

Obecné úvahy o antikoncepci

1 Definice pojmu

Antikoncepce (kontracepce) je souhrnný termín pro reverzibilní metody ochrany před početím. Význam obou synonym je zcela totožný. Slovo antikoncepce je v češtině užíváno tradičně a lid jiný termín nezná, kontracepce, původem z anglické literatury, se prosazuje v poslední době stále průrazněji.

Do oblasti antikoncepce ve striktním smyslu slova nepatří metody intercepce, tj. postkoitální antikoncepce. Hodí se jen pro ojedinělé použití, nikoli pro běžnou setrvalou praxi. Přesto o nich pojednám, protože problematika zamezení početí při náhodném, případně i násilném pohlavním styku je závažná, může se s ní setkat každý lékař a je zde nebezpečí z prodlení – takže už první informace poskytnutá ženě by měla být správná.

Do antikoncepce ve vlastním slova smyslu se nezařazuje sterilizace, tj. irreverzibilní metody ochrany před početím. Jde v zásadě o operační výkony na vejcovodech nebo chámovodech. Představují speciální kapitolu a jsou regulovány zvláštními právními předpisy (mimořádně: platné Závazné opatření Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 1/1971 je mimořádně zpátečnické a předpotopní a gynekologická veřejnost se už 30 let marně snaží o jeho revizi). Vývoj reprodukční medicíny „irreverzibilitu“ těchto metod značně zrelativizoval, zvláště jsou-li provedeny ženě, protože otěhotnění je většinou možné za pomoci metod asistované reprodukce. Význam sterilizace klesá zásluhou dostupnosti extrémně spolehlivých dlouhodobých antikoncepčních metod s minimálními kontraindikacemi (např. gestagenní implantáty) a v tomto spisku se jí nezabývám.

2 Fylogeneze antikoncepce

2.1 Biologický mechanismus regulace reprodukce Homo sapiens

Člověk moudrý (Homo sapiens) je biologický druh, který se – zásluhou rozvoje mozku – zcela jedinečným způsobem vzdálil svým lidoopím příbuzným, ačkoli jeho genetická podobnost především s šimpanzem (Pan sp.) je obrovská (98,5% genetická totožnost). Mechanismus, který je v pozadí tohoto vývoje, spočívá v lidské neotonii. Lidské mládě se rodí neobyčejně nezralé a je velmi dlouho, mnohem déle než mládě jiných primátů, plně závislé na péči matky. To je velká fylogenetická výhoda, která umožňuje, aby vrozené instinkty byla nahrazeny učením, což je daleko výhodnější a pružnější.

Věc však má druhou stránku. Naprosto závislé lidské mládě představuje velkou zátěž pro tlupu lovců-sběračů, která táhne lesostepí, a tlupa si takových mláďat může dovolit jen omezený počet, nemá-li to ohrozit samu její existenci. Musí tedy existovat nějaký přirozený mechanismus, který reprodukci limituje, nějaké přirozené antikoncepční opatření. Tuto regulaci reprodukce zajišťuje u primitivního člověka kojení. Jeho zásluhou se člověk vyvinul jako extrémní K-druh, tj. druh s malou reprodukcí a velkou rezistencí na nepříznivé vlivy prostředí. V době kamenné rodila lidská samička jednou za více než 4 roky; jak alespoň předpokládáme podle analogie s !Kungy, žijícími na Kalahari v době kamenné dosud.

Hormonální mechanismus, kterým kojení zabraňuje ovulaci, bude popsán v příslušné kapitole, zde stačí uvést, že k antikoncepčnímu efektu laktace je nutno, aby žena kojila často. Nezáleží tedy na celkovém počtu minut přisátí kojence k prsu, ale na počtu jednotlivých epizod přisátí. !Kungské ženy kojí 40× (čtyřicetkrát) denně. To je možné jen tak, že ve dne nosí dítě zavěšené ve vaku na prsou a v noci s ním spí.

Takový životní styl je možný pouze v tlupě lovců-sběračů. S rozvojem lidské civilizace ženy začaly frekvenci kojení omezovat a následkem byla populační exploze, kterou lidstvo prožívá už od starověku. Člověk mimořádně rychle migroval a v krátké době osídlil prakticky celou zeměkoulí, s výjimkou zcela extrémních prostředí. To téměř nemá mezi ostatními druhy obdobu.

Lidská populace dlouho měla kam růst a dlouho mohla zvyšovat svou hustotu. Příležitostně byla navíc decimována epidemiemi a zvyšování počtu jedinců omezovala také extrémní dětská úmrtnost.

Po druhé světové válce nastal, s pokrokem lékařské péče, prudký pokles dětské úmrtnosti. Současně už byla místa schopná osídlení zaplněna. Zhruba od té doby se datují problémy lidstva spojené s populační explozí a s ní spojenými jevy, jako je vyčerpání přírodních zdrojů, ekologická devastace atd. Zhruba od té doby si také lidstvo uvědomuje, že neřízené rozmnožování může vést leda ke katastrofě a že je nutno objevit a zavést mechanismus, který nahradí antikoncepční účinek kojení, metody, která je své původní podobě neslučitelná se současným životním stylem.

O moderní antikoncepci se často mluví jako o „vymoženosti“, která zajistila „osvobození ženy“ atd. Snad. Hlavní smysl antikoncepce je však jiný, mnohem bazálnější. Moderní antikoncepce je nutná k přežití člověka jako druhu.

2.2 Důsledky civilizačního hyperestrismu

Kojení je antikoncepční metoda „přirozená“, to je však nutno chápat ve všech aspektech, nejenom kladných, ale i negativních. Kojení jako antikoncepce není prosto nepříznivých vedlejších účinků. Opakovaná mnohaletá období laktačního hypoestrismu mohou mít za následek zvýšené riziko rozvoje osteoporózy. Pro život lovců-sběračů to nemá valný význam, umírali kolem 50. roku života. K „přirozenému“ životu člověka nepatří období po menopauze. (Člověk je jediný savec, který má menopauzu. Lidské ovarium je zřejmě programováno na předpokládanou dobu života ženy, tj. maximálně 50 let).

Když žena omezila kojení, objevily se pravidelné ovulace a pravidelné menstruační cykly. To je spjato s novou „civilizační“ hormonální situací. V první polovině „přirozeného“ cyklu (lepší termín by snad byl „nemedikovaného“ cyklu, viděli jsme, že přirozené je být těhotná nebo kojít, pravěká žena nemenstruovala, leda výjimečně, ještě Bible má menstrující ženu za stejně nečistou jako muž nemocného kapavkou a rituální předpisy pro menstrující ženu a její okolí jsou velmi přísné) vidíme zcela zvláštní hormonální situaci, charakterizovanou vysokou hladinou estrogenů (především estradiolu), která není vyvážena odpovídajícím vzestupem progesteronu. To je situace, která se u žádného savce v takovém rozsahu neobjevuje a i člověka je to až civilizační záležitost.

Estrogeny jsou zajímavé steroidní hormony, které mají mnoho kladných vlastností, např. chrání před osteoporózou (proto – na rozdíl od pravěkých žen – vstupuje moderní žena do přechodu s normálním množstvím kostní hmoty, která začíná ubývat až po té). Jsou to hormony, které obecně způsobují proliferaci tkání. Stoupají-li (např. v těhotenství), stoupá většinou současně progesteron, který ve stejných cílových tkáních způsobuje jejich diferenciaci, působí jako jakýsi „funkční antagonist“ estrogenů. Civilizační hyperestrismus, pravidelné čtrnáctidenní opakování vysoké

Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Čepický, P., 2002

hladiny estradiolu při nízké hladině progesteronu, je v bezprostřední souvislosti s řadou onemocnění, ba má přímo kancerogenní efekt – uvedme v této souvislosti alespoň karcinom endometria, endometriózu, fibrocystickou mastopatii, fibroadenom prsu, ovariální cysty.

To není vše. Uprostřed každého menstruačního cyklu nastává ovulace, ruptura Graafova folikulu, z něhož se vyplaví oocyt. Každá ovulace znamená pro povrch ovaria trauma a je dobře prokázáno, že celkový počet ovulací za život je nejvýznamnější faktor pro celoživotní riziko karcinomu ovaria.

Moderní antikoncepce se tak stává zásadní nejen pro existenci druhu Homo sapiens, ale stává se ochranou před dopady civilizace na zdraví individuální ženy.

3 „Společenskovední“ problematika antikoncepce

3.1 Etika antikoncepce

3.1.1 Základní principy

Jak jsem ukázal výše, regulace reprodukce provází lidský druh od jeho vzniku, s rozvojem civilizace se pouze její metody stávají sofistikovanějšími. Antikoncepce je nutná k zachování existence Homo sapiens.

Moderní pohled zabírá antikoncepci do širšího rámce lidských práv. V roce 1968 na konferenci v Teheránu bylo přijato, že „rodiče mají základní lidské právo svobodně a zodpovědně určovat počet svých dětí a časový odstup mezi nimi“. I. světová populační konference (Bukurešť 1974) zdůraznila, že potenciálním rodičům „se má dostat informací a prostředků, aby tak mohli učinit“. V Mezinárodním roce dítěte (1979) bylo konstatováno, že dítě má právo „narodit se jako dítě chtěné, jehož příchod na svět rodiče plánují“. Mezinárodní společnost plánovaného rodičovství (IPPF) formulovala své stanovisko v roce 1990, mj. v zásadě, že „společnost musí podniknout všechno, aby se zabránilo neplánovanému těhotenství, především důkladnou sexuální výchovou a dostupností antikoncepce“.

Mezinárodní úmluvy se tedy shodují v postoji jasně proantikoncepčním, to však není samoučel, ale prostředek k zajištění základních lidských práv rodičů a dětí.

3.1.2 Antikoncepce a interrupce

Interrupce provází lidskou společnost jako jeden z jejích nejkontroverznějších výdobytků. Moderní dějiny dostatečně přesvědčivě ukazují, že rozsah používaných moderních spolehlivých antikoncepčních metod a rozsah interrupční praxe jsou veličiny nepřímo úměrné. Není nutno chodit daleko. V Československu (podobně jako v ostatních socialistických státech) byl liberální interrupční zákon zaveden v roce 1957, tedy ještě před tím, než se staly moderní antikoncepční metody dostupnými. Počet umělých přerušování těhotenství stále stoupal až do roku 1990 – v těchto létech už byly na trhu moderní přípravky kombinované hormonální antikoncepce i nitroděložních tělísek, generace žen však byly spíše navyklé používat tradičních metod (coitus interruptus byl nejpoužívanější antikoncepční metodou) a případné nehody řešit snadno dostupnou interrupcí; sexuální výchova a propagace antikoncepce neexistovala. Po roce 1990 nastoupila na trh plejáda nových variant antikoncepčních prostředků, uskutečnilo se proškolení gynekologů a na novou úroveň se dostala osvěta. Od té doby zaznamenáváme strmý nárůst uživatelů antikoncepce,

Úvod do antikoncepce pro lékaře gynekology. Čepický, P., 2002

provázený stejně strmým poklesem počtu interrupcí, zatím na necelou třetinu počtu z roku 1990 (z více než 120 tisíc za rok na necelých 40 tisíc za rok).

Na Západě byly interrupční zákony liberalizovány až v 80. letech, tedy již v době, kdy se ženy naučily moderní antikoncepci používat. Proto počet interrupcí nedosáhl nikdy takových hodnot jako na Východě. Souvislosti jsou však patrné i zde. Vždy, když z jakýchkoli důvodů stouplo dočasně užívání bariérových metod antikoncepce, které jsou méně spolehlivé (ať následkem propagace „bezpečného sexu“ nebo následkem obav z vedlejších účinků antikoncepce), bylo to provázeno vzestupem počtu interrupcí.

Ať chceme nebo nechceme, moderní antikoncepce zůstává jedinou známou cestou, která je v redukci počtu interrupcí úspěšná. (Restrikce není alternativou, protože počet umělých přerušení těhotenství nesnižuje, pouze je přesouvá do ilegality se všemi zdravotními, sociálními a právními důsledky.)

3.1.3 Antikoncepce a církev

Katolická církev není proti antikoncepci, avšak preferuje sexuální abstinenci a připouští používání pouze jediné antikoncepční metody, a sice periodické abstinence. Na tom nic nezměnilo ani to, že v roce 1965 Pavel VI. pověřil studiem antikoncepce zvláštní pontifikální komisi. Většina členů komise doporučila změnu církevního učení ve smyslu souhlasu s některými metodami moderní antikoncepce, Pavel VI. to však neakceptoval a namísto toho vydal encykliku *Humanae Vitae*, která jednoznačně potvrdila periodickou abstinenci jako jedinou možnou antikoncepční praxi. Tento postoj potvrdil Jan Pavel II. v instrukci *Familiaris Consortio* v roce 1981.

Lze stěží něco namítat proti tomu, že katolická církev preferuje jednu z metod ochrany před nežádoucím otěhotněním, pokud učí pravidlům této metody a vychovává k jejich dodržování. Praktické výsledky však nejsou dobré, reálná spolehlivost periodické abstinence je velmi vzdálená teoretické spolehlivosti; důkaz, že jen málo provozovatelů tohoto postupu je schopno nebo ochotno jeho pravidla dodržet.

Postoj katolické církve se stává odsouzeníhodným tam, kde dehonestuje ostatní antikoncepční techniky za použití argumentů, které je možno označit pouze jako lež. Tvrzení, že moderní antikoncepční metody vyvolávají potrat, nebo vypisování vymyšlených zdravotních ohrožujících rizik se stále vyskytují a přesahují i do tiskovin ovlivňujících laickou populaci. Postoj amerického teologa, který říká: „Musíme se osvobodit od dvou příšerných klamů moderního světa: 1. že antikoncepce je řešením potratů; 2. že sexuální výchova bez zřetele k hodnotám může zmenšit počet potratů nebo jim zabránit“ vede ve svých důsledcích k nárůstu právě toho konání, kterému chtěl zabránit.

Postoje nekatolických církví k antikoncepci jsou liberálnější a moderní metody antikoncepce obvykle připouštějí.

3.1.4 Antikoncepce a lékař

Regulace reprodukce je, jako vše, co se týká sexuality, zatížena četnými více či méně nevědomými konflikty a problémy. Všichni jsme tak či onak ovlivněni dvěma tisíciletími křesťanství. Všichni máme Superego, což jsou vlastně internalizované zákazy, kterým nás učili rodiče. Všichni máme sklony podléhat magickému myšlení a tzv. „zkušenosti“. Lékař však má být vyškolen tak, aby byl schopen od těchto vlivů v co největší míře abstrahovat a naplnit tak příkaz zákona, totiž postupovat *lege artis*, tj. podle poznatků a názorů současné lékařské vědy.

Je nutno si přiznat, že právě v oblasti antikoncepce se tak ne vždy děje. Doporučení lékařů, především (ale nejen, bohužel) negynekologů, jsou často ovlivněna spíše jejich „přesvědčením“, „názorem“, „zkušeností“ či ideologií než jejich znalostmi vědecké medicíny. Dokonce i v učebnicích jsou běžně uváděny údaje, které jsou zastaralé, překonané, nesprávné. To pokládám za problém nejen odborný, ale i etický. Lékař je – domnívám se – povinen poskytnout ženě věcně správné informace a z nich vyplývající doporučení; a je-li jeho osobní názor s tím v rozporu, měl by ho prezentovat na vědeckých konferencích, a teprve po té, co bude přijat odbornou veřejností, ho předkládat svým klientkám.

Antikoncepce přerostla v samostatný obor s několika vlastními impaktovanými časopisy. Prolíná však ostatní obory natolik, že nezbyvá, než aby se každý lékař seznámil alespoň s jejími principy; jinak riskuje poškození svých pacientek, ať v důsledku komplikací nechtěné gravidity, ať v důsledku komplikací vzniklých z interference použité antikoncepční metody a konkrétních zdravotních problémů ženy.

3.2 Právní problematika antikoncepce

I když antikoncepce nesleduje léčebný cíl, dopadají na ni obecná ustanovení o poskytování zdravotní péče. Z nich zásadní je požadavek postupovat „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“, tj. lege artis. Lékař je dále povinen informovat o způsobu užívání, míře spolehlivosti a možných komplikacích a je ovšem povinen informovat o nich správně. Pozor, uznává se, že žena má právo na poskytnutí antikoncepce, je-li to v souladu s postupem lege artis. Pokud by lékař odmítl nebo kontraindikoval antikoncepci na základě svých osobních postojů, dopouštěl by se postupu non lege artis a tedy porušení zákona.

Antikoncepce představuje zdravotní výkon, o kterém rozhoduje pouze sama žena, a který pochopitelně podléhá povinné mlčenlivosti (takže i např. manžela nebo rodiče lze informovat jen s jejím souhlasem).

Složitější může být situace u nezletilých dívek. Je obecně přijímáno, že souhlas s předpisem antikoncepce může vyjádřit i sama nezletilá. Komplikovaná a právně nejasná je pouze situace, když rodiče nezletilé dívky žádají informaci, zda jejich dcera užívá antikoncepci. Pominu-li, že jde o případ spíše uměle vykonstruovaný než reálný (rodiče by museli znát gynekologa, který antikoncepci předepsal, a toho mohou znát jen od dívky samé), právnícká literatura připouští obojí výklad (tj. informaci poskytnout nebo odmítnout z poukazem na povinnou mlčenlivost), podle individuálního posouzení lékaře.

Velmi komplikovaný je případ, kdy s žádostí o antikoncepci přichází dívka mladší 15 let. Problém spočívá v tom, že trestní zákon zná speciální skutkovou podstatu trestného činu „nepřekážení trestného činu“, kterého se dopustí mj. ten, kdo nepřekazí přípravu nebo páchaní trestného činu pohlavního zneužívání. Lékař, který předepíše antikoncepci dívce mladší 15 let, se tak dostává do právně velmi choulostivého postavení. Na druhé straně je jasné, že pokud taková dívka souloží, je jistě lépe, když je alespoň antikoncepčně zajištěna. Někteří gynekologové hledají cesty, jak jí antikoncepci poskytnout, a pokud se lékař jiného oboru doví, že taková dívka antikoncepci užívá, měl by svého kolegu podpořit.

Pokud se týká žen zbavených svéprávnosti, dává souhlas s antikoncepcí soudem ustanovený opatrovník. Jde-li o ženu s duševní poruchou, která není zbavena svéprávnosti a kde o antikoncepci žádá rodina, bude záležet na individuálním posouzení lékaře.

Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Čepický, P., 2002

Způsobí-li antikoncepce škodu, postupuje se podle obecných zásad jako při jiných úkonech léčebné preventivní péče. Lékař sám odpovídá za škodu vzniklou v důsledku postupu non lege artis. Připustit lze i možnost škody způsobené povahou použité věci, zde by odpovídala organizace, nikoli lékař. Není mi však známo, že by takový případ byl právně řešen.

Odpovědnost lékaře nebo výrobce za selhání antikoncepce uplatnit nelze, narozené dítě není možno pokládat za škodu. Nelze uplatnit ani úhradu nákladů na interrupci (selhání dlouhodobých metod antikoncepce, jako jsou nitroděložní tělíška, se uznává jako zdravotní důvod k interrupci, která je pak zdarma; při užívání tablet nemůže žena prokázat, že k selhání nedošlo následkem její chyby).

3.3 Psychologie antikoncepce

3.3.1 Motivace antikoncepce

Motivace a rozhodnutí ženy je základním předpokladem k užívání antikoncepce. Určitá ambivalence při tomto rozhodování se může objevit.

Na vědomé úrovni je hlavním důvodem pro antikoncepci strach z těhotenství; hlavním důvodem proti je obava z nežádoucích účinků, ve většině případů však jen předpokládaných a reálně neexistujících (např. obava ze vzniku varixů při užívání kombinované hormonální antikoncepce, obava z nárůstu hmotnosti apod.). V našich poměrech málo časté jsou ideologické nebo etické důvody proti užívání antikoncepce. Když už se objeví, ovlivňují spíše rozhodnutí o výběru konkrétní antikoncepční metody.

Rozhodování ženy ovšem ovlivňují i nevědomé mechanismy. Zde působí proti antikoncepci např. ambivalentní postoj k těhotenství (což opět může mít mnoho různých psychodynamických mechanismů), fatalismus, kancerofobie, farmakofobie, v neposlední řadě různé nevědomé konflikty ve vztahu k sexu a antikoncepci jako takové atd.

Významnou roli v rozhodování o antikoncepci má okolí ženy. Zdaleka na prvním místě je to její lékař – má-li sám nevyjasněné postoje k reprodukci a k antikoncepci, případně nedisponuje-li dostatečným rozsahem znalostí, může sehrát velmi negativní roli. Méně důležitý je vliv hromadných sdělovacích prostředků – korekci jejich katastrofických zpráv lékařem ženy obvykle přijímají. Role manžela, dříve zdůrazňovaná, ustupuje, zdá se mi, v současnosti spíše do pozadí – vědecké argumenty pro toto tvrzení ovšem nemám.

3.3.2 Psychosomatické komplikace antikoncepce

Zavedení spolehlivé antikoncepce představuje poměrně razantní zásah do bio-psycho-sociální rovnováhy ženy nebo celého páru a to se může projevit různými psychickými nebo psychosomatickými příznaky.

Obecně mohou antikoncepční metody způsobit psychické nebo psychosomatické komplikace třemi mechanismy: svým přímým farmakologickým účinkem (vzácně, např. vliv progestinů na depresi), aktivací nevědomých intrapsychických konfliktů či problémů (nejčastější, ovšem v klinické praxi obvykle těžko prokazatelné), nepřímou ovlivněním chování partnera.

Pro psychosomatické potíže spojené s antikoncepcí je často charakteristické, že se objeví brzy po zahájení antikoncepce, např. již po požití první tablety.

Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Čepický, P., 2002

S postupujícím rozšířením moderních antikoncepčních metod psychosomatických komplikací antikoncepce ubývá, spolehlivá ochrana před nežádoucím otěhotněním se stává běžnou součástí životního stylu mnoha žen.

3.3.3 Příznivé psychosomatické účinky antikoncepce

Kromě odstranění strachu z těhotenství se nezdáka pozoruje zlepšení emocí a sexuality. Přímý farmakologický efekt má hormonální antikoncepce na některé potíže s psychosomatickou složkou, jako je kongestivní pelipatie, dysmenorhea, ovulační bolest, premenstruační syndrom apod.

3.3.4 Laické znalosti o antikoncepci

Pro rozhodnutí o antikoncepci je důležitá znalost antikoncepčních metod, jejich výhod a nevýhod. Pověry tradované v laické veřejnosti jsou pro odborníka až neuvěřitelné – lékař je obvykle nepředpokládá a proto ani nekoriguje, žena se neptá, protože je to přece „všeobecně známo“. Uvedu jen stručně nejčastější z nich:

- Po antikoncepci se tloustne.
- Antikoncepce způsobuje nádory.
- Antikoncepce způsobuje varixy.
- Musí se kontrolovat jaterní testy.
- Antikoncepce se po nějaké době musí vždy na čas přerušit, „aby si tělo odpočinulo“.
- Antikoncepce se musí vysadit několik měsíců před otěhotněním, „aby se tělo očistilo“.
- Nemenstruovat je nebezpečné, menstruace „tělo očišťuje“.
- Antikoncepce může ohrozit další plodnost ženy.
- Nitroděložní tělíska způsobují zánět.
- Hormonální antikoncepce je asi tak spolehlivá jako kondom.
- Potíže, které mám, souvisí výhradně s antikoncepcí (potíže dosad' podle vlastní fantazie, sám jsem se setkal s pacientkou, která kombinované hormonální antikoncepci přičetla za vinu, že vypadla z tramvaje, a logicky ji přestala užívat). Typická stížnost z antikoncepční internetové odpovědny: Již 5 let užívám antikoncepci a po celou dobu jsem měla velmi uspokojivý sex se svým stálým partnerem. V poslední době se to ale zhoršilo a už mě to s ním tolik nebaví. Jistě je to vlivem antikoncepce, porad'te mi, co mám dělat.

4 Historie antikoncepce

4.1 Předvědecké období

Snahy o prevenci početí při pohlavním styku lze zaznamenat v lidské kultuře od doby, kdy člověk spojitost koitu a gravidity zaznamenal.

Úvod do antikoncepce pro lékaře gynekology. Čepický, P., 2002

Všemi citovaní jsou především staří Egypťané (pesary z krokodýlího trusu a medu, vykuřování pochvy, pro které bylo zkonstruováno zvláštní zařízení, a také nápoj, jehož základem je sádlo se sladkým pivem a dalšími přísadami). Mechanické bariérové metody se používaly i v Číně. V Bibli najdeme nejstarší popis přerušované soulože (Gen 30, 9–10). Indové plodnost žen dočasně potlačovali zaříkáváním. Rozsáhlá starověká literatura je také věnována problematice vyhnání plodu.

Středověk se svým restriktivním postojem k sexualitě přinesl do regulace reprodukce málo nového. Kládl důraz na sexuální čistotu (což lze chápat jako svéráznou „antikoncepční“ metodu). Vytvořil mechanické překážky soulože, jako je pás cudnosti, a především objevil návlek na penis, zprvu ovšem jako ochranu před francouzskou nemocí, až později jako antikoncepci.

Ani renesance a počátky novověku neznamenal žádný zvrat, když odhlédneme od anekdot (Casanovův citron).

4.2 Od objevu pesaru do konce II. světové války

Na konci 18. století přišel Malthus s tezí, že lidstvo roste rychleji než prostředky jeho obživy a že počet lidí je nutno regulovat. Malthus byl kněz a tak na antikoncepci ve vlastním smyslu slova nepomýšlel. Radil k sexuální zdrženlivosti a k pozdním sňatkům.

V polovině 19. století se objevili první lékaři, kteří si uvědomili, že trpí-li žena chorobou, která ji v případě otěhotnění ohrožuje na životě (např. tuberkulózou) je doporučení sexuální abstinence nedostatečné, protože žádná manželská dvojice ho nedodrží. Výsledkem jejich úsilí byl poševní pesar. Úplně první vytvořil v roce 1838 Američan Wilde, následován berlínským Hufelandem. Rozhodující zásluha o rozšíření pesaru však patří německému lékaři Mensingovi (svou práci rozumně publikoval pod pseudonymem C. Hasse), jehož typ se stal vzorem pro všechny následné modifikace a který věnoval propagaci této metody velké úsilí a dočkal se za to mnohého ústrku (motto tohoto spisku pochází z polemického článku s Mensingovou brožurou). Nicméně časem metoda získala četné přívržence, kteří byli zvaní neomalthuziánci.

Obrat v historii antikoncepce představují 20. léta minulého století, ve kterých se stoupencům regulace porodnosti podařilo založit speciální konzultační zařízení. V Anglii vznikly zásluhou malthuziánské ligy první poradny v roce 1921 a budiž zde zmíněno jméno Marie Stopesové. Šlo skutečně o poradny, s každou osobou se probíralo, proč se brání těhotenství, a příležitostně byly její důvody i zamítnuty. Liberálnější byly americké poradny, zakladané od roku 1923. Na počátku stála Margaret Sangerová. Její poradna byla úředně uzavřena a sama zakladatelka souzena s konečným výsledkem, že ústav znovu zahájil činnost pod vedením lékařky Hany Stoneové. Úspěšný soudní proces pochopitelně poradny („pesarové kliniky“) značně zpopularizoval. Ostatní evropské země byly poněkud opožděné (např. v Itálii Mussolini poradny zakázal), nicméně rozhodně je vhodné uvést citát z německého gynekologa Fraenkela: „Nemocenské pojišťovny mají si uvolnit peníze na kontracepční prostředky, mají je vydávat ovšem jen na lékařský předpis“. Z roku 1932, prosím.

Zásluhou přednosta tehdejší II. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze prof. Ostrčila a lékařky jeho kliniky dr. Slámové, vznikly první antikoncepční poradny ve 30. letech i u nás.

Shrňme antikoncepční možnosti, které měli lékaři a jejich klienti k dispozici před druhou světovou válkou:

Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Čepický, P., 2002

- Chirurgická sterilizace ženy (chirurgická sterilizace muže byla pochopitelně známa, ovšem za účelem zábrany početí se obvykle neprováděla, neboť „žena může být pak oplozena i extramatrimoniálně“).
- Dočasná sterilizace zářením (prováděla se málo z obav z poškození případného budoucího plodu, spíše se doporučovalo intrauterinní ozáření, kde se předpokládalo menší riziko).
- Lokální vaginální prostředky (častěji se používaly přípravky vytvářející hustou a hojnou pěnu než spermicidy ve vlastním slova smyslu).
- Coitus interruptus, coitus reservatus.
- Kondom.
- Poševní pesar.
- Poševní hubky a tampony.
- Metoda výpočtu plodných a neplodných dnů podle Ogina a Knause.

Snahy o něco, co by připomínalo dnešní moderní antikoncepci, byly jen latentní. Vyvolání dočasné neplodnosti aplikací ovariálních extraktů bylo sice známo, ale byl mu přičítán pouze význam vědecké kuriozity. Jen málokterí si uvědomovali antikoncepční potenciál tohoto poznatku. Spekulovalo se s využitím imunologických metod (injekce spermií). Do klinického používání se dostalo Gräfenbergovo nitroděložní tělísko; gynekologickou veřejností však bylo odmítnuto, ba zakázáno, pro riziko pánevní zánětlivé nemoci.

4.3 Počátky hormonální a nitroděložní antikoncepce

Kvalitativní zvrát v antikoncepci přišel na přelomu 50. a 60. let, kdy byly položeny základy všem třem skupinám dnes používané moderní antikoncepce – nitroděložní metody, gestagenní metody, kombinované hormonální metody. Příčina nebyla jen v rozvoji medicíny – jak jsem už ukázal, vědecké předpoklady nutné pro vznik těchto postupů byly starší a v 50. letech nedošlo k žádnému převratnému objevu na poli teorie. Vývoj spolehlivé antikoncepce si vynutily změny sociální, poválečná populační exploze a požadavky vyplývající z liberalizujícího se postoje k sexualitě.

První klinické zkoušky s kombinovanou hormonální antikoncepcí (i zde stála na počátku Margaret Sangerová, jejíž aktivita byla neutuchající) začaly v roce 1956, a v roce 1959 byl první přípravek kombinované antikoncepce (Enovid, obsahoval 150 µg mestranolu + 10 mg norethynodrelu v jedné tabletě, vyrobila ho firma Searle) schválen v USA k užívání jako kontraceptivum. V roce 1961 následovala Evropa (Anovlar, obsahoval 50 µg etinylestradiolu + 4 mg norethisteron acetátu, firma Schering).

V Československu v témže roce svolal náměstek ministra zdravotnictví a předseda vědecké rady ministerstva zdravotnictví prof. Lukáš (opět přednosta II. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze) schůzku, které předsedal akademik Charvát a na které byl projednán stav a vývoj hormonální antikoncepce ve světě. Porada rozhodla, že i u nás bude zahájen výzkum těchto preparátů. Výsledkem byl první československý antikoncepční přípravek Antigest, který obsahoval 100 µg mestranolu a 5 mg methenmanidon acetátu a přišel na trh v roce 1965.

V 60. letech se objevily i první přípravky gestagenní kontracepce, v roce 1963 Depo-Provera, injekční forma této metody, v roce 1968 Nacenyl, první gestagenní „minipilulka“.

Úvod do antikoncepce pro lékaře gynekology. Čepický, P., 2002

Konečně přelom 50. a 60. let přinesl i zlom v pohledu na nitroděložní tělíska, která od Gräfenbergova objevu přežívala v Izraeli a Japonsku. Během 60. let vznikla a ženami byla přijata řada typů. V roce 1967 byla tato metoda zavedena i v Československu (původní tuzemská tělíska DANA – Dobrá A Neškodná Antikoncepce, na jejichž vzniku a rozšíření měl rozhodující zásluhu moravský gynekolog Šráček).

Jak pokračoval vývoj moderních antikoncepčních metod, uvedu v příslušných kapitolách. Zde jen tolik, že tyto postupy byly přijaty s velkým entusiasmem, počet užívajících žen rychle stoupal a zvláště zpočátku nebyly vedlejší účinky zaznamenávány.

4.4 80. léta – první krize antikoncepce

Nadšení pro antikoncepci skončilo v 80. letech. Už na konci předcházejícího desetiletí se objevily zprávy o vyšším výskytu pánevní zánětlivé nemoci u žen se zavedeným nitroděložním tělískem. Ty byly s patřičnými komentáři rozsáhle publikovány v denním tisku, především v USA, což tam používání nitroděložní antikoncepce téměř zlikvidovalo. Následný výzkum, který ukázal, že nitroděložní tělíska riziko zánětu nijak nezvyšuje, už takovou publicitu neměl a mnozí lékaři se tuto antikoncepční metodu obávají aplikovat dodnes.

S malým zpožděním se začaly objevovat početné zprávy o nejrůznějších zdravotních rizicích pilulky. V popředí nebyla hluboká žilní trombóza (jak bychom snad předpokládali z dnešního pohledu), ale arteriální cévní příhody (především infarkt myokardu) a nádory (hlavně karcinom prsu, ale i např. hepatocelulární karcinom). Teprve v polovině 80. let se začínají objevovat nesmělé práce o příznivých vedlejších účincích antikoncepčních pilulek; je jim však věnována nesrovnatelně menší pozornost.

Důsledkem popsaného vývoje byla poměrně značná diskreditace moderních antikoncepčních přípravků a návrat k bariérovým metodám – sem spadá poslední nedlouhé období renesance pesaru. Důsledkem byl strmý vzestup interrupcí, které naštěstí zhruba v této době většina západních zemí legalizovala.

Ukázalo se však, že společenská potřeba spolehlivé a pohodlné antikoncepce je větší než obavy a po několika letech začalo uživatelůk pilulek opět přibývat; nitroděložní tělíska se však, alespoň v celosvětovém měřítku, v úplnosti nevzpamatovala dodnes.

4.5 90. léta – druhá krize antikoncepce

Opětný vzestup užívání moderní antikoncepce trval asi 10 let. Mezitím byly vyvinuty nové preparáty, o kterých se předpokládalo, že případná rizika odstraní. Zvýšilo se povědomí o příznivých účincích antikoncepce a mnoho z dřívějších rizik bylo přehodnoceno. Jak pokračoval seriózní výzkum a jeho výsledky postupně nahrazovaly starší spekulace, ubývalo kontraindikací. Absolutní kontraindikace se měnily v relativní, relativní byly ještě více relativizovány.

Do počínající idyly zasáhly dvě události. První byl nástup pandemie infekce HIV. S tím souvisí razantní propagace „bezpečného sexu“, což laická (zhusta i odborná) veřejnost ne zcela správně ztotožnila s používáním kondomu. Kondom začal místy vytlačovat „nebariérové“ antikoncepční metody. Ovšem ukázalo se, že tam, kde se skutečně podařilo změnit chování populace a kde používání kondomu signifikantně stoupl (známý je především švédský příklad), došlo současně k vzestupu počtu interrupcí (kondom má zhruba 100× vyšší riziko selhání než kombinovaná

hormonální antikoncepce). Časem se tedy začalo doporučovat spíše současné používání kondomu a hormonální antikoncepce.

Druhá událost nastala v roce 1995, když úředníci britského Výboru pro bezpečnost léčiv rozeslali lékařům ve Spojeném království dopis, kterým je upozorňovali na dvojnásobné riziko tromboembolické nemoci u žen užívajících přípravky s desogestrem nebo gestodinem ve srovnání s ženami, které užívají přípravky s levonorgestrem. Vyšli při tom ze závěru čtyř retrospektivních epidemiologických studií, z nichž tři v té době nebyly ještě ani publikovány. Toto tučné sousto si nenechali ujít novináři a denní tisk, včetně českého, byl opět pln palcových titulků o tom, jak antikoncepční pilulky zabíjejí ženy. Podobné doporučení se objevilo i v Německu, Francii, Belgii a Švédsku a s velikým zpožděním, až v roce 2001, rozeslal podobný text i český Státní ústav pro kontrolu léčiv. Aféra se prakticky nedotkla Spojených států a ostatně ani většiny evropských zemí.

Jako již jednou, i nyní nastal prudký propad uživatelů antikoncepce – 12 % žen přestalo pilulky užívat. A jako již jednou i nyní vzápětí vzrostl v západní Evropě počet interrupcí o 10 % (u žen mladších 25 let dokonce o 36 %).

Během dalších let aféra utichla, s několika málo lokálními výjimkami. V Česku přijal výbor České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP usnesení, že „v současné době neshledává důvod ke změně preskripčního chování při předepisování hormonální antikoncepce“.

4.6 Současný stav a výhled do budoucna

Dokonalá antikoncepce má splňovat podmínky, které kdysi v 60. letech formuloval Vokaer.

- (1) Musí být účinná, procento selhání se musí prakticky rovnat nule.
- (2) Musí být jednoduchá, aby ji mohli používat jedinci s nízkou vzdělaností a inteligencí.
- (3) Nesmí být toxická.
- (4) Nesmí ohrožovat pozdější fertilitu.
- (5) Dojde-li k selhání, nesmí poškodit plod.
- (6) Musí být cenově přístupná.
- (7) Má být používána ženami, které tak mají možnost rozhodovat o svém otěhotnění samy.
- (8) Nesmí rušit pohlavní akt.

Zkusme z tohoto pohledu „oznámkovat“ dnes dostupné metody (jako ve škole 1–5, 1 je nejlepší).

Tab. 1 „Dokonalost“ antikoncepčních metod

	1	2	3	4	5	6	7	8	průměr
periodická abstinence	4	5	1	1	1	2	2	4	2,5
coitus interruptus	4	3	1	1	1	1	5	5	2,625
kondom	3	3	1	1	1	2	5	4	2,5
ženské mechanické bariéry	4	4	1	1	1	2	1	3	2,125
chemické bariéry	3	3	2	1	1	3	1	3	2,125
nehormonální nitroděložní tělísko	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0
gestagenní nitroděložní tělísko	1	1	1	1	1	3	1	1	1,25
kombinovaná hormonální antikoncepce	1	2	2	1	1	3	1	1	1,75
gestagenní hormonální antikoncepce	1	1	2	1	1	2	1	1	1,125

Je vidět, že moderní antikoncepční metody Vokaerova kriteria splňují. Do popředí tak vystupují další aspekty:

- Pohodlí uživatelky (a s ním související compliance a tím opět související poměr mezi teoretickým rizikem selhání u ideální uživatelky a mezi rizikem selhání v běžné praxi).
- Přídavné příznivé zdravotní účinky.
- Individualizace rizika konkrétní ženy.
- Individuální terapeutické účinky pro konkrétní ženu.
- Individuální subjektivní či psychologické požadavky ženy.

Je těžké odhadovat další vývoj antikoncepce. Pokusil jsem se o to již jednou a s výsledkem nemohu být spokojen, jedině, co mě může utěšovat je to, že lépe se nevedlo ani jiným. Nebudu riskovat znovu. O některých konkrétních perspektivách, které dospěly až do stadia klinických zkoušek, promluví vřdy na příslušném místě. Zde se odvážím jedině předpovědi, totiž té, že počet žen užívajících spolehlivé moderní metody antikoncepce bude nadále stoupat (byť chvíle dočasného poklesu se mohou občas objevit) a spolu s tím bude klesat i počet interrupcí.

5 Epidemiologie antikoncepce

Hodnocení účinku, rizik a komplikací běžného léku se hodnotí v přísně kontrolovaném multicentrickém (to není samoučel, jde o to, aby se přípravek podával různým geografickým, sociálním, pracovním, rasovým, věkovým atd. skupinám žen) experimentu ve dvojitým slepém uspořádání. Účinek antikoncepce takto hodnotit nelze, což s sebou nese četné metodologické problémy, které lékařskou vědu už mnohokrát svedly ze správné cesty.

5.1 Spolehlivost antikoncepce

5.1.1 Pearlův index

Spolehlivost antikoncepčních metod se udává Pearlovým indexem, což je počet těhotenství na 100 žen během roční expozice. Pearlův index se velmi osvědčil, přes některé problémy, které s ním souvisí:

- a) Pearlův index se dá počítat různými statistickými cestami, podle toho se mírně liší i jeho hodnoty. Jiného čísla dosáhneme při prostém sečtení gravidit za rok, jiný je výsledek, když sledujeme kumulativní počet selhání v každé době sledovaného intervalu (obvykle 12 měsíců) – v této „life table“ technice odpovídá Pearlovu indexu tzv. hrubá míra selhání, zatímco čistá míra selhání zahrnuje nejen těhotenství, ale i ukončení antikoncepce z jiných důvodů.
- b) Hodnota Pearlova indexu u většiny antikoncepčních metod klesá s délkou užívání metody (nikoli lineárně, pokles je nejvyšší v prvním roce).
- c) Je nutno rozlišit Pearlův index při teoreticky bezchybném užívání, Pearlův index v praxi motivované ženy s dobrou compliance a Pearlův index v běžné populaci. Rozdíl mezi „selháním metody“ a „selháním uživatelky“ může být i desetinásobný, jak je tomu u periodické abstinence.

Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Čepický, P., 2002

- d) Hodnotu Pearlova indexu pochopitelně ovlivňuje přirozená plodnost ženy (klesá např. s věkem), plodnost partnera a počet pohlavních styků, případně i skutečné vyloučení jiných antikoncepčních prostředků (např. přerušovaná soulož, sexuální abstinence v neplodnějších dnech uprostřed cyklu atd.), používaných „pro jistotu“ současně.
- e) Většina studií vychází z počtu gravidit referovaných ženami. Tím unikají velmi časně těhotenské ztráty; jen nejpečlivější studie používají monitorování hladiny HCG.
- f) Bylo ukázáno, že práce s vysokým Pearlovým indexem jsou méně nabízeny k publikaci a dokonce jsou méně často k publikaci přijímány.

5.1.2 Spolehlivost jednotlivých antikoncepčních metod

Zde uvedené čísla jsou jen orientační, v podrobnostech odkazují na příslušné odstavce u jednotlivých antikoncepčních metod.

Tab. 2. Spolehlivost antikoncepčních metod (hodnoty jsou přibližné)

	Pearlův index	
	běžná praxe	ideální uživatelka
Vůbec žádná antikoncepce	80	
Periodická abstinence	30	3
Coitus interruptus	20	4
Pesar	15	10
Kondom	10	4
Vaginální spermicidy	10	3
Kojení	5	3
Femidon	2	
Minipilulky (levonorgestrel)	2	1
Kombinovaná hormonální antikoncepce	0,5	0,1
Nitroděložní tělísko s mědí	0,3	0,2
Gestagenní implantáty	0,1	0,05
Nitroděložní tělísko s levonorgestrem	0,05	0,01
Depotní medroxyprogesteron acetát	0,05	0,01
Chirurgická sterilizace	0,02	

5.2 Vedlejší účinky antikoncepce

5.2.1 Komplikace antikoncepce

Problémy s odhady počtu komplikací u uživatelky antikoncepčních metod jsou značné a lékařská věda zde eviduje už vícero selhání (svých, nikoli antikoncepce). Snad největší aférou v tomto smyslu byl až dosud údajný vztah mezi nitroděložními tělísky a pánevní zánětlivou nemocí.

Studie, které zkoumají a uvádějí výskyt konkrétních komplikací souvisejících s antikoncepcí, narážejí na řadu metodologických problémů.

a) Skoro bez výjimky jsou retrospektivní, což zcela vylučuje kontrolu intervenujících proměnných. Skutečně seriózně pojatá vědecká medicína ve skutečnosti výsledky retrospektivních studií nepřijímá – v oblasti antikoncepce ovšem jiné téměř nemáme. Nejlepší retrospektivní studie se snaží alespoň sledovat ty intervenující proměnné (tj. ty vlastnosti, kterými se skupina uživatelky a neuvivatelky mezi sebou liší kromě toho, že užívají nebo neužívají antikoncepci), o kterých se mezitím prokázalo, že mají význam a že uživatelky a neuvivatelky se v nich liší (např. počet sexuálních partnerů, věk ženy, kouření apod.). Zbývá však nekonečné množství dalších faktorů, které by mít vztah „mohly“ a které uhlídat v retrospektivním projektu nelze (namátkou: lety letadlem, povolání, pitný režim, opalování, alkohol, dieta, hmotnost, jogging, psychický stres, věk prvního těhotenství – uvádím jen ty, které by se mohly podílet na některých komplikacích antikoncepce, jež vzbudily rozsáhlé diskuse). Modelovým příkladem takového opomenutí nenápadné intervenující proměnné je doložený vztah mezi užíváním kombinované hormonální antikoncepce a vyšším výskytem melanoblastomu, který souvisí s tím, že ženy užívající antikoncepci se víc opalují než ženy bez antikoncepce.

b) K charakteristice retrospektivních studií patří problémy s diagnózou komplikace, jejíž kritéria už z principu retrospektivní studie nejsou a nemohou být jasně předem definovaná. Věc je dále matena tím, že jakmile se objeví první zpráva o nějakém zdravotním problému v souvislosti s antikoncepcí, tato nemoc je rázem diagnostikována častěji, nebo dokonce téměř výhradně, u žen s touto metodou antikoncepce. Jako příklad může posloužit údajný vztah nitroděložního těliska a aktinomykózy.

c) Vývoj antikoncepčních metod je poměrně překotný, nitroděložní těliska se zmenšují, přidal se měděný drátek, později progestin, složení kombinovaných pilulek se mění dramaticky, jak je popsáno v příslušné kapitole. Retrospektivní studie, zvláště pokud sledují riziko nějaká komplikace u bývalých uživatelky, sledují vliv přípravku, který zhusta už není na trhu. Sem patří např. vztah hepatocelulárního karcinomu a pilulek, vždy stále připomínaný, i když se týkal jen přípravků s vysokým dávkováním menstranolu, které se už skoro třicet let nevyrábějí.

d) Populární literatura, ale i autoři odborných přehledných publikací, má tendenci komplikace přeceňovat. U denního tisku, který žije ze senzacechtivých laických čtenářů, to není ničím překvapivým. Ale i autoři odborných publikací mají sklon opisovat komplikace antikoncepce jeden od druhého, aniž by zmínili metodologickou problematiku původní práce, která na komplikaci upozornila, dokonce i když původní autor si jejích limitů byl vědom. Jako příklad může posloužit vztah migrény a kombinované hormonální antikoncepce, spekulace opisovaná z článku do článku, ač jediná seriózní retrospektivní studie žádný vztah nenašla.

e) Běžným zkratem jsou generalizace, které opomíjejí zahrnout i příznivé účinky antikoncepce. Kombinovaná pilulka zvyšuje riziko karcinomu prsu a melanoblastomu (což navíc není zřejmě pravda) ergo kombinovaná pilulka zvyšuje výskyt nádorů – že kombinovaná pilulka velmi výrazně

výskyt zhoubných nádorů naopak snižuje (v důsledku poklesu karcinomu endometria, ovaria a tračnicku), to se už ponechává stranou.

5.2.2 „Všeobecné riziko“ uživatelé antikoncepce

Zdravotní rizika antikoncepčních metod nejsou nulová, jako nejsou nulová zdravotní rizika jakékoli lidské činnosti. Lidský život je však komplexnější a není omezen na antikoncepci, jejíž rizika je nutno hodnotit v celém kontextu bio-psycho-sociální jednotky Homo sapiens.

5.2.2.1 Riziko soulože

Pohlavní styk sám má početná zdravotní rizika, mezi něž patří i život ohrožující stavy (infekce HIV, karcinom čípku), závažné choroby léčitelné (syfilis) i neléčitelné (herpes genitalis), trvalé ohrožení fertility (Chlamydia trachomatis), akutní stavy vyžadující okamžité lékařské ošetření (ruptura ovariální cysty, ruptura pochvy, fraktura penisu), psychická traumata s celoživotními dopady atd. – v závorkách jsou pochopitelně jen příklady. Není jediná práce, která by se pokusila tato rizika – pohlavnímu aktu vlastní – porovnat s riziky jednotlivých antikoncepčních metod, včetně modifikace těchto rizik antikoncepcí, která nemusí být na první pohled nápadná (např. výrazný ochranný vliv kombinované antikoncepce na riziko pohlavně přenosné pánevní zánětlivé nemoci).

5.2.2.2 Riziko těhotenství

Nejzávažnějším rizikem soulože je ovšem gravidita. Těhotenství je ze své podstaty provázeno početnými zdraví komplikujícími stavy, které vyžadují intenzivní léčbu – jsou-li ženy ponechány samy sobě, počítá se mateřská úmrtnost na procenta (!). Ale i při špičkové lékařské péči umírá v ČR ročně cca 10 žen v souvislosti s mateřstvím. K tomu přistupuje porodnická operativa a její komplikace (14 % porodů končí tě. v Česku císařským řezem – spočítejte anesteziologické komplikace, hysterektomie pro operační komplikace, pooperační infekce, dehiscence sutury, pooperační anemie, následné sterility atd.), poranění rodidel, která mohou být devastující, diseminovaná intravaskulární koagulace, tromboembolické příhody atd., až k „banalitám“ (myslím z hlediska ohrožení života), jako je těhotenské zvracení nebo poporodní deprese, jejichž výskyt v souvislosti s těhotenstvím se počítá na desítky procent.

Lze namítnout, že těhotenství je normální součástí života, ovšem lékař stojí nezdědka před nemocnou ženou, kde riziko gravidity, zvláště neplánované gravidity, je nepřiměřeně vysoké pro její zdravotní stav. Právě zde jsou různé moderní antikoncepční metody často „kontraindikovány“, ale právě tyto ženy nutně potřebují spolehlivou antikoncepci a zdravotní riziko ochrany před otěhotněním je vždy nutno zvažovat v poměru k zdravotnímu riziku neplánované gravidity. Je bohužel skutečností, že specialisté různých oborů si tento vztah zdaleka ne vždy uvědomují.

K tomu všemu musíme ještě přičíst problematiku interrupcí, která sice nemá významný dopad na zdraví ženy (riziko somatických i psychických komplikací po interrupci nechtěné gravidity v prvních dvou měsících těhotenství se blíží nule), představuje však závažnou otázku sociální a morální. Bylo dostatečně prokázáno pomocí „přírodních experimentů“, organizovaných nerozumnými politiky (zvláště instruktivní je Ceaucescův experiment v socialistickém Rumunsku), že jediná cesta, jak snížit počet umělých přerušování těhotenství, je masové zavedení moderních a spolehlivých antikoncepčních metod. Pouhá restrikce vede pouze k přesunu interrupcí ze

zdravotnických zařízení k anděličkářkám, s drastickým dopadem na životy a zdraví ženské populace.

5.2.2.3 Riziko běžných životních aktivit

Je též užitečné uvědomit si riziko antikoncepce a riziko jiných lidských činností. Na tento aspekt upozornil editorial ve Fertility and Sterility v roce 1987. Čísla tam uváděná se týkají americké populace a tehdejších pilulek, jejichž riziko bylo vyšší než dnes (přípravky s vysokou dávkou estrogenu a progestiny s reziduální androgenní aktivitou zvyšují riziko infarktu myokardu u starších kuřáček) – nicméně jako zajímavost některá z nich uvádím (číslo znamená výskyt úmrtí na 100 tisíc za rok): úder bleskem 0,05, cyklistika 0,9, plavání 2,1, pády 4,9, vražda 10,2, sebevražda 12,0, dopravní nehoda 19,6 (!); uživatelky pilulek: nekuřačky do 25 let 0,6, nekuřačky 25–35 let 1,6, kuřačky do 25 let 3,0, kuřačky do 25–35 let 10,2. Tedy: Kdo se obává negativních zdravotních účinků antikoncepce, měl by především přestat jezdit autem, riziko je při nejmenším dvojnásobné.

5.2.3 Příznivé vedlejší účinky antikoncepce

Konečně i když odhlédneme od všeho, co jsem v tomto odstavci dosud napsal, stojí před námi nutnost posuzovat případná zdravotní rizika antikoncepce s jejich zdravotními přínosy. Uvedu příklad: Dnes nejdiskutovanější komplikací antikoncepce vůbec je vztah kombinované antikoncepční pilulky a vyššího rizika hluboké žilní trombózy a embolie. Z čísel, která jsou podrobněji rozebrána v příslušné speciální kapitole, můžeme vypočítat, že pokud budou všechny české ženy ve fertilním věku užívat kombinovanou antikoncepci po celou dobu svého fertilního života, tj. od 15 do 45 let, zemře jich na tromboembolickou příhodu ve spojitosti s antikoncepcí asi 90. Ovšem současně hormonální antikoncepce zachrání život 30 tisícům (!) z nich, jenom následkem poklesu incidence karcinomu endometria a ovaria (ostatní příznivé zdravotní účinky, včetně např. kolorektálního karcinomu, nechávám stranou).

5.2.4 „Osobní zkušenost“ lékaře a vedlejší účinky antikoncepce

Vědecký pracovník je vyškolen v tom, že „zdravý lidský rozum“ a „zkušenost“ nemají nic společného s vědeckým poznáním a dokáží znamenitě zmást. Lidské myšlení však není apriorně konstruováno „vědecky“, spíše „magicky“. Ne vždy se nám od toho daří abstrahovat a někteří naši kolegové tomu podléhají ještě více než ostatní.

Počet uživatelů moderních antikoncepčních metod se dnes dostal na poměrně vysoká čísla i v Česku. Např. ve věkové skupině 15–25 let užívá tč. kombinovanou hormonální antikoncepci 34 % českých žen. K tomu přistupují lokální odchylky, takže třeba v Praze to přesahuje 40 %. Je jasné, že mezi pacientkami, na jejichž diagnózu nemá tato antikoncepční metoda vůbec žádný vliv, bude v Praze v průměru více než 40 % uživatelů antikoncepce. K tomu přistupuje skutečnost, že nemocí je mnoho, jsou vzácné, a zastoupení uživatelů antikoncepce u jednotlivých diagnóz náhodně kolísá. Uvědomíme-li si to, pochopíme, že např. u každého nádoru, který postihne ženy této věkové skupiny, musí být zastoupeny uživatelky pilulky, a že se nutně objeví nádory, kde ve všech třech případech, které se na naší klinice v posledním roce objevily, šlo o ženy, které užívaly antikoncepci.

Naše myšlení, pokud není speciálně vycvičeno, má sklon absolutizovat tuto „zkušenost“, jakkoli je zavádějící. Máme-li však postupovat podle poznatků vědecké medicíny (tedy lege artis), musíme se

Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Čepický, P., 2002

naučit věřit široce založeným kontrolovaným studiím, a oprostít se od svého „dojmu“, který je s nimi případně v rozporu.

Stranou nechávám, že lékař má být natolik vzdělán, aby dokázal vzdorovat hysterickým výlevům novinářů, ať publikují v mediích bulvárních či tzv. „seriózních“. Pro novináře je dobrou zprávou jen špatná zpráva. Nepoměr mezi referencemi o příznivých účincích a komplikacích antikoncepce (ostatně nejen antikoncepce) je velmi velký, jak opakovaně upozorňuje odborná lékařská literatura. Reference o „špatných zprávách“ jsou často neobjektivní, studie, které stojí v rozporu s dosavadním poznáním, jejichž dopad sám autor relativizuje a chápe je spíše jako podnět k diskusi, které jsou zhusta metodologicky insuficientní a další odbornou diskusí zamítnuty, tyto studie jsou laikovi předkládány jako nezvratný fakt. Podléhá-li jim novinář, je do odsouzeníhodné, podléhá-li jim řadový čtenář, je to pochopitelné, lékař by však měl být schopen reflexe.

5.3 Antikoncepce v ČR

V ČR je tč. dostupná široká škála antikoncepčních metod, které do absolutní úplnosti chybí velmi málo: mezery jsou v zastoupení vaginálních mechanických bariérových metod (z trhu byly ztaženy pro naprostý nezájem žen), k dispozici není injekční kombinovaná antikoncepce a vaginální gestagení pesary. Zastoupení jednotlivých metod je podle průzkumu provedeného v lednu 2002 (nepublikovaná data) takové, jak je uvedeno v tab. 3.

Tab. 3. Zastoupení jednotlivých antikoncepčních metod v populaci českých žen ve věku 15–45 let (leden 2002)

Perorální hormonální antikoncepce	28,2 %
Prezervativ	14,6 %
Nitroděložní tělísko	8,8 %
Coitus interruptus	7,5 %
Periodická abstinence	1,7 %
Depotní injekce a podkožní implantáty	1,6 %
Postkoitální antikoncepce	1,3 %
Vaginální chemické bariérové metody	0,4 %
Jiné metody	3,6 %
Žádná antikoncepce	12,9 %
Sexuálně neaktivní	11,5 %
Sterilní	4,2 %
Těhotné, kojící, usilující o otěhotnění	3,7 %

Není překvapení, že lze vysledovat některé rozdíly v závislosti na věku. Mezi nejmladšími ženami (15–25 let) je pokládán za druhou nejvhodnější metodu kondom – což je zřejmě důsledek sexuální výchovy zdůrazňující prevenci pohlavně přenosných infekcí. Mezi ženami 26–35 let se o druhé a třetí místo dělí kondom a coitus interruptus, patrně jako pozůstatek dřívější praxe, kdy přerušovaná soulož byla nejčastěji používaným antikoncepčním postupem. Konečně mezi ženami ve věku

Úvod do antikoncepce pro lékaře gynekology. Čepický, P., 2002

36–45 let je vůbec nejčastěji používanou antikoncepcí nitroděložní tělísko (14,5 %), následováno pilulkami a kondomem.

Ve srovnání ze západní společnosti vyniká vysoké zastoupení nitroděložních tělísek; tradice této metody rozšířená už v 60. letech přetrvává dodnes a diskreditační kampaně vedené proti ní v minulosti v zahraničí se české populace odborné i laické prakticky nedotkly.

6 Lékař gynekolog a antikoncepce

V ČR předpisuje antikoncepci gynekolog. To souvisí jednak s tradicí, jednak s nebývale hustou sítí gynekologických pracovišť, která má historické kořeny (v koncepci sjednoceného zdravotnictví nebyl gynekolog pojímán jako „specialista“, ale jako jeden ze čtyř „obvodních“ lékařů, spolu s pediatrem, stomatologem a všeobecným lékařem).

Problematika antikoncepce ovšem obor gynekologie a porodnictví daleko přesahuje a dotýká se každého lékaře.

- Dotaz na používanou antikoncepci by měl být součástí rutinní anamnézy každého specialisty. Z používané antikoncepce lze posoudit, zda potíže pacientky nemůže způsobovat nepoznaná (případně i popíraná) gravidita. Antikoncepce může zkreslovat výsledky laboratorních vyšetření (např. vzestup SHBG při užívání kombinované hormonální antikoncepce), může zvyšovat některá rizika (např. při každém předoperačním vyšetření by mělo být zmíněno, jakou antikoncepci žena užívá, protože to ovlivňuje riziko hluboké žilní trombózy v pooperačním období, a případně doporučena opatření k minimalizaci tohoto rizika), může vyžadovat změnu dávkování léku (např. inzulin u diabetiček). Jen výjimečně se lékař setká s potížemi vyvolanými přímo antikoncepcí (např. alergie).
- Onemocní-li žena, je nutno zvážit riziko těhotenství a posoudit ho ve vztahu k používané antikoncepční metodě (např. nevhodnost kondomu u diabetičky pro malou spolehlivost). Bylo by velmi pozitivní, kdyby lékaři gynekologové byli schopni v rámci terapeutických doporučení dát ženě i doporučení týkající se antikoncepce. Naopak některá farmaka (antiepileptika, antibiotika) mohou snižovat účinek antikoncepce a je třeba ženu upozornit, jak se má chovat.

Lékař gynekolog je nezdárcou konzultován o vhodnosti té které antikoncepční metody vzhledem k svému oboru a měl by být schopen dát kompetentní odpověď podle současného názoru lékařské vědy.

- Každý zdravotník se čas od času setká s dotazem na antikoncepci, postkoitální antikoncepci, jejich rizika atd. Důsledkem jeho špatné odpovědi může být přímo poškození pacientky (nepodání postkoitální antikoncepce s následným těhotenstvím a interrupcí).

Lékař gynekolog je však v obtížné situaci. Problematika antikoncepce je poměrně speciální a ohraničená část lékařské vědy. Publikované texty obvykle počítají s gynekologickým vzděláním, což jejich četbu ostatním lékařům neusnadňuje. V neposlední řadě je vývoj poznatků a názorů, jakož i nových přípravků, velmi rychlý, ba překotný. 10 let stará monografie má cenu již jen historickou a informace poskytované na jejím základě dnes už zdaleka nemusí být lege artis.

Vybraná literatura

1. anonym: Romania: On the road to success. Family planning experts are predicting a dramatic fall in maternal mortality in Romania. *Safe Motherhood*, 3, 1990, s.1–2.
2. Čepický, P.: Perspektivy antikoncepce. In: Presl, J., et al.: *Kontracepce*. Praha, Galén 1993, 147 s.
3. Čepický, P.: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Mod. Gynek. Porod.*, 8, 1999, s.163–250.
4. Davis, A.J.: Má se předepisovat perorální kontracepce dospívajícím dívkám trpícím chronickým onemocněním? *Gynekologie po promoci*, 1, 2001, č.5, s.43–46.
5. Djerassi, C.: The mother of the pill. *Rec. Prog. Hormone Res.*, 50, 1995, s.1–17.
6. Espey, E., Ogburn, T.: Perpetuating negative attitudes about the intrauterine device: textbooks lag behind evidence. *Contraception*, 65, 2002, s.389–395.
7. Franz, R.: *Patenty doktora Mensingy*. Praha, Avicenum 1971, 127 s.
8. Fukalová, D.: Psychologická resistance k antikoncepci. In: *Antikoncepce, volná sdělení, gynekologické prekancerózy, cytologie*. Ostrava a Brno, OMO KÚNZ 1977, s.11–13.
9. Haškovcová, H.: *Lékařská etika*. 2. vydání. Praha, Galén 1997, 199 s.
10. Kerlinger
11. Kirkham, C., Reidl, R.L.: Relative risks of oral contraceptive usage. *Fertil. Steril.*, 47, 1987, s.557–558.
12. Marx, P.: Potraty – největší válka všech dob. In: Pohunková, D. (ed.): *Úcta k životu – I. Život nenarozený*. Praha, Zvon 1991, s.170–173.
13. Ostrčil, A.: *Klinická gynekologie pro lékaře a mediky*. Praha, Řivnáč 1933, 593 s.
14. Pollak, K.: *Medicína dávných civilizací*. Praha, Orbis 1976, 335 s.
15. Rozinajová, H.: *Etika heterosexuálních vztahov (pre mládež)*. Bratislava, Slovenské pedagogické nakladateľstvo 1989, 191 s.
16. Short, R.V.: Biological basis for the contraceptive effects of breast-feeding. In: *Neuroendocrine Aspects of Reproduction*. London, Acad. Press 1983, s.325–343.
17. Slabý, A.: *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha, Univerzita Karlova 1991, 186 s.
18. Slámová, B.: Příspěvek k historii kontracepčního hnutí a kontracepčních metod. Praha, Spolek lékařů českých 1937, 16 s.
19. Stolínová, J.: Antikoncepce z hlediska současné právní úpravy. *Mod. Gynek. Porod.*, 4, 1994, s.61–65.
20. Stolínová, J.: Právní aspekty antikoncepce, sterilizace a interrupce. *Mod. Gynek. Porod.*, 10, 2001, s.193–199.
21. Stopes, M.C.: Moudré rodičovství. Praktický doplněk k dílu *Manželská láska*. Kniha pro manžely. Královské Vinohrady, Bradáč 1923, 79 s.

Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Čepický, P., 2002

22. Suss, Z.: Dopis mladým křesťanům o tělesné lásce. Praha, Synodní rada Českobratrské církve evangelické 1989, 45 s.
23. Štěrba, R.: Vývoj nových gestogenů a možnosti jejich využití v praxi. Farmakoterapeut. Zprávy Spofa, suppl.1, 1969, 163 s.
24. Unzeitig, V.: Hormonální antikoncepce a tromboembolická nemoc – nová epidemiologická data. Čes. Gynek., 66, 2001, s.222–230.
25. Uzel, R.: Spolehlivost kontracepce a její hodnocení. In: Presl, J., et al.: Kontracepce. Praha, Galén 1993, s.142–147.
26. Uzel, R.: Epidemiologie antikoncepce. Mod. Gynek. Porod., 6, 1996–1997, s.368–371.