

Přirozené metody antikoncepce

1 Kojení

1.1 Úvod

Jak jsem už uvedl v obecné části, kojení představuje přirozený původní biologický mechanismus regulace reprodukce člověka. Dodnes prý v celosvětovém měřítku platí, že kojení zamezí většímu množství těhotenství než všechny ostatní antikoncepční metody dohromady. Zásahu na tom mají přirozeně především rozvojové země. Kojení se však dá použít jako poměrně spolehlivá antikoncepční metoda i v moderní západní společnosti.

1.2 Princip metody

Metoda spočívá ve využití laktační amenorhey. Ta tak či onak souvisí s laktační hyperprolaktinemií. Prolaktin se vyplavuje jako součást neuroendokrinní odpovědi na sání bradavky prsu. Vzestup je zprostředkován endorfinerním systémem a s pokračující laktací postupně slábne. Vysoká hladina prolaktinu je provázána supresí hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy. To je skutečnost nezpochybnitelná, i když přesný mechanismus znám není. Diskutují se tři možnosti: 1. Přímý vliv prolaktinu na ovarium, kde jsou přítomny receptory pro prolaktin. 2. Přímý vliv prolaktinu na sekreci gonadoliberinu, gonadotropinů nebo pozitivní zpětnovazebný efekt estrogenů. 3. Vůbec nejde o prolaktin, ale o hypotalamický dopamin. Pokles aktivity dopaminerního systému způsobuje vzestup hladiny prolaktinu a současně pokles (nebo deregulaci) sekrece gonadoliberinu. Tato poslední možnost se zdá být nejpřijatelnější.

Laktační amenorhea u kojící ženy trvá 2 měsíce až 4 roky – doba závisí na frekvenci kojení (nikoli na celkové době kojení). Hormonálně ji charakterizuje hypoestrismus a poměrně zajímavý a jinak málo vídaný vzorec hladiny gonadotropinů, totiž prakticky normální hladina FSH a nízká hladina LH. Pulzatilita sekrece gonadoliberinu je snížena až vymizelá.

Na antifertilním efektu kojení se zřejmě vedle laktační amenorhey podílejí i další mechanismy – počet těhotenství je totiž proti očekávání nižší i u žen, které již menstruuji. Výzkum těchto dějů je minimální – spekuluje se s anovulací, luteální insuficiencí a sníženým počtem implantací oplodněných vaječků.

1.3 Popis metody

Jako antikoncepce lze využít laktační amenorhey při splnění těchto podmínek:

- a) Od porodu neuplynulo více než půl roku.
- b) Žena dosud nedostala ani jednu menstruaci.
- c) Dítě je „téměř plně“ kojeno. To znamená, že během dne je kojeno nejméně každé 4 hodiny, v noci nejdelší interval nepřekračuje 6 hodin. Dítě smí být přikrmováno nápoji „avšak nikoli pravidelně“.

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

Metodu lze vhodně kombinovat s některou z metod periodické abstinence (obvykle se používá kombinace teplotní a hlenové metody).

1.4 Spolehlivost metody

Při dodržení výše uvedených pravidel se Pearlův index udává na 2–4, což je velmi slušné číslo. Stoupenci přirozených metod plánování rodičovství doporučují nicméně kombinaci laktace a symptotermální metody, což snižuje riziko selhání na polovinu.

1.5 Příznivé vedlejší zdravotní účinky

Ponecháme-li stranou vliv kojení na plod, pak příznivé vedlejší účinky představuje především ochrana před karcinomem prsu. Podle logiky věci by mělo být sníženo i celoživotní riziko karcinomu ovaria a endometria. Pro ženy může být atraktivní prokázaný rychlejší návrat hmotnosti na předtěhotenskou úroveň ve srovnání s ženami, které nekojí.

1.6 Zdravotní rizika a kontraindikace

I zde ponecháme stranou rizika a kontraindikace ze strany plodu (jako je užívání některých léků matkou – příkladem budiž lithium nebo carbamazepin – nebo některé stavy plodu, např. rozštěp patra).

1.6.1 Mastitis

Poporodní zánět prsu způsobuje ve většině (více než 90 %) případů *Staphylococcus aureus*, který se do prsu dostal ragádami bradavky z nosohltanu kojence. Při pozdní nebo nesprávné (případně obojí) antibiotické léčbě může dojít k vzniku abscesu prsu, který je nutno řešit chirurgicky. Mastitis puerperalis se vyskytuje, jak z její etiologie jasně vyplývá, pouze u kojících žen.

1.6.2 Osteoporóza

Z dlouhodobého hlediska je hlavním rizikem kojení rozvoj ztráty kostní hmoty a následně riziko osteoporózy. Tato obava se zdá dobře zdůvodněná, protože kojící žena je jednak hypoestrinní, jednak má dvojnásobně zvýšenou spotřebu vápníku. Dosavadní sporé studie této otázky jsou však až překvapivě povzbudivé. Zdá se, že ztráta kostní hmoty, ke které skutečně dochází (asi o 5 % po šestiměsíčním kojení), se po skončení laktace rychle upravuje (dokonce s tendencí k „přestřelení“). Mechanismus tohoto jevu není jasný. Dosavadní studie však bez výjimky sledují pouze ženy s vysokým dietním přívodem kalcia a s jediným těhotenstvím. Situace u žen s nízkým přívodem kalcia a při opakovaných prolongovaných laktacích může být odlišná. Nicméně je skutečností, že ojedinělá epidemiologická studie nezjistila, že by anamnéza kojení byla významným rizikovým faktorem pro postmenopauzální frakturu krčku femuru.

1.7 Výhody, nevýhody, ideální uživatelka

Hlavní výhodou je dostupnost a láce. Mnoho žen uvítá rychlejší úpravu hmotnosti a cenný je pokles rizika karcinomu prsu.

Nevýhody spočívají jednak v nutnosti kojít často, nezhádka v kratších intervalech než požaduje kojenec, jednak v nutnosti dbát na vysoký přívod vápníku; i tak vliv opakovaných kojení na riziko osteoporózy zůstává nejasný. Hlavní nevýhodou je ovšem časové omezení na 6 měsíců po každém porodu.

Kojení zůstává jen příležitostnou antikoncepcí pro poporodní období. České ženy však k této metodě nemají velkou důvěru a obvykle ji už před uplynutím šesti měsíců kombinují s jinými postupy.

2 Periodická abstinence

2.1 Úvod

Metoda periodické abstinence (metoda plodných a neplodných dnů) je (spolu s kojením) jedinou antikoncepční metodou, kterou schválila katolická církev. Za předchůdce lze pokládat zapomenutého anglického lékaře Cappelmana, který s myšlenkou neplodných dnů přišel už na konci 19. století. Bohužel, znalosti tehdejší doby o funkci vaječníku nebyly postačující a Cappelmann doporučoval jako neplodné dny právě tu fázi cyklu, o které dnes víme, že je periovulační. Je vcelku srozumitelné, proč se jeho metoda neujala. Počátky vědecky podložených snah o zjištění plodných a neplodných dnů sahají na přelom 20. a 30. let, kdy ji nezávisle na sobě popsali Američan Dickenson, Japonec Ogino a Němec Knaus. Od té doby metoda doznala značných modifikací, které sice zvyšují její spolehlivost, na druhé straně ji však velice komplikují, takže se stává dostupnou jen pro dobře motivovanou a inteligentní ženu (tuzemská příručka pro uživatelku má 118 stran textu a obrázků a i gynekolog ji musí studovat se soustředěnou pozorností). Stranou ponechávám, že při správném postupu je nutno většinu dní pokládat za plodné.

Metoda periodické abstinence má ve skutečnosti mnohem menší význam, než by se zdálo z prezentací jejich stoupců; to nic nemění na tom, že alespoň orientační znalost jejích principů by měl mít každý zdravotník, neřku-li každý lékař.

2.2 Princip metody

Princip metody periodické abstinence je prostý. Pouze jeden folikul během menstruačního cyklu dospívá k ovulaci a po té je vajíčko schopné oplodnění jen 24 hodin, nejvýše snad 48 hodin. Jak dlouho si spermie v ženském pohlavním ústrojí zachovávají fertilizační schopnost, není přesně známo. I když pohyblivé spermie lze výjimečně najít ještě po 7 dnech, zdá, že po 3 (nejvýše snad po 5) dnech od ejakulace přežívající spermie už nejsou schopné vajíčko oplodnit. Takže pouze nejvýše 5–7 dní během každého menstruačního cyklu lze pohlavním stykem dosáhnout gravidity, zbývajících průměrně 21–23 dnů je neplodných. Ochranu před otěhotněním pak lze zajistit prostou sexuální (přesněji koitální) abstinencí během plodných dnů. Problém je pochopitelně v tom, jak poznat, kterých konkrétních 5 dní je plodných. K tomu lze využít sledování různých fyziologických změn, k nimž dochází v organismu ženy. Postup je však bohužel dosti komplikovaný a není prost problémů a chyb.

Metody periodické abstinence lze kombinovat s mechanickými bariérovými antikoncepčními opatřeními a s přerušovanou souloží, ne však s jinými způsoby antikoncepce, protože ty zkreslují ukazatele plodných a neplodných dnů.

2.3 Popis jednotlivých metod

2.3.1 Metoda kalendářová (Ogino-Knausova)

První z metod periodické abstinence byla zavedena ve 30. letech minulého století. K určení neplodných dnů se používá výpočet. Z různých modifikací se časem ustálil následující postup: Hodnotí se všechny menstruační cykly za dobu posledního roku. Od nejkratšího cyklu se odečte 18 – výsledek je první plodný den. Od nejdelšího cyklu se odečte 11 – výsledek je poslední plodný den. (Příklad: Délka menstruačních cyklů v posledním roce se pohybovala mezi 25–35 dny. $25 - 18 = 7$, $35 - 11 = 24$. Takže 1.–6. den cyklu a 25.–35. den cyklu jsou neplodné, 7.–24. den jsou plodné.) Metoda kalendářová je však vysoce nespolehlivá i při správném provádění a dnes se její doporučení pokládá za postup non lege artis. Pozůstatky po kalendářové metodě nicméně najdeme v příručkách o stanovování plodných a neplodných dnů v pravidlech zvaných „+5“ (prvních pět dní cyklu je neplodných) nebo „-8“ (poslední předovulační neplodný den je den o 8 dní dříve než za posledních 12 měsíců došlo nejdříve k vzestupu bazální teploty nebo k hlenovému vrcholu).

2.3.2 Metoda teplotní

Vychází z faktu, že v ovulačním období cyklu stoupá bazální teplota, následkem vlivu progesteronu na teplotní centrum. Tento poznatek je velmi starý, vzestup teploty ve druhé polovině cyklu je znám už od 18. století a van de Velde (autor známé příručky o manželském sexu) v roce 1928 správně rozpoznal, že za vzestup teploty odpovídá progesteron. „Bazální“ teplota se zjišťuje tak, že si žena měří teplotu po dobu 5 minut v pochvě nebo v konečníku vždy ráno ve stejnou hodinu (ideálně mezi 3.–6. hodinou ránní!), dříve než vstane z postele a před případnou souloží. Základní pravidlo, které říká, že neplodné dny začínají večer třetího dne po vzestupu teploty, je v praxi značně zpřesněno (a zkomplikováno).

Za „rozhodující vzestup bazální teploty“ se pokládá taková situace, kdy teploty ve třech po sobě následujících dnech jsou vyšší než nejvyšší teplota naměřená v předcházejících šesti dnech (tzv. „základní linie“), přitom teplota zjištěná třetí den vzestupu převyšuje alespoň o 0,2 °C základní linii. Ještě i toto pravidlo má výjimky. a) Jestliže teplotní rozdíl třetího dne nedosáhne požadovaných 0,2 °C nad nejvyšší teplotu předchozích 6 dnů, je třeba vyčkat čtvrtého dne, kdy však postačuje jakýkoli vzestup teploty nad základní linii. b) Jestliže druhý nebo třetí den vzestupu teploty nepřesahuje naměřená teplota základní linii, je nutné aby čtvrtý den teplota přesahovala základní linii o 0,2 °C. K tomu je ještě třeba počítat s rušivými vlivy, což je nejen např. infekce, ale i krátký spánek, rozrušení nebo pití alkoholu předchozí večer (!), což vše teplotu arteficiálně zvyšuje.

2.3.3 Metoda hlenová (Billingsových)

Metoda byla zavedena v 60. letech australským manželským párem.

Během menstruačního cyklu se mění uspořádání makromolekul mukopolysacharidů v hrdle děložním. Kromě toho se mění obsah vody a solí. Podle toho se mění i makroskopické charakteristiky hlenu. Pod vlivem estrogenů se hlen stává hojným, řídkým, tažným (před ovulací ho lze vytáhnout až na 10 cm), pod vlivem progesteronu se stává naopak sporrým, hustým a tažnost ztrácí.

Kvalitu hlenu si žena vyšetřuje denně a to buď podle subjektivního pocitu vlhkosti nebo palpačním pocitem kluzkosti a vlhkosti vulvy nebo zrakem podle toho, jak lze hlen vytáhnout. Jedna z doporučených modifikací např. vypadá takto: Žena si osuší zevní rodidla přiložením toaletního papíru. Pokud na něm ulpěla kapka hlenu, posoudí ji zrakem, pak papír přeloží a po jeho opětném rozložení sleduje, zda a jak se hlen táhne ve vláknkách.

Způsob hodnocení je opět poněkud komplikovaný. Rozlišuje se pět kategorií: S (pocit sucha, svědění, žádný hlen), O (žádné subjektivní pocity, žádný hlen), V (pocit vlhka, žádný hlen), H (může nebo nemusí být pocit vlhka, hlen je lepkavý, hustý, není tažný), H+ (subjektivní pocit mokra či kluzka, hlen je sklovitý, průzračný, tekutý, vodnatý, tažný, může být i začervenalý). Tzv. „hlenový vrchol“ je ten den cyklu, kdy byl zjištěn hlen „nejplodnějšího“ charakteru; vždy je to den před změnou kvality hlenu na „méně dobrou“. Neplodné dny začínají večer třetího dne po hlenovém vrcholu. Určit předovulační neplodné období je obtížnější. Za první plodný den se pokládá takový, kdy žena zjistí první pocit vlhkosti nebo první přítomnost hlenu (tj. první den hodnocený jinak než S nebo O).

2.3.4 Metoda cervikální

Ve starých gynekologických učebnicích najdeme „příznak zračky“ tj. otevřenou zevní branku, z které případně vytéká hlen, popisovanou jako známku ovulace. Změn děložního čípku mohou využívat i ženy sledující neplodné dny.

Po menstruaci je čípek tvrdý a branka je uzavřená. Jakmile začne čípek měknout a branka se pootvírat, začínají plodné dny. Současně se čípek posunuje vzhůru. Po ovulaci čípek opět sestupuje níž, rychle se uzavírá a tvrdne.

2.3.5 Krystalizace slin

Tato metoda vzbudila v české laické veřejnosti značný ohlas asi před 10 léty, kdy se na trhu objevilo hned několik antikoncepčních lup, které ji využívaly. Autorem je španělský gynekolog Casals.

Metoda krystalizace slin vychází z toho, že obrazce vzniklé po zaschnutí slin na sklíčku se mění vlivem estrogenů a progesteronu. V periiovulačním období se objevují stroměčkovité struktury podobné listu kapradí, jinak je struktura amorfní. Na trhu se objevila řada kvalitních i nekvalitních antikoncepčních lup k hodnocení zaschlého hlenu. Metoda nepostrádá vědecký základ, ale její antikoncepční účinnost v běžném používání (která může být ovlivněna vším, co ovlivňuje chemismus slin) nebyla nikdy ověřena. Lze ji eventuálně použít jako jeden z ukazatelů indexové metody.

2.3.6 Metoda symptotermální (indexová)

Dnes jediná „oficiálně“ doporučená metoda určování neplodných dnů je představována kombinací výše uvedených postupů, a to vždy nejméně dvou (nejčastěji bazální teploty a hlenové metody, ale přidání dalších ukazatelů zvyšuje spolehlivost). Platí bezvýjimečné a neporušitelné pravidlo, že za neplodný den lze pokládat pouze takový den, kdy všechny ukazatele svědčí pro to, že je neplodný. Pokud kterýkoli ze sledovaných ukazatelů svědčí pro to, že by den mohl být plodný, je nutno ho pokládat za plodný.

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

Indexovou metodu lze doplnit ještě sledováním dalších pomocných ukazatelů, které nemají samostatný význam (napětí prsů, nucení na moč, psychické změny, ovulační bolest, ovulační krvácení).

Zvláštní pravidla jsou vypracována pro použití symptotermální metody při nepravidelných cyklech, během kojení a v perimenopauze. Zde odkazuji na speciální literaturu, domnívám se, že čtenář je už i tak dostatečně vyčerpan.

2.3.7 Laboratorní metody stanovování plodných dnů

Lze využít sériového vyšetřování hormonů v séru (což je ovšem značně nepraktické), v moči (nejobvyklejší) nebo ve slinách. Stanovuje se hladina LH nebo estrogenů (v séru a ve slinách estradiolu, v moči celkových estrogenů nebo estron-3-glukuronidu), případně progesteronu (v séru nebo ve slinách, v moči se stanovuje pregnandiol-3-glukuronid). Těchto metod se však spíše než k antikoncepci užívá k stanovení optimálního dne pro početí. Jejich širšímu rozšíření brání také značná cena, která dosahuje několika set Kč na cyklus. U nás jsou komerčně dostupné testy na stanovení LH z moče.

2.3.8 Lunacepce

Lunacepce je (bez jakékoli ironie) vtipná myšlenka, jak zvýšit spolehlivost metody neplodných dnů, kterou vymyslel v 60. letech Američan Dewan. Metoda se snaží využít vlivu epifyzy na gonády. Postup spočívá v tom, že žena spí v neplodné fázi cyklu v přísně zatemněné místnosti, v plodné fázi cyklu při světle. Přes racionální základ se tento postup neujal.

2.4 Spolehlivost metody

Je třeba rozlišovat „spolehlivost metody“ a „spolehlivost uživatelky“. To platí obecně pro všechny antikoncepční metody, zde je to však zvlášť důležité. Nikde jinde v oblasti antikoncepce není totiž rozdíl mezi těmito dvěma hodnotami tak veliký, jako zde.

Spolehlivost metody, dodrží-li žena striktně její pravidla, je poměrně vysoká, Pearlův index je asi 1–5 (nekritičtí stoupcí metody dokonce uvádějí i nižší čísla, dokonce 0–1). Spolehlivost uživatelky ve většině studií je však špatná. Čísla jsou pochopitelně různá v závislosti na sledované populaci, nezávislé studie však všeobecně dosahují hodnot Pearlova indexu 20–40. Lepší výsledky jsou, připojují-li se ve fertilním období bariérové metody namísto sexuální abstinence – i zde je však Pearlův index 10–20.

2.5 Příznivé vedlejší zdravotní účinky

Metoda nemá žádné příznivé vedlejší zdravotní účinky. Její stoupcí někdy uvádějí, že zlepšuje partnerský vztah, není mi však známo, že by to bylo objektivně ověřeno.

2.6 Zdravotní rizika a kontraindikace

Bylo diskutováno teoretické riziko zvýšeného výskytu vrozených vad v souvislosti s tím, že při selhání je pravděpodobné spojení „přežralých“ gamet. Toto riziko nebylo potvrzeno. Metoda nemá žádná známá zdravotní rizika.

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

Všeobecnou a trvalou kontraindikací je neschopnost dodržet pravidla metody, ať pro kognitivní insuficienci, ať pro vysokou sexuální apetenci, ať pro jiné osobnostní charakteristiky.

Dočasné kontraindikace představují stavy, které ovlivňují hodnoty fyziologických ukazatelů plodných a neplodných dnů, tj. např. infekce genitální (výtok) i extragenitální (zvýšená teplota), práce v třísměnném provozu (nemožnost měřit bazální teplotu), každodenní soulož (nemožnost hodnotit kvalitu hlenu) apod.

2.7 Výhody, nevýhody, ideální uživatelka

Nejvýznamnější výhodou periodické abstinence je její přijatelnost pro katolickou církev; je to (neuvažují-li kojení a úplnou sexuální abstinenci) jediná metoda dostupná ortodoxním katoličkám. Za výhodu lze pokládat i možnost použití bez konzultace lékaře, láci a nepřítomnost vedlejších účinků.

Hlavní nevýhodou je prostě to, že většina žen není schopna nebo ochotna – z různých důvodů – přísná pravidla metody dodržet, s pochopitelným výsledkem nechtěného těhotenství a diskreditace metody.

Metoda je vhodná pouze pro velmi motivované a inteligentní ženy. Úspěšně ji používají např. věřící porodní asistentky.

3 Coitus interruptus a příbuzné techniky

3.1 Úvod

Přerušovaná soulož bývá též řazena mezi tzv. „přirozené metody“, protože nevyžaduje žádná instrumentální opatření. Muž ukončí pohlavní styk ještě před ejakulací, ke které dojde až mimo rodidla ženy.

Prehistorie tohoto postupu sahá až k Bibli (Genesis, 38, 9–10: Ale Ónan věděl, že to potomstvo nebude patřit jemu; proto kdykoli vcházel k ženě svého bratra, vypouštěl semeno na zem, aby svému bratru nezplodil potomka. Jeho počínání bylo v očích Hospodinových zlé, proto usmrtil i jeho. – Ekumenický překlad). V tuzemsku šlo v nedávné minulosti o metodu zcela mimořádně oblíbenou. Ještě koncem 80. let ji používalo téměř 40 % československých žen, což představovalo téměř bezkonkurenční světový rekord.

Vedle běžně známé přerušované soulože je „na trhu“ i několik alternativních postupů, které jsou používány víceméně výjimečně a lze je hodnotit jako ještě rizikovější počínání, než klasický přerušovaný styk.

3.2 Princip metody

Princip metody je jednoduchý – snahou je zabránit, aby se spermie dostaly do pohlavního ústrojí ženy. Ani při precizní technice však nelze zabránit riziku selhání následkem a) úniku preejakulační tekutiny, která obsahuje až několik milionů spermií, b) přežívání spermií ve Skeneho parauretrálních žlázkách, odkud mohou být „vyplaveny“ při opakované souloži.

3.3 Popis metody

3.3.1 Coitus interruptus

Princip je prostý: Muž přeruší pohlavní spojení ještě před svým orgasmem a ejakuluje mimo rodidla ženy. K správné technice patří ještě dodržení několika dalších bezpečnostních pravidel: neejakulovat ani na zevní rodidla ženy, po souloži se umýt a vymočit.

Coitus interruptus lze bez problémů kombinovat s jinými antikoncepčními metodami. Jedinou výjimkou, bohužel nikoli ojediněle prováděnou, je postup, při kterém muž teprve před ejakulací navlékne kondom a styk dokončí normálním způsobem. Tato technika výjimečně vtípným způsobem kombinuje nevýhody a rizika obou metod.

3.3.2 Ostatní metody

- a) *Coitus reservatus*. Při souloži vůbec nedojde k ejakulaci, soulož končí po orgasmu ženy. (Mužský orgasmus lze potlačit i farmakologicky, např. thioridazinem, guanethidinem nebo fluoxetinem, v antikoncepci to však není využíváno.)
- b) *Coitus saxonicus* (metoda Kokokka). Před ejakulací žena silně stiskne penis u kořene tak, aby uzavřela uretru. Výsledkem je retrográdní ejakulace. Metodu je nutno předem nacvičit při onanii, i tak zůstává extrémně nespolehlivou.
- c) *Coitus ante portas*. Pohlavní styk (a ejakulace) do vestibulum vaginae, případně i bez porušení hymenu. Navzdory častému přesvědčení laické veřejnosti nejde o žádnou antikoncepci (s těhotenstvím u panny se časem setká většina gynekologů).

3.4 Spolehlivost metody

Coitus interruptus je metoda velmi málo spolehlivá, zvláště v prvním roce užívání. Pearlův index se udává na 15–20. Na tom se ovšem podílí nejen riziko metody samé, ale i riziko subjektu. Není známo, jak spolehlivá metoda by byla přerušovaná soulož při precizním provádění; Pearlův index v této situaci se někdy odhaduje na cca 4.

Ostatní popsané techniky jsou ještě rizikovější než klasický přerušovaný styk.

3.5 Příznivé vedlejší zdravotní účinky

Snad je trochu sníženo riziko přenosu některých pohlavních infekcí z muže na ženu, vědecky ověřeno to však není.

3.6 Zdravotní rizika a kontraindikace

Coitus interruptus nemá negativní zdravotní účinky, při nejmenším tam, kde oběma členům páru vyhovuje a oba dosahují orgasmu. V minulosti byl dáván do souvislosti u muže s narušením psychického a nervového systému, s neurózami a depresí, u ženy s nauzeou, zvracením, výtokem, hyperpolymenorrhoeou, chronickou parametritis s pelipatiemi a sakralgiemi, se sklerocystickou degenerací ovarií, ba dokonce s trvalou sterilitou. Objektívni výzkumy, jakkoli jich bylo provedeno minimálně, tyto obavy nepotvrzují.

Jediné kontraindikace přerušované soulože jsou neschopnost ovládnutí a ejaculatio praecox muže.

3.7 Výhody, nevýhody, ideální uživatelka

Jedinou výhodou přerušované soulože je okamžitá dostupnost. Její význam je dnes omezen především na ochranu při náhodné souloži, podle pravidla, že i špatná antikoncepce je lepší než vůbec žádná. Ovšem, při náhodné souloži je třeba rozhodně preferovat použití kondomu.

Ideální uživatelka neexistuje, snad s výjimkou ženy, která z ideologických důvodů odmítá metody vyžadující lékařskou asistenci i metody bariérové a současně není schopna dostát pravidlům periodické abstinence.

Coitus reservatus může být alternativou periodické abstinence pro pár, který jiné metody odmítá z náboženských důvodů. Vyžaduje však ještě daleko větší sebeovládání ze strany muže než přerušovaný styk.

4 Úplná koitální abstinence

4.1 Úvod

Mezi „antikoncepčními“ metodami bývá někdy uváděna také abstinence od vaginální soulože. Jsou kultury a ideologie, které tento postup pokládají za „nejlepší“ nebo „jedině správný“. Pro většinu populace však bude těžko přijatelný, leda jako nouzové krátkodobé řešení.

4.2 Úplná sexuální abstinence

Tuto „antikoncepční“ metodu doporučovali např. malthuziánci. Až do zavedení vaginálního pesaru Mensingou to byla jediná možnost, kterou lékařská věda dokázala nabídnout ženám se zdravotní kontraindikací gravidity. Úplná sexuální abstinence může být dočasným řešením nebo celoživotní strategií. V tomto případě se odkládá začátek sexuálního života až do doby plánované reprodukce a po narození chtěného počtu dětí se s pohlavním životem skončí (Malthus sám v roce 1798 doporučoval pozdní sňatek a před tím sexuální abstinenci, aby v manželství nebylo zplozeno víc než 3 děti).

Z lékařského hlediska nelze tomuto postupu nic vytknout, sexuální abstinence nemá žádné negativní zdravotní dopady; dokonce naopak, jistě jde o účinnou ochranu před pohlavně přenosnými infekcemi.

4.3 Nonkoitální techniky

Představují jakýsi kompromis mezi úplným rezignováním na sexuální aktivity a normální souloží. Jako „antikoncepce“ jsou využívány především mladými a velmi mladými dvojicemi a sexuální výchova směřuje k tomu, aby období pettingu před začátkem koitální aktivity trvalo co nejdéle. Ale pozor, i nonkoitální techniky, dějí-li se s osobu mladší 15 let, představují pro právníka sexuální zneužití nezletilého (i když je pravda, že nehrozí-li gravidita, je riziko prozrazení minimální).

Nonkoitální techniky zahrnují široké spektrum, kde jako jeden extrém můžeme postavit orogenitální styky, jako opačný extrém bezkontaktní sex (společnou onanii). Stupeň intimního kontaktu pak

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

určuje stupeň rizika přenosu pohlavních infekcí, i když je pravda, že i při orogenitálním styku stále zůstává nižší než při koitu (s málo výjimkami, jako je syfilis nebo herpes).

Riziko těhotenství není zcela nulové, otěhotnění však předpokládá vysoký stupeň neopatrnosti, v úvahu by snad mohlo přijít např. v souvislosti s alkoholovým opojením.

4.4 Coitus analis

Technika, která napodobuje normální vaginální soulož a obvykle je provázena orgasmem nejen muže, ale i ženy (stimulace G-bodu je per anum stejná, ne-li vyšší, než při stimulaci per vaginam).

Coitus analis je velmi tabuizovaná záležitost i v odborné literatuře a v anonymních dotaznících. Není známo, kolik procent heterosexuální populace praktikuje anální styk. Obvyklý údaj je kolem 20 % žen, někteří to však pokládají za horní hranici při započítání i žen s ojedinělou zkušeností, jiní za dolní hranici při zahrnutí pouze žen s pravidelnou aktivitou. Tím méně je známo, kolik procent žen tento postup používá jako metodu antikoncepční, je však pravděpodobné, že to bude „nenulová“ skupina. Ve světě (uváděna je např. Brazílie) je místy anální styk provozován pannami, nejen jako ochrana před těhotenstvím, ale i před deflorací.

Z lékařského hlediska existují určitá rizika. Předně je možnost porušení anální sliznice. Za druhé je vyšší riziko přenosu pohlavních infekcí než při vaginálním koitu (to souvisí jednak s tím, že pochva je vystlána odolným mnohvrstevným dlaždicovým epitelem, zatímco střevo epitelem cylindrickým, jednak s častějším poraněním při styku). Kromě běžných infekcí lze anální soulož přenést i amébiázu a giardiázu, i když to v naší populaci nepřichází příliš do úvahy. Konečně při střídání vaginálního a análního kontaktu v „nesprávném“ pořadí stoupá riziko vaginální infekce, nejčastěji kandidové. Ze všech těchto důvodů se doporučuje i při análním styku používat kondom.

5 Ostatní přirozené metody

5.1 Úvod

Jako všude, i v antikoncepci se objevují metody na hranici, či za hranicí, vědecké medicíny. Uvádím-li je tu, činím tak proto, že v periodických intervalech, nebo v určitých populacích žen, příležitostně nabývají na popularitě a může se stát, že lékař je s nimi konfrontován. Společným znakem je malá až žádná spolehlivost; před jejich užíváním je třeba varovat.

5.2 Hypnoantikoncepce

Metodu vyvinul v Miláně v 70. letech psycholog Marchesan. V 80. letech byla metoda velmi entuziasticky prezentována v českém populárním tisku. Neplodnost se sugeruje během 6–8 hypnotických sezení, po půl roce ji pak lze jednorázově prodloužit o dalších šest měsíců.

Autoři metody uvádějí spolehlivost velmi vysokou, s Pearlovým indexem 1. Pokus o ověření metody v tuzemsku však skončil neúspěchem (projekt byl předčasně přerušen pro vysoký počet selhání). Jakýsi pokles očekávaného počtu gravidit je sice možno zaznamenat, ale metoda je extrémně nespolehlivá a nehodí se ani pro vysoce hypnabilní ženy.

5.3 Lunární (astrologická, kosmická) metoda podle Jonáše

Lunární metoda se periodicky objevuje v populárním tisku od 60. let. Jejím autorem je slovenský psychiatr Jonáš. Metodu objevil na svátek Nanebevzetí Panny Marie (15. 8.) 1956. Neplodné dny (a také nejvhodnější den pro početí chlapce nebo holčičky) se vypočítávají podle data, hodiny a minuty narození ženy. Princip spočívá v předpokladu, že plodnost ženy je nejvyšší v den, který předchází dnu, kdy je úhel Slunce-Měsíc stejný, jako byl v okamžiku ženina narození („lunární fertiltní perioda“). Plodné období je tedy 3,5 dne před tímto okamžikem a 12 hodin po tomto okamžiku.

Není třeba zvlášť rozebírat, že metoda nemá žádný vědecký základ, nikdy nebyla ověřena nezávislou studií a v žádném případě ji nelze doporučit, navzdory tomu, že autor sám uvádí Pearlův index 2,4.

5.4 Bioenergetická antikoncepce

Uvádím ji jen jako kuriozitu a ukázkou, co vše je možné v době, která sama sebe označuje jako „postmoderní“. Inzeráty nabízející použití této metody se objevily v tuzemském tisku začátkem 90. let. Metoda „ovlivňuje pochody v organismu na energetické úrovni, nejedná se však o žádný zásah do organismu ve smyslu evropských zákonů ani o psychické ovlivnění“. Antikoncepci indukuje senzibil působením své psychické energie až na dobu jednoho roku (jde-li o stálé partnery) nebo na 6 měsíců (jde-li o promiskuitní ženu). Metoda je nepoužitelná u alkoholiků, narkomanů, neurotiků, psychotiků, výrazných asteniků, šestinedělek a u členů totalitních a zruďných organizací (!). Autor metody tvrdí, že metoda je účinná „na 100 %“.

Základní literatura

1. anonym: Extended lactation and loss of bone. *Nutr. Rev.* 52, 1994, s.26–28.
2. Čepický, P., et al.: Hypnocontraception effectivity tested. *Homeostasis*, 33, 1991, s.119–123.
3. Čepický, P.: Antikoncepce. Praha, Národní centrum podpory zdraví 1993, 31 s.
4. Čepický, P.: Bizarní metody kontracepce. In: Presl, J., et al.: Kontracepce. Praha, Galén 1993, s.127–130.
5. Čepický, P.: Poruchy menstruačního cyklu. *Mod. Gynek. Porod.*, 10, 2001, s.247–269.
6. Flynn, A.M.: Natural methods of family planning. *Clin. Obstet. Gynec.*, 11, 1984, s.661–678.
7. Janney, C.A., et al.: Lactation and weight retention. *Amer. J. Clin. Nutr.*, 66, 1997, s.1116–1124.
8. Jonáš, E.: Prirodzená regulácia počatia. Bratislava, Copinex 1990.
9. Klouda, L.: Bioenergetická antikoncepce. *Mod. Gynek. Porod.*, 1, 1991, s.229–231.
10. Koryntová, D.: Mastitis puerperalis. *Mod. Gynek. Porod.*, 10, 2001, s.350–357.
11. Lázničková, L., et al.: Přirozené plánování rodičovství. Průvodce symptotermální metodou. Brno, Cenap 2001.

12. Marchesan, R.: L'ipnoregolazione naturale delle nascite. Milano, Istituto di indagini psicologiche 1988.
13. Mishell, D.R.: Contraception. N. Engl. J. Med., 320, 1989, s.777–787.
14. Ostrčil, A.: Klinická gynekologie pro lékaře a mediky. Praha, Řivnáč 1933, 593 s.
15. Rosenblum, A., et al.: The Natural Birth Control Book. Philadelphia, Aquarian Research Foundation 1982, 160 s.
16. Seidlová, D.: Kontracepce pro praxi. Praha, Maxdorf 1997, 148 s.
17. Short, R.V.: Biological basis for the contraceptive effects of breast-feeding. In: Neuroendocrine Aspects of Reproduction. London, Academic Press 1983, s.325–343.
18. Šipr, K.: Přirozené plánování rodičovství. Praha, Avicenum 1975, 76 s.
19. Šipr, K.: Přirozené plánování rodičovství. Praha, Avicenum 1985, 84 s.
20. Šipr, K., Šiprová, H.: Přirozené a spolehlivé plánování rodičovství. Rosice, Gloria 1995, 118 s.
21. Šipr, K.: Moderní pohled na přirozené plánování rodičovství dnes. Mod. Gynek. Porod., 6, 1996–1997, s.454–466.
22. Tucker, H.A., Lactation and its hormonal control. In: Knobil, E., et al. (eds.): The Physiology of Reproduction. New York, Raven 1988, s.2235–2263.
23. Trussel, J., Grummer-Strawn, L.: Contraceptive failure of the ovulation method of periodic abstinence. Int. Fam. Plan. Perspect., 16, 1990, s.5–15.
24. Uzel, R., Fukalová, D.: Sakralgie v souvislosti se sexuálními poruchami. In: Chalupa, M., Uher, M. (eds.): Bolesti v kříži. Problematika paternity. Brno a Ostrava, OMO KÚNZ 1975, s. 39–41.
25. Uzel, R.: Přirozená kontracepce. In: Presl, J., et al.: Kontracepce. Praha, Galén 1993, s.13–22.
26. VanLandingham, M., et al.: Contraceptive and health benefits of breastfeeding: A review of the recent evidence. Int. Fam. Plan. Perspect., 17, 1991, s.131–136.
27. Voeller, B.: Heterosexual anal intercourse. Mariposa Occ. Paper 1B, april 1983, s.1–8.
28. Zvěřina, J.: Mužská kontracepce a sterilizace. In: Presl, J., et al.: Kontracepce. Praha, Galén 1993, s.112–121.
29. Zvěřina, J.: Mužská antikoncepce a sterilizace. Mod. Gynek. Porod., 6, 1996–1997, s.445–453.