş mijloacele întrebuinţate pentru împiedicarea impregnării", în fine, spune Dr. V. Luca, întreruperile de sarcină şi consecinţele lor nu sunt acte sau accidente individuale ci, în afara faptului că afectează doi indivizi (mamă-făt), ele se repercutează şi asupra familiei. Practica anticoncepţională şi avortul au depopulat şi au îmbătrânit comune, regiuni, ţări. Este un al treilea aspect al crimei întreruperii sarcinii: crima împotriva societăţii, a umanităţii.

Istoric:

Din antichitate la epoca modernă :

- un principiu general a străbătut toate timpurile: avortul a fost considerat, moral şi juridic o crimă;
- societăţile primitive nu cunoşteau avortul;

Primul text penal privind avortul se găseşte în legile asiriene cu privinţă la femeia care avortează voluntar: „se va trage în țeapă și nu se va îngropa femeia.”

- În India antică, legile lui Manu asimilau avortul cu omuciderea;
- În Grecia, cu toate că puţini autori vorbeau de avortul provocat, el pare că era totuşi foarte frecvent. Este interesantă, dacă nu chiar uimitoare teoria lui Aristotel care nu considera avortul ca o crimă decât după ce fătul a primit „suflul vieţii” . Or, această perioadă era fixată de la a 14-a la a 24-a zi de la concepţie. „Cum să nu fim intrigaţi de stabilirea acestei perioade, spune Dr. V. Luca, când astăzi în experimentele pe embrioni umani pentru fertilizarea in vitro limita superioară este stabilită a 14-a zi, dată embriologică a apariţiei sistemului nervos !”
- Hipocrat în celebrul său jurământ care a constituit regula de conduită medicală de-a lungul secolelor, interzisese practica avorturilor:” Eu nu voi da nimănui otravă dacă mi se cere, nici nu voi avea iniţiativa unei astfel de sugestii; La fel eu nu voi da nici unei femei un pisar abortiv.
- La Roma avortul era practicat clandestin în special de « matroane », moaşe empirice. Legile pedepseau sever provocarea de avort. Numeroşi împăraţi au luptat împotriva „crimei extraordinare”. O lege a împăratului Valentinian aplică pedeapsa cu moartea, iar Justinian, pe lângă pedepsele prevăzute de legile anterioare , permite repudierea soţiei de către soţ.
- Cu apariţia creştinismului, concepţia de crimă se impune şi represiunea se intensifică: avortul este asimilat cu omuciderea şi pedeapsa prevăzută nu poate fi decât aceea a asasinilor ;

În epoca modernă:

- Înainte de revoluţia din decembrie 1989, avortul provocat era pedepsit în România cu închisoarea conform Codului penal . În alte ţări unde nu era permis avortul, se aplicau diferite pedepse dar şi cu o serie de circumstanţe atenuante care rezultă din condiţiile sociale, de interpretare, de conjunctură. Dar, ca o situaţie generală, spune Dr. V. Luca, „toate orânduirile, statele şi religiile condamnă avortul ca o crimă; chiar dacă avortul se admite în unele ţări, principiul medical al epocii noastre este înscris în Jurământul de la Geneva din 1948 : Voi avea

respectul absolut al vieţii umane, chiar din momentul concepţiunii! ."

- În data de 26 decembrie 1989, după revoluție, s-a legalizat avortul și în România.

În Republica Moldova avortul este permis de lege. Avortul legal la termenul până la 12 săptămâni de sarcină este valabil din anul 1955.

Avortul poate fi clasificat în:

- **Avortul natural**
- **Avortul spontan**
- **Avortul provocat**

Avortul natural cunoscut şi drept avort spontan, înseamnă pierderea sarcinii din cauze, aşa cum îi spune şi numele, naturale, fără nici o intervenţie exterioară. Un astfel de episod, traumatizant pentru femeia care îl trăieşte şi pentru cuplu, în general, este întâlnit destul de des – cifrele ne spun că 1 din 4 femei pierde sarcina în acest fel.

Riscul de avort spontan este mare până în cea de-a 12-a săptămână de sarcină.

Avortul spontan debutează cu sângerări însemnate şi crampe insuportabile, iar doctorii optează ca primă opţiune pentru lăsarea organismului să elimine singur fătul, fără nici o intervenţie medicală.

Tot procesul avortului spontan poate dura câteva zile, apoi urmează investigaţii să arate dacă mai este sau nu nevoie de chiuretaj sau de alte metode.

Avortul provocat Sunt două moduri în care poate fi făcut un avort la cerere – **medicamentos sau chirurgical.** Cel **medicamentos** este recomandat în sarcini mici – de până la 8-9 săptămâni şi, atenţie, trebuie făcut sub stricta supraveghere a unui doctor. Dacă avortul medicamentos nu este suficient, el va fi urmat de unul chirurgical. Acesta se face în spitale şi în clinici specializate, sub anestezie. După intervenţie, pacienta va avea sângerări neregulate 2-3 săptămâni, dureri abdominale şi pelvine.

Prevalentă:

În lume, anual se fac între 30 şi 55.000.000 avorturi provocate, corespunzând la o rată a avorturilor de 70 la 1000 femei la vârsta fertilă şi la o

proporţie de 300 avorturi la 1000 sarcini cunoscute, făcând avortul unul din cele mai răspândite mijloace de control al fertilităţii utilizate astăzi.

Comentariile dr. Todea-Gross Christa: „**Avortul chirurgical** este o operaţie, dar nu este una obişnuită, pe „câmp deschis" ci este o operaţie oarbă, bazată pe o tehnică specială". Tocmai din acest motiv, anume că medicul nu vede şi nu poate urmări cu ochii ceea ce efectuează cu mâna, se pot întâmpla incidente, adică există pericolul perforării uterului cu aparatura folosită, sau pot rămâne resturi, atât placentare cât şi ale produsului de concepţie, în uter, care provoacă nu rareori infecţii uterine şi duc apoi la cicatrice şi sterilitate. Dar cel mai mare pericol este moartea mamei, datorată unei rupturi uterine, urmată de o hemoragie masivă, care duce la şoc hemoragic şi deces sau a unei infecţii grave - septicemie - care de asemenea este frecvent o cauză de deces. Inspiraţia celor care au dat această lege a fost o orientare spre moarte şi nu moartea oricui ci a copiilor noştri, al neamului nostru de fapt. E adevărat că nici o lege nu poate împiedica o femeie să-şi nască sau să-şi omoare copilul dar o încercare de schimbare a mentalităţii trebuia şi trebuie să existe, o schimbare în conceptul nostru despre o viaţă umană, nenăscută, dar care există şi pe care nu o mai poate contesta nimeni luând în considerare ultimele cuceriri ale ştiinţei în domeniu (ecografiile, teste genetice, etc.). Această schimbare a conceptului despre viaţa copilului nenăscut, se impune a fi necesară în rândul tinerelor (elevelor şi studentelor), dar şi al familiei, medicilor, asistentelor medicale, farmaciştilor, profesorilor şi mai ales al celor care sunt la conducerea ţării şi sunt în măsură să schimbe o lege. În numele acestei legi crimele continuă să fie perfect „legale" iar jurământul lui Hipocrat a fost uitat cu desăvârșire. Este pentru prima dată în lumea medicală când relaţia medic-pacient nu are o finalizare normală, de vindecare a pacientului ci este o relaţie inversată când cei doi pacienţi-mama şi copilul - se prezintă sănătoşi la medic iar finalitatea este una patologică, unul din pacienţi - mama - se întoarce bolnavă acasă iar cel de-al doilea pacient - copilul - moare ! „

Clasificare:

După tehnica folosită:

1.) **Avortul chirurgical** este efectuat prin tehnici chirurgicale:

a) Aspiraţia menstruală;
b) Vacuum-aspiraţia;
c) Dilatarea şi chiuretajul;
d) Dilatarea şi evacuarea;
e) Laparotomia (histerotomie / operaţie cezariană).

a) ***Aspiraţia menstruală***(endometrială/miniavort): este o variantă de vacuum-aspiraţie şi reprezintă o metodă chirurgicală la începutul anilor 1970. Procedeul se practică în primele 2 săptămâni de amenoree şi în general decurge fără anestezie. Pentru că procedeul are loc înainte ca testul de sarcină să fie pozitiv, un număr mare de aspiraţii menstruale s-au făcut la paciente care nu erau gravide.

b) ***Vacuum-aspiraţia*** : acest chiuretaj a fost descris pentru prima dată de Simpson din Edinburgh în 1860, dar timp de un secol după aceea principala tehnică a fost dilatarea şi chiuretajul prin radare, până în 1960 când a fost popularizată vacuum-aspiraţia. Vacuum-aspiraţia este procedeul chirurgical preferat pentru sarcini de 6- 14 săptămâni prin intermediul căruia conţinutul cavităţii uterine este evacuat printr-o canulă specială folosind presiunea negativă produsă de o pompă electrică sau de o sursă manuală de vacuum. Canula este moale, flexibilă, nu atinge pereţii uterului şi, din această cauză, vacuum-aspiraţia este mai puţin traumatică. Pentru aspirare se foloseşte presiunea negativă produsă de o seringă specială şi canule flexibile de plastic de diferite dimensiuni, în funcţie de termenul de sarcină. Se dilată colul uterin, se introduce în uter canula pentru aspiraţie şi cu ajutorul seringii se aspiră ţesuturile de concepţie. Se înlătură instrumentele din uter şi vagin, se examinează ţesuturile extrase pentru a se asigura că sarcina a fost întreruptă.

c) ***Dilatarea şi chiuretajul***: dilatarea şi chiuretajul (DC), procedeu folosit înainte de introducerea vacuum-aspiraţiei, se asociază cu un risc crescut de complicaţii. Se efectuează sub anestezie, se dilată colul uterin şi se evacuează prin raclaj produsul de concepţie în afara cavităţii conţinătoare (chiuretă ascuţită).

d) ***Dilatarea şi evacuarea***; după 16 săptămâni de gestaţie se practică dilatarea şi evacuarea (în cadrul avortului terapeutic).Tehnica constă în dilatarea largă a orificiului cervical, urmată de destrucţia mecanică şi evacuarea părţilor fetale. După eliminarea completă a fătului se foloseşte o vacuum - chiuretă cu lumen larg pentru îndepărtarea placentei şi a resturilor rămase. Riscurile de perforaţie uterină sunt crescute din cauza fătului mare şi a pereţilor uterini mai subţiri. Aceste avorturi de vârstă mai mare sunt neplăcute pentru medici şi personalul mediu şi periculoase pentru femeia care suferă procedeul.

e) ***Laparotomia***: histerotomia (incizia uterului) sau histerectomia abdominală(deschiderea uterului prin operaţie), se preferă uneori atât avortului prin dilatare şi chiuretaj, cât şi celui indus medical . Acestea devin uneori necesare din cauza unei inducţii medicale eşuate în al doilea trimestru de sarcină. Tehnicile folosite sunt similare cu cele de la naşterea prin operaţie cezariană, cu excepţia inciziilor abdominală şi uterină, care sunt mai mici.

Complicațiile:

A.) *Imediate*: survin în primele 3 ore de la avort:

- hemoragia uterină: definiţiile hemoragiei merg de la 100 la 1000 de ml sânge pierdut. Ele sunt cauzate de retenţii placentare, atonie uterină(lipsa contracţiilor uterine care produc o hemostază bună) sau boli de coagulare a sângelui. Anestezia generala de asemenea poate cauza hemoragii în primul trimestru de sarcină deoarece aceşti agenţi induc o relaxare uterină. Riscul de deces prin hemoragie creşte cu vârsta pacientei, cu vârsta gestaţională mai mare de 20 de săptămâni, existenţa perforaţiei uterine, a rupturii uterine sau al avortului incomplet (cu resturi fetale sau placentare),
- perforaţia uterină: este o complicaţie de temut, ea poate apare în timpul histerotomiei (măsurarea uterului cu ajutorul histerometrului), a dilatării sau a chiuretajului. Factorii determinanţi al acestei complicaţii sunt lipsa de experienţa a medicului şi poziţia în retroversie a uterului. Pericolul mare constă în urmările perforaţiei : hemoragia şi lezarea organelor interne abdominale (vezica urinară, intestin, trompă uterină), cele mai grave fiind provocate de chiureta ascuţită.

- leziunea colului uterin: este o complicaţie frecventă şi foarte serioasă care poate să apară în timpul chiuretajului, mai ales în timpul dilatării colului. Aceste leziuni se pot extinde lateral unde se află vasele mari de sânge ale uterului, şi pot cauza o sângerare foarte mare care uneori necesită histerectomie (extirparea uterului) .
- complicaţiile anesteziei: folosirea anesteziei generale se asociază cu rate crescute de leziune cervicală, perforaţie uterină şi tratamentul acestor complicaţii dar convulsiile sunt mai frecvente când se foloseşte anestezia locală.
- Embolismul: pot apare după avort 3 tipuri de emboli letali: trombi sanguini, aer şi lichid amniotic. Moartea intervine prin colaps cardiovascular, hemoragie şi comă.
- naştere de feţi vii: este desigur mai frecventă în al doilea trimestru de sarcină(făt de 3-6 luni). Se întâmplă când medicul a subestimat vârsta sarcinii iar aceasta este mare.

B.) *Precoce* : apari după primele 3 ore, până la 28 zile după avort:
- retenţia produsului de concepţie: rămâne una din cele mai importante cauze ale morbidităţii prin avort (cauză de boală), având ca rezultat infecţia sau sângerarea sau ambele.
- Infecţia: este deseori asociată retenției de țesuturi fetale şi este cea de-a doua complicaţie importantă din cele precoce. Microorganismele răspunzătoare de infecţia venită din timpul şi după avort sunt reprezentate în mod curent de flora endogenă vaginală precum şi de gonococ, producător al gonoreei. Avortul infectat poate avea ca rezultat avortul septic sau chiar toxico-septic este o complicaţie foarte gravă, frecvent mortală. Ascensiunea spontană a microbilor în cursul avorturilor spontane,dar mai ales aportul lor exogen cu ocazia avorturilor provocate, determină infectarea cavităţii uterului iar progresiunea infecţiei care poate cuprinde mucoasa uterină, trompele uterine, ovarele, ţesutul celular periuterin, precum și generalizarea infecției spre septicemie, duc la apariția avortului toxico-septic. Frecvenţa mare a cazurilor, gravitatea deosebită, la femei tinere , în plină activitate genitală şi decesul pe care-l determină, fac din această formă de infecţie un esenţial element în morbiditatea şi mortalitatea obstetricală.

C.) *Tardive:* apari după 28 zile de la avort:

- anomaliile menstruale : apar din cauza manevrelor instrumentale uterine destinate inducerii avortului, dereglările consecutive ale menstrelor fiind posibile ca urmare a retenției unor resturi intrauterine;

infertilitatea sau sterilitatea secundară : este posibilă prin inflamaţia postabort a trompelor uterine cu ocluzia (închiderea) acestora.

- avortul spontan: riscul de insuficienţă cervicală (col uterin deschis) după dilatări de calibru mare (la feţi de peste 14 săptămâni) şi proceduri de chiuretaj cu chiuretă ascuţită poate duce la avorturi spontane sau la naşteri premature.

- sarcina ectopică; aproximativ 1% din avorturile provocate vor avea o infecţie postavort, ceea ce predispune la un risc crescut de sarcini ectopice la o concepţie ulterioară, mai ales cele infectate cu Chlamydia Trachomatis sunt predispuse spre boala pelvină inflamatorie.

- prematuritatea: naşteri premature menţionate mai sus.

- imunizarea Rh: se poate dezvolta la femeile Rh negative prin pătrunderea hematiilor fetale în circulaţia maternă în timpul actului operator. Acest risc creşte odată cu creşterea vârstei gestaţionale.

- efectele psihic: caracterizate prin remuşcări obsesive sau sentimentul de vinovăţie. Apariţia lor este legată de anumite sentimente moral-religioase.

D.) *Mortalitatea*: rata decesului după avort este de 0-2 decese / 100.000 proceduri, cauzele majore fiind: infecţia(23%), embolism(23%), hemoragie (23%), şi complicaţii ale anesteziei locale sau generale (16%) efectele psihice pe care le produce avortul şi care, sunt tratate mai mult decât superficial, deşi ar trebui să fie pe primul loc. Ele sunt redate ca o complicaţie tardivă.

Simptomele psihice apărute după avort sunt următoarele :

- depresii nervoase;
- tulburări de somn;
- tulburări în alimentaţie;
- tulburări afective; sentimente de frustraţie; atacuri frecvente de plâns;
- gânduri/tentative de sinucidere izvorâte din tristeţe, lipsa speranţei, inutilitate;

- destrămarea relaţiilor interpersonale, cu partenerul, cu copii, răceală emoţională, pesimism;
- atacuri de panică;
- tulburări de memorie;
- dificultăţi de concentrare; pierderea interesului pentru activităţile desfăşurate;
- sindromul „aniversării”;
- psihoze acute;
- reacţii schizofrenice;
- sentimentul de vinovăţie;
- predispoziţie pentru boli de dependenţă; consum de alcool sau/şi droguri;
- dereglări sexuale,
- insomnii şi vise terifiante, etc.

Aceste simptome sunt mult mai accentuate la adolescente care au un psihic mai labil, motiv pentru care sunt mult mai frecvente sinuciderile în rândul elevelor şi studentelor ; ele nu găsesc un sprijin, neavând familie, iar teama de părinţi , de prieteni, profesori duc în cele din urmă la curmarea vieţii.

Aceleaşi simptome apari la toţi cei care contribuie la un avort(!): tată, medic, as. medicală, etc. Tratamentul medicamentos simptomatic la care se recurge , NU este eficient, ducând de cele mai multe ori la cronicizarea acestor simptome. Femeile sau tinerele afirmă că şi după ani de zile au coşmaruri cu copii avortaţi, sânge, etc. Unii medici ginecologi recunosc că au atacuri de panică şi sunt sub tratament anxiolitic ani de zile, alţii au vise terifiante pe care încearcă să le uite, dar nu reuşesc, etc. Exemplele pot continua şi în rândul asistentelor, soţilor, etc. Constatăm că frecvent sunt afectaţi şi copiii născuţi din aceste familii, aceşti copii sunt afectaţi mai ales de boli nervoase sau psihice.

Nici un şoc electric şi nici un medicament nu va putea vindeca o conştiinţă încărcată de un păcat de moarte.

Tema 11. Infecţiile cu transmitere sexuală.

De-a lungul istoriei, infecţiile cu transmitere sexuală au afectat omenirea şi continuă să o facă în ciuda măsurilor de profilaxie şi a educaţiei sanitare. Maladiile sexual – transmisibile constituie una din problemele de care este preocupată medicina mondială. Morbiditatea prin sifilis în lume este de 10 – 12 mln. cazuri, gonoree 52 – 122 mln., trihomoniaza 57 -102 mln. de cazuri (OMS, 1995). Începând cu anul 1990 în Republica Moldova se remarcă sporirea morbidităţii prin maladiile sexual – transmisibile, în mod deosebit prin sifilis. În anul 2005 au fost diagnosticaţi 2501 bolnavi de sifilis (69,6 la 100 mii locuitori) şi 1927 bolnavi de gonoree (53,6 la 100 mii locuitori).

Un indicator de bază al sănătăţii reproducerii populaţiei este prevalenţa infecţiilor genitale (I G) . Este bine cunoscut că persoanele cu IG / ITS au un risc crescut pentru a se infecta cu HIV şi pentru a transmite HIV – infecţia partenerului / partenerilor lor.

Sporirea considerabilă a morbidităţii cu virusul HIV/SIDA se datorează măririi numărului de contaminare pe cale sexuală, care constituie la moment 60% din numărul total de persoane infectate.

Principalele caracteristici ale acestor infecţii sânt:

- sânt contagioase;
- se transmit predominant pe cale sexuală;
- manifestările primare sânt înregistrate, de regulă, în regiunea genitală;
- organismul nu are o imunitate de durată faţă de ele.

86% dintre persoanele care dobândesc ITS au între 15-25 ani. La orice vârstă, riscul de a contacta o ITS este mai mare pentru femeile cu mai mulţi parteneri sexuali, care au mai avut ITS, au folosit droguri şi, de asemenea, pentru femeile ale căror parteneri au avut contacte sexuale neprotejate cu altcineva în ultimele 3 luni. Riscul de ITS este mai mic în cazul lesbienelor. Predispuşi ITS sunt tinerii, săracii şi cei care trăiesc la oraş, deşi nimeni nu este imun. Multe femei au mai multe ITS în acelaşi timp, şi, spre deosebire de alte boli, ITS pot reapărea

des în viaţa unei persoane. Să fi avut o ITS în trecut nu constituie o garanţie de a nu o redobândi.

Unele ITS nu au simptome mai severe decât mici iritaţii sau disconfort-uri, iar deseori femeile nu prezintă simptome deloc. Deci, dacă nu se testează regulat, ele sânt supuse riscului de complicaţii de la infertilitate, boli pelvio-inflamatorii, dureri abdominale, până la cancer cervical. ITS ca gonoreea, sifilis şi SIDA pot dăuna organelor nereproducătoare, incluzând ochii, inima şi creierul. Deoarece ele apar la femeile care sunt la începutul perioadei reproductive, femeile sub 25 de ani care au avut minim un contact serios ar trebui să se gândească la a se testa, chiar dacă nu au simptome.

Cu câteva excepţii considerabile (SIDA şi herpesul), ITS sunt tratabile cu antibiotice. Nu există încă nici un remediu pentru herpes sau SIDA, care sunt cauzate de viruşi ce pot rămâne în stare latentă în corp ani întregi. Există însă medicamente care pot atenua simptomele, iar în cazul SIDA există tratamente care pot încetini boala.

Chiar dacă se fac teste regulat, acestea nu constituie un panaceu. Din cauza ruşinii, multă lume evită să efectueze controale până când nu le apar simptome grave şi, deseori, ireversibile. Cel mai eficace mijloc de a evita nefastele consecinţe ale ITS este să nu le dobândeşti. Practicarea sexului protejat (folosirea prezervativului şi a spermicidelor) – deşi nu constituie o garanţie – reduce considerabil riscurile. Femeia căreia îi este pus un diagnostic de ITS, ar trebui să-i informeze cât mai repede pe toţi partenerii recenţi, astfel încât aceştia să meargă la control şi să se trateze înainte să răspândească infecţia.

Deci frecvenţa ITS a crescut dramatic în ultima vreme, multe femei nu cred că ele personal sunt predispuse riscului. Mai puţin de 1/3 din femeile active sexual folosesc prezervativul pentru a se proteja împotriva ITS. Nu numai că femeile sunt predispuse ITS, riscul este chiar mai mare decât la bărbaţi. Mediul cald şi umed al vaginului este propice dezvoltării organismelor ce produc aceste boli. Acestea pot exista în sperma care intră în vagin în timpul actului sexual. Într-un singur act

neprotejat cu un partener infectat, femeia este supusă unui risc de două ori mai mare de a contacta o boală ca chlamidia sau gonoreea, decât bărbatul. Poate fi, de asemenea, mai uşor pentru o femeie să contacteze HIV, virusul care cauzează SIDA, de la un bărbat, decât viceversa, deoarece ţesutul delicat al vaginului este mai predispus decât penisul la mici picături prin care virusul poate intra în sânge.

La femei, simptomele de ITS, deseori, nu sunt observabile, deoarece apar în vagin. Din acest motiv, ITS pot fi greu de diagnosticat la femei. Câteodată o femeie poate fi infectată cu o ITS, mai multe luni sau ani înainte ca ea sau doctorul ei să o descopere.

Pe lângă pericolele aduse propriei sănătăţi, o femeie însărcinată poate transmite o ITS fetusului, în timpul sarcinii sau naşterii. Unele ITS pot duce la pierderea sarcinii sau la o naştere prematură. Viruşii pot determina apariţia SIDA, a hepatitei, care sunt prezente în fluidele din corpul unei femei infectate şi pot fi transmise în timpul alăptatului. Copiii născuţi de femei ce au hepatita B au un risc crescut de ciroză şi cancer la ficat. Majoritatea copiilor infectaţi cu HIV mor la vârsta de 8 ani. Un copil născut de o femeie cu gonoree sau sifilis poate avea o greutate scăzută la naştere, probleme respiratorii sau defecte severe de naştere cum ar fi orbirea şi retardarea mintală.

Singura cale sigură de a te proteja de ITS este abstinenţa incluzând sexul vaginal, anal sau oral, în timpul cărora se pot transmite infecţii. După abstinenţă, cea mai bună metodă de prevenire împotriva ITS este folosirea corectă a prezervativului.

Cele mai populare forme de contracepţie – sterilizarea chirurgicală şi pilulele contraceptive – nu oferă protecţie împotriva ITS, deoarece nu oferă o barieră între organismul infectat şi celălalt.

Deoarece simptomele ITS nu sunt mereu observabile, este important să vă faceţi examene ginecologice din timp. Ar trebui să faceţi examene mai frecvent, dacă aveţi mai mult de un partener sexual sau dacă doar l-aţi schimbat. Anunţaţi imediat medicului simptome neobişnuite pe care le-aţi observat, incluzând răni în

zona genitală, scurgeri, mirosuri, umflături şi înroşiri neobişnuite în zona genitală. Durerea în timpul actului sexual poate indica o ITS.

Foarte mulţi dintre cei care au ITS sunt tineri. Fetele active sexual între vârsta de 10-19 ani sunt cele la care se întâlneşte cel mai des chlamydia şi gonoreea. Tinerii sunt cei mai puţin dispuşi să caute ajutor medical sau să spună partenerului că au fost diagnosticaţi cu ITS. De aceea, multe femei care contractă ITS au parte de efectele pe termen lung ale acestor boli. Dacă eşti un tânăr activ sexual, controalele anuale sunt importante pentru a-ţi proteja sănătatea. Adolescenţa este momentul perfect în care să-ţi faci un obicei de a avea un control anual. Dacă nu poţi discuta cu părinţii sau cu un doctor, discută cu un adult în care ai încredere despre aspectele medicale.

Clasificarea infecţiilor cu transmitere sexuală

Clasificarea infecţiilor cu transmitere sexuală, după agentul patogen:

Infecţii bacteriene:

- sifilisul:
- gonoreea;
- şancrul moale;
- granulomul inghinal;
- infecţiile chlamidiene;
- uretritele negonococice;
- vaginoza bacteriană.

Infecţii cu protozoare:

- tricomonoza.

Infecţii fungice:

- candidoza.

Infecţii virale:

- herpes simplex;
- papilomovirusuri umane;
- moluscum contagiosum;
- cytommegalovirus;

- virusul Epstein Barr;
- hepatita;
- infecţia HIV;

Infecţii artropozice:

- ftiriaza;
- scabia;

Sindromul imuno-deficitar dobîndit (SIDA)

SIDA este cauzată de virusul imunodeficienţei umane (HIV), care slăbeşte capacitatea corpului de a se lupta cu infecţiile fatale şi cu cancerul. Acest virus aparţine familiei retroviruşilor şi prezintă un ghem de gene, care conţin informaţii despre propria structură, necesare pentru înmulţire. ADN al virusului penetrează ADN al celulei – gazdă modificând-ui codul genetic. Graţie faptului că este un retrovirus, HIV, care conţine doar ARN şi transcriptaza necesară, se poate transforma din ARN în ADN. Procesul de multiplicare începe atunci când deţine controlul asupra sistemului de reproducere. Victimele virusului HIV sânt celulele CD – 4 (T – limfocite, numite helper). Celulele T – helper au un rol important în formarea reacţiei de răspuns a organismului la pătrunderea unui agent patogen în organism. Afectarea acestor celule dezechilibrează sistemul imun. Celulele T – helper sînt de două ori mai multe la număr decât celulele T – supresoare (CD - 8). Funcţia celulelor T – supresoare este de a stopa reacţia de apărare atunci când agentul nu mai prezintă pericol. Celulele T – killer au un rol de ucigaş al celulelor afectate împreună cu agentul patogen. Alte celule participante în reacţia imună de autoapărare sînt macrofagii, care fagocitează şi digeră celulele afectate dar şi agenţii patogeni. Celulele CD-4, care sunt victima virusului HIV, se distrug foarte repede. Proporţie T – helper : T – supresor devine cu mult mai mică de 2, apoi – 1. Drept urmare, celulele T – helper îşi pierd capacitatea de a recunoaşte celulele străine din organism, de aceea aceasta din urmă nu se mai poate opune diverşilor infecţii. Oamenii cu SIDA sunt

predispuşi la „infecţii oportuniste”, adică, infecţii cauzate de bacterii, viruşi, paraziţi şi ciuperci, care n-ar fi un pericol pentru ceilalţi. SIDA afectează şi sistemul nervos central şi poate cauza deteriorări mintale şi paralizie. Deşi medicamentele pot atenua pentru un timp simptomele şi „infecţiile oportuniste” cauzate de SIDA, nici o persoană care a avut acest sindrom nu a revenit la o funcţionare normală a sistemului imunitar. Majoritatea oamenilor infectaţi cu BTS, le-au dobândit prin contact sexual cu un partener infectat.

Sifilisul

Această ITS este cauzată de o bacterie cu forma spiralată numită spirochet (treponema). Este transmisă pe cale sexuală, dar uneori poate fi dobândită şi prin transfuzie de sânge sau contact al pielii. Principalele căi de transmitere sunt:

1. preponderent sexuală, riscul contaminării după un singur contact cu o persoană infectată de circa 30%;
2. transfuzii de sânge infectat;
3. transplacentar de la mamă la făt;
4. contact direct cu secreţiile infectate;
5. transmiterea indirectă (prin obiecte) este mai mult ipotetică.

Sifilisul are trei stadii şi primele două se dezvoltă foarte rapid.

- Primul stadiu, are loc la trei săptămâni după contactul sexual cu o persoană infectată şi simptomele pot apărea de la 9 la 90 de zile după aceea. Apare o rană deschisă, coş sau bătătură (tare şi roşietică) în zona infectată, de obicei, cervix, vagin, rect sau altă zonă genitală, iar apoi se răspândește. Rănile vor dispărea după 2-6 săptămâni, chiar şi fără tratament şi numai un procent mic de femei le observă, deoarece, deseori, sunt ascunse adânc în vagin.
- În a doua fază, apar indispoziţii, febră, dureri în gât, greaţă, căderea părului, dureri ale articulaţiilor şi ale capului. Simptomele caracteristice sunt erupţiile pe palme şi pe tălpi. Sifilisul poate degenera, de asemenea, în meningită, uveită (dureri şi roşeaţa ochilor). După ce dispar aceste simptome, persoana poate să nu aibă semne exterioare ale bolii pentru mai mulţi ani, dar spirochetul continuă să dăuneze inimii, creierului, vaselor sangvine, coloanei vertebrale şi oaselor.

- Stadiul terminal al sifilisului apare după 10-20 ani cu leziuni asimetrice, cronice cu tendinţa spre extindere şi distrucţie se manifestă în boli de inimă, orbire, demenţă şi sfârşit letal.
- Dacă este depistat rapid, sifilisul poate fi tratat foarte rapid cu antibiotice.

Penicilina sau tetraciclina sunt folosite ca tratament şi ambii parteneri trebuie trataţi în acelaşi timp pentru a evita reinfectarea. Teste de sânge vor fi făcute regulat în următorii doi ani, pentru a se preveni o reapariţie a bolii. Din moment ce sifilisul poate fi transmis şi are consecinţe nefaste pentru un fetus în dezvoltare, toate femeile însărcinate ar trebui să-şi facă teste de sânge în timpul primelor 4 luni de sarcină şi să fie tratate dacă este nevoie.

Gonoreea

Aproximativ 80% din femeile infectate cu gonoree nu prezintă simptome, majoritatea suspectează ceva când simptomele apar la partenerul lor (o secreţie groasă şi lăptoasă din penis şi o senzaţie arzătoare la urinare). Gonoreea este considerată cauzatoare a 20-40% din cazurile de boală pelvio-inflamatorie, care la rândul ei poate degenera în infertilitate, sarcina ectopică şi dureri pelviene şi abdominale cronice. Gonoreea este de obicei răspândită prin contact sexual vaginal, anal şi oral şi este cauzată de bacterie-gonococ. Această boală poate fi oprită cu antibiotice.

Frecvenţa cazurilor de gonoree este mai ridicată la adolescentele active sexual. Infectarea poate avea loc în cervix, vagin, uretră, rect sau gît.

La bărbaţi gonoreea poate duce la infertilitate.

O femeie gravidă, care este infectată cu gonoreea o poate transmite copilului în timpul naşterii, cauzând orbirea şi infecţii serioase, cum ar fi meningita. Pentru a preveni orbirea, datorată gonoreei, la nou-născuţi este necesar ca ochii acestora să fie trataţi cu picături cu nitrat de argint sau cu un unguent antibiotic. Majoritatea femeilor însărcinate sunt testate de gonoree la prima vizită prenatală la doctor. Dacă este necesar, gonoreea se va trata în ultimul trimestru al sarcinii, pentru a evita infectarea nou-născutului în timpul naşterii.

Simptomele

Simptomele gonoreei, dacă există, de obicei, apar de la 2 la 10 zile după expunerea la bacteria cauzatoare a bolii. La femei simptomele sunt deseori uşoare sau inexistente. Când apar, simptomele iniţiale includ o scurgere verde sau galben-verzuie din vagin sau rect şi o senzaţie arzătoare sau de mâncărime în timpul urinării.

Cele mai întâlnite simptome la bărbaţi sunt o scurgere uşoară de puroi din penis şi o senzaţie arzătoare sau de mâncărime în timpul urinării.

Gonoreea netratată se poate răspândi prin sânge şi alte organe ale corpului, infectând articulaţiile, valvele inimii sau creierul, cauzând artrita gravă, boli de inimă sau deteriorări ale creierului. În aceste cazuri simptomele pot include febra, durere gravă în zona pelviană, dureri abdominale, dureri de spate şi nevoia de a urina mai des, umflături în glandele din zona genitală, urticarie în orice zonă a corpului, dureri de gât sau dureri ascuţite în partea superioară a abdomenului sau în umeri. Dacă sunt prezente febră, frisoane, urticarie sau dureri articulare este necesar de a se adresa imediat unui doctor.

Diagnosticarea

La femei gonoreea este, de obicei, diagnosticată prin testarea în laborator a unei mostre de celule din secreţiile cervicale.

La bărbaţi se foloseşte acelaşi test de laborator, dar printr-o mostră de scursură din penis.

Tratamentul

Gonoreea poate fi vindecată prin antibiotice luate pe cale bucală. Tratamentul îl efectuează ambii parteneri pentru a evita infectarea reciprocă. Dacă infecţia reapare după tratament, ar însemna că unul din parteneri nu a luat medicaţia după cum a fost prescrisă, că antibioticul nu este eficient împotriva tipului de gonoree cu care e infectat sau că unul din parteneri are contact sexual cu o altă persoană (infectată). Ar trebui stabilită cauza şi urmat tratamentul din nou.

Pentru a se asigura că antibioticele au avut efectul scontat doctorul ar putea recomanda un control la aproximativ 2 săptămâni după primul. Dacă infecţia

s-a răspândit în trompele uterine şi/sau ovare sau bacteria a pătruns în sînge, ar putea fi necesară spitalizarea şi injectarea intravenoasă a antibioticelor.

Chlamydia

De obicei, nu produce simptome – mai ales la femei – ceea ce face ca, deseori, să nu fie descoperită. Chlamydia, în prezent este cauza a multor cazuri de boli pelvio-inflamatorii, care pot creşte riscul de infertilitate, dureri cronice pelviene şi sarcini ectopice. Chlamydia este, de asemenea, cauza multor cazuri de cervicită (inflamarea colului uterin) şi uretrită (inflamarea uretrei). Este uşor curabilă cu antibiotice.

Chlamydia este o infecţie bacteriană care poate fi dobândită prin sex anal sau vaginal sau, câteodată, prin sex oral. Dacă o femeie cu chlamydia este lăsată gravidă, infecţia poate face ca apa să se rupă, degenerând într-o naştere prematură. Boala poate fi transmisă bebeluşului în timpul naşterii. Ea poate produce pneumonie, care poate ameninţa viaţa copilului şi care poate produce probleme respiratorii pe termen lung. Din aceste motive, dacă plănuieşti să faci un copil, este bine să faci un test de chlamydia.

Simptome

Majoritatea femeilor care au chlamydia nu prezintă simptome. Pe de altă parte, majoritatea bărbaţilor infectaţi au simptome clare incluzând o senzaţie arzătoare în timpul urinării, o scurgere incoloră din penis, o umflătură sau o durere la testicule. La femeile care au simptome (care apar de obicei la 1-3 săptămâni de la contractarea bacteriei cauzatoare de boală) se poate observa o scurgere vaginală anormală, o senzaţie arzătoare în timpul urinării, durere sau presiune în zona pelviană, durere în timpul actului sexual sau scurgere după.

Diagnosticarea

Deoarece oamenii care sunt infectaţi cu chlamydia pot să nu prezinte simptome, diagnosticarea este dificilă. Cea mai riguroasă metodă de a o diagnostica la femei este testarea unei mostre de scurgere vaginală.

Tratamentul

Chlamydia este, de obicei, tratată cu antibiotice luate pe cale bucală. În cazuri grave, medicaţia este dată pe cale intravenoasă. Ambii parteneri trebuie să se trateze concomitent; ar trebui să se abţină de a face sex până când tratamentul este complet. Chiar dacă unul din parteneri nu prezintă simptome, ar trebui urmat tratamentul ambilor dacă partenerul este infectat.

Dacă infecţia a progresat până în trompele uterine ar putea fi nevoie de internare în spital şi de injecţii intravenoase cu antibiotice pentru a elimina infecţia. Infectarea trompelor uterine poate duce la infertilitate, mărind riscul unei sarcini ectopice.

Dacă e pusă diagnoza de chlamydia şi există posibilitatea de a fi însărcinată, e necesar de a anunţa medicul. Acesta trebuie să elimine şansa unei sarcini ectopice şi să asigure prescrierea unui antibiotic care nu afectează sarcina. Dacă infecţia reapare după tratament aceasta poate indica faptul, că partenerii nu au urmat tratamentul conform prescripţiei sau că unul dintre parteneri face sex cu o persoană infectată. Ar trebui stabilită cauza acestei situaţii. Tratamentul ar trebui repetat.

Negii genitali.

Aceştia sunt în general creşteri benigne în zonele genitale şi anale, cauzate de virusul papilomatos uman (HPV), sunt o ITS extrem de întâlnită, dar unele cazuri au fost asociate şi cu cancerul genital. Negii genitali rezultă din contactul cu un partener infectat(prin contact sexual vaginal, oral sau anal), deşi, pot fi transmişi prin atingerea genitalelor cu o mână infectată. Unii sunt insesizabili, dar alţii care au peste 7 cm în diametru pot interveni în abilitatea de aşezare sau cea de a merge. Cîteodată, negii îţi pot produce mâncărimi sau arsuri şi scărpinarea lor poate cauza iritaţii. Sunt foarte contagioşi şi greu de eradicat.

Ca şi alte ITS cauzate de viruşi negii genitali sunt incurabili. Cu toate acestea pot fi trataţi temporar. Virusul poate rămâne în corp şi poate cauza recurenţa negilor oricând. Aproximativ jumătate din oamenii infectaţi cu acest virus au recurente după tratament. Virusul se poate transmite unui partener sexual chiar dacă nu sunt semne evidente de negi.

Prezervativele nu blochează neapărat transmiterea virusului, deoarece negii invizibili pot fi prezenţi la baza penisului, care nu este protejată de prezervativ.

Eşti supusă riscului dacă ai o boală care îţi slăbeşte sistemul imunitar (SIDA sau diabet), dacă faci chimioterapie pentru a trata cancerul sau dacă eşti însărcinată.

Negii genitali pot apărea pe organele genitale ale unui nou-născut. Aceşti negi pot fi îndepărtaţi folosind chirurgia cu laser sau aplicând compuşi chimici puternici în formă de lichid sau cremă, pentru a-i îngheţa sau pentru a-i arde. Odată tratat, virusul nu are efecte posterioare şi rareori reapare. O femeie care îl poartă nu este nevoită să nască prin cezariană, deoarece riscul transmiterii virusului către nou-născut este extrem de scăzut.

Simptomele

Negii genitali sunt arii plate sau proieminente, roz, albe sau maro de pe organele genitale şi de pe anus. Negii, nedureroşi, pot apărea ca una sau două umflături, sau ca nişte ciorchini mari. De obicei, sunt vizibili, dar câteodată sunt atât de mici (şi la bărbaţi şi la femei) încât este dificil să fie văzuţi cu ochiul liber. La femei negii genitali pot trece nedetectaţi când apar în interiorul vaginului sau pe cervix. La bărbaţi, ei pot apărea pe penis, pe scrot sau pe anus. Rareori aceştia apar în gură, pe gingii.

Diagnosticarea

Un doctor poate recunoaşte negii genitali uşor, cu ochiul liber. El poate acoperi zona cu soluţie de oţet diluat care face negii mai vizibili (oţetul face negii să pară albi). Doctorul poate folosi o lentilă pentru a-i detecta pe cei foarte mici.

Tratamentul

Virusul care cauzează negii genitali este incurabil şi recurentele sunt des întâlnite. Cu toate acestea, o varietate de tratamente – îngheţarea, chirurgia cu laser, medicaţia aplicată direct pe negi, sau chirurgia tradiţională – pot elimina sau distruge negii. Tipul de tratament folosit depinde de gradul de infectare şi, în cazul recurentei, de tratamentul folosit anterior.

Este important să fie eliminaţi cât mai mulţi negi pentru a reduce riscul recurentei. Aproape toate tratamentele cauzează durere (senzaţie arzătoare, iritaţia pielii etc.) în timpul procedurii la o zi, două după. Înainte de a folosi tratamentul e necesar de a cere medicului descrierea procedurii, pentru a cunoaşte consecinţele.

Ambii parteneri trebuie să se trateze concomitent.

Infecţii cauzate de ciuperci

Aceste infecţii sunt cauzate de organisme cum ar fi **monilia** sau **candida.** Monilia există în mod normal în vagin şi infecţia apare când e favorizată să se dezvolte. Aceasta are loc când sunt folosite duşurile vaginale sau sunt puse antiseptice în apa de baie, deoarece acestea dăunează sistemului care menţine creşterea sub control. Aceste infecţii sunt mai des întâlnite la anumite grupuri de femei cum ar fi:

- Femei care iau antibiotice; numărul de ciuperci din vagin este în mod normal ţinut sub control de bacterii care trăiesc tot acolo. Dacă un antibiotic ucide bacteriile atunci numărul ciupercilor va creşte exagerat.
- Femeile care iau progesteron sintetic, cel mai popular exemplu fiind pilulele contraceptive care conţin o doză mare de progesteron, susţinând astfel dezvoltarea candidei.
- Femeile cu diabet. Când diabetul devine instabil, prezenţa zahărului în urină furnizează un mediu favorabil dezvoltării tuturor organismelor şi monilia poate ieşi de sub control.
- Femeile care au o cantitate de progesteron ridicată, spre exemplu femeile în stadiu premenstrual şi cele însărcinate.

Simptomele infecţiilor cauzate de ciuperci sunt o scurgere vaginală groasă, albă şi lăptoasă, cu durere, iritare şi mâncărime a vaginului şi a perineului. Destul de des se întâmplă ca pielea să devină roşie şi aspră şi erupţia se poate extinde la părţile interioare ale coapselor.

Un bărbat care contactează infecţia de la o femeie va avea pe penis, pe scrot, pe pielea zonei genitale şi pe o parte din interiorul coapsei o erupţie roşie, aspră şi va simţi o senzaţie de mâncărime.

Atât la bărbaţi cât şi la femei infecţia ajunge pe rect, cauzând durere, mâncărime şi chiar diaree.

Dacă dobândiţi o astfel de infecţie, abţineţi-vă de la sex până când ea dispare. Tratamentul complet poate dura 7 zile şi poate lua forma unor supozitoare sau a unei creme. În unele cazuri mai grave ar putea fi nevoie de trei forme de terapie:

1. crema aplicată direct pe piele;
2. supozitoare vaginale;
3. tablete luate pe cale bucală.

Nu se recomandă de a scărpina zonele afectate, deoarece ciuperca poate ajunge sub unghii şi astfel se va împrăştia. Dacă sa mai făcut tratament pentru astfel de infecţii se pot folosi aceleaşi medicamente care pot fi luate fără prescripţie medicală.

Herpesul genital.

Primele lui simptome sunt dureri recurente în zona genitală. Boala este cauzată de virusul herpes simplex, care intră în corp prin mucoase şi ajung în terminaţiile nervoase unde poate rămâne inactiv. Durerile por reapărea pe o perioadă nedeterminată, mai ales în timpul unor boli sau perioade stresante, dar dispar de la sine. Recurentele au tendinţa să scadă în severitate şi frecvenţă. Virusul este mai contagios când o persoană are răni evidente, dar poate fi răspândit şi prin secreţii sau rupturi în piele sau în mucoase, chiar şi în perioadele latente. Deşi nu există nici un tratament pentru herpes, există medicamente care atenuează severitatea şi frecvenţa recurentelor.

Herpesul este o infecţie foarte contagioasă. Nu există nici o cale de a stârpi herpesul. O infecţie cu herpes poate cauza recurente manifestate prin apariţia unor basicule dureroase pe genitale.

Există mai multe tipuri de viruşi care cauzează herpesul. Oricare din ele pot cauza şi herpesul genital. Virusul herpetic poate fi transmis prin contact direct al pielii cu zona infectată, chiar şi când persoana infectată nu prezintă simptome evidente. La unele femei o mostră de secreţie vaginală examinată în laborator poate

arăta dovezi de existenţă a virusului, chiar dacă nu există semne vizibile. Când există semne vizibile, infecţie este extrem de contagioasă. O persoană care le are poate transmite virusul partenerului prin sex oral.

Femeile care fac herpes în timpul sarcinii au un risc ridicat de a transmite infecţia copilului în timpul naşterii. Deşi cazurile sunt rare, infecţia unui nou-născut poate cauza probleme serioase la ochi, deteriorări grave ale creierului şi moarte în cursul primului an. Dacă o persoană are acces de herpes genital înainte de naştere, i s-ar putea recomanda să nască prin cezariană, deoarece nou-născutul ar putea dobândi virusul. Cu toate acestea, dacă nu există un asemenea acces este mai sănătos să se nască pe cale naturală.

Virusul herpetic se poate ascunde în celulele nervoase, unde sistemul imunitar nu-l poate găsi. La majoritatea oamenilor virusul devine activ periodic, cauzând accese recurente în aceeaşi zonă a organelor genitale. Aceste accese sunt deseori determinate de stres, boala sau rană în zona afectată.

O infecţie cu herpes creşte riscul de cancer cervical. Răni formate pe cervix fac ţesutul mai vulnerabil la infecţii cu virusul papilomatos, care poate cauza schimbări anormale în celulele din cervix, care pot duce, la rândul lor, la cancer.

O infecţie activă cu herpes genital creşte, de asemenea, riscul de infecţie cu HIV. Rănile vizibile furnizează HIV-ului o cale de intrare directă în sânge. Dacă există semne evidente de herpes în jurul gurii trebuie să se evite sexul oral până când dispar. E bine să se evite săruturile între oameni care au aceste semne sau să folosească aceleaşi prosoape, tacâmuri sau aceleaşi pahare. De asemenea, trebuie evitat, complet, sexul de orice fel, dacă unul din parteneri are simptome de herpes sau se utilizează prezervativul.

Tricomonoza

Această boală este cauzată de protozoare unicelulare, care pot trăi mulţi ani în canalul reproductiv al bărbatului, fără a produce simptome. Cel mai des, este prezentă o secreţie verde, urât mirositoare şi spumoasă a vaginului, însoţită de mâncărimi ale vaginului sau ale vulvei, roşeaţă şi inflamaţii. La unele femei apare

o senzaţie de arsură în timpul urinatului şi nevoia de a urina frecvent, în timp ce la altele se poate manifesta o durere în timpului actului sexual. Tricomonoza este în cele mai multe cazuri transmisă pe cale sexuală de către un partener infectat. Este tratabilă cu antibiotice. Este o boală foarte des răspândită.

BIBLIOGRAFIE

Obligatorie:

1. Bivol G., Ceneţchi O., Gîlca B., Zabrailov N., Buzdugan T., Melniciuc V. „Sănătatea reproducerii.”, Chişinău, Gunuvas, 2005.
2. Ceaușu I., Noile concepte utilizate în contracepție, Edit. Medic Hub, București, 2018, 49 pag.
3. Horga M.. „Îmbunătăţirea accesului la asistenţă de calitate în planificarea familială.”, Tîrgul-Muriş, 2001
4. Horga M., Ludicke F., Campana A., Gîlcă B., „Manual de planificare familială.”, Tîrgul-Muriş, 2002.
5. „Planificare familială”, Ghid practic pentru furnizorii de servicii de planificare familială, Ediţia a treia actualizată, Chișinău, 2018
6. Koo B., Stratila M., Ciubotaru V., „Raport de evaluare finală a Strategiei Naţionale a Sănătăţii Reproducerii” 2005-2015, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Chișinău, 2016

Opţională:

1. „Planificarea familială” Ghid practic pentru furnizorii de servicii de planificare familială. Îndrumare bazată pe dovezi, elaborată prin colaborare mondială. OMS.2008.
2. Zolotarev E. „Planificarea familială” Curs universitar. Bălţi, 2005
3. „Importanța sănătății reproducerii și a planificării familiale, reiterate de Ziua Mondială a Contracepției” 26/09/2021 https://ms.gov.md/comunicare/importanta-sanatatii-reproducerii-si-a-planificarii-familiale-reiterate-de-ziua-mondiala-a-contraceptiei/
4. Avort fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie şi practică, Organizația Mondială a Sănătății, 2015, 136 pag. https://www.avort.md/wp-content/uploads/2014/07/Avort-fara-riscuri.pdf