

**SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani
Slovensko društvo za reproduktivno medicino**

I. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI V SLOVENIJI

pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje RS

Ljubljana, 19. november 2004

SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana

Strokovna direktorica: Helena Meden-Vrtovec

Katedra za ginekologijo in porodništvo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Predstojnik Andrej Vogler

Slovensko društvo za reproduktivno medicino

Predsednik Tomaž Tomaževič

Organizacijski odbor: Bojana Pinter (predsednica), Alenka Pretnar-Darovec, (podpredsednica), Nataša Petkovšek (tajnica), Sašo Drobnič (blagajnik), Martina Ribič-Pucelj, Eda Vrtačnik-Bokal, Barbara Požlep, Helena Ban, Sara Korošec, Vesna Fabjan Vodušek, Mojca Grebenc

Častni odbor: Elko Borko, Marko Kolenc, Mateja Kožuh-Novak, Božo Kralj, Dunja Obersnel-Kveder, Lilijana Randić, Karel Zupančič

Urednici: Bojana Pinter, Alenka Pretnar-Darovec

Lektorica: Mojca Pirc

Oblikovanje: Ivan Verdenik

Izdajatelj: SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana, Katedra za ginekologijo in porodništvo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Slovensko društvo za reproduktivno medicino. November 2004

Tisk: Tiskarna Oman, Kranj

Število izvodov: 250

CIP
ISBN

REPRODUKTIVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI

Helena Meden-Vrtovec

Uvod

Reproduktivno obdobje pri ženski traja od pubertete do menopavze. Koncentracije hormonov so bistvene za reproduktivno funkcijo, toda neposredno ali posredno so enako pomembni tudi splošno fizično in psihično zdravstveno stanje, genetski dejavniki, dejavniki okolja, prehrana in dostopnost do zdravstvenega varstva.

V Sloveniji se je osveščanje o pomenu reproduktivnega zdravja ženske začelo v zgodnjih petdesetih letih preteklega stoletja z organiziranjem gibanja za odgovorno načrtovanje rojstev. Leta 1955 je bila osnovana prva posvetovalnica za kontracepcijo v okviru Centralnega ginekološkega dispanzerja v Ljubljani, ki je hkrati predstavljala tudi učno bazo za usposabljanje zdravnikov splošne prakse. Konec aprila 1961 je bil osnovan Zdravstveno-raziskovalni oddelek za vprašanja umetne prekinitve nosečnosti in kontracepcije kot posebna enota Klinične bolnice za porodništvo in ženske bolezni. Leta 1967 se je oddelek preimenoval v Inštitut za načrtovanje družine, prerasel je okvire preprečevanja prekinitve nosečnosti in se razvil pod vodstvom profesorice Lidije Andolšek-Jeras v institucijo, katere temeljni cilj je bil varovanje reproduktivnega zdravja žensk v Sloveniji. Zato je poleg uvajanja kontracepcijskih metod zaživela tudi strokovna skrb za mladostnike, njihovo zdravje in spolno vzgojo. Posebna skrb je bila namenjena obravnavi neplodnega para. Uspešno delo je bilo omogočeno tudi s sprejemom pravnih predpisov, zlasti z uveljavljanjem Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (1977).

Danes lahko ugotavljamo, da smo temeljna izhodišča, ki jih dajeta zakonodaja in dobro oskrbljena zdravstvena mreža, nadgrajevali in izpopolnjevali, vendar z rezultati dela ne moremo biti povsem zadovoljni.

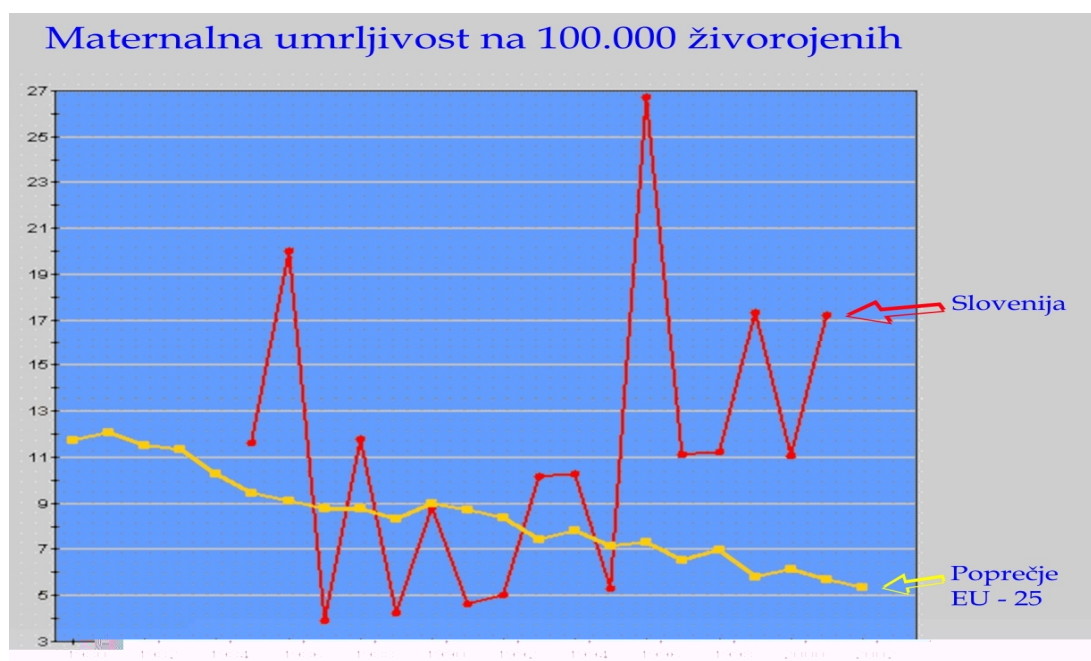
Kazalci reproduktivnega zdravja

Med kazalce, ki opredeljujejo raven reproduktivnega zdravja, sodita v prvi vrsti maternalna umrljivost in obolevnost. Maternalno umrljivost je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) definirala kot "smrt ženske v nosečnosti ali v 42 dneh po končani nosečnosti, ne glede na trajanje ali mesto nosečnosti, zaradi katerega koli vzroka, ki je povezan ali se poslabša z nosečnostjo ali posegi v nosečnosti – ne pa zaradi nesreče. Maternalna umrljivost je opredeljena kot število smrti mater na 100.000 živorojenih otrok«.

Maternalna obolevnost nima standardne definicije, na splošno se opredeljuje kot “obolevnost ženske, ki je noseča, zaradi katerega koli vzroka, ki ga je poslabšala nosečnost ali ukrepi v nosečnosti, ne pa zaradi nesreče”.

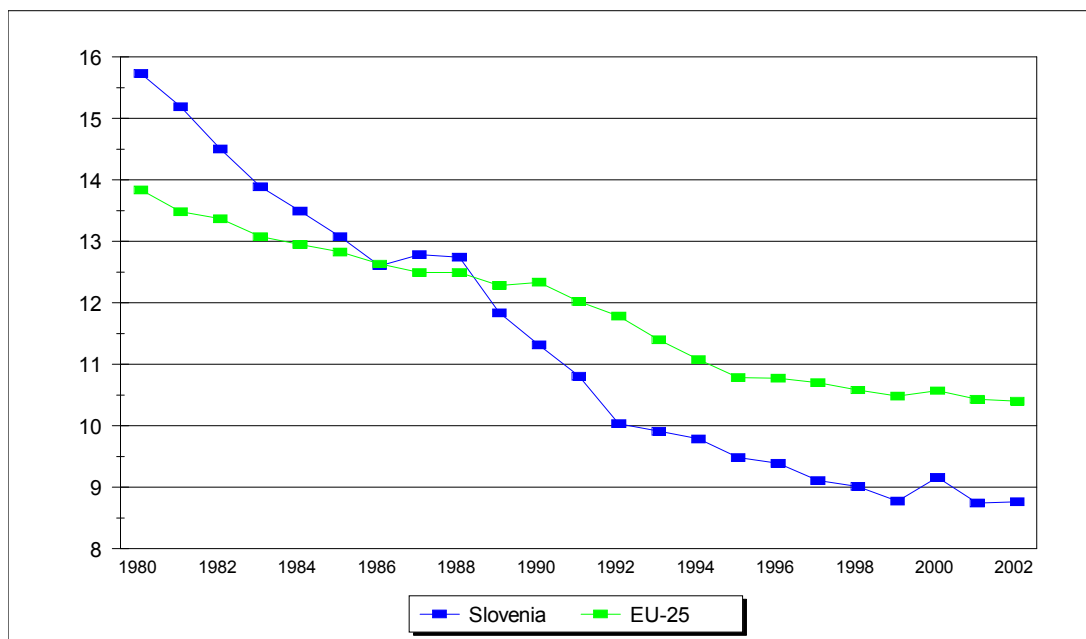
Maternalna umrljivost je v razvitih deželah pod 10 na 100.000 živorojenih otrok, v določenih predelih Afrike in Azije je 100-krat večja. V Sloveniji je stopnja maternalne umrljivosti visoka v primerjavi z evropskim povprečjem (Diagram 1).

Diagram 1: Maternalna umrljivost v Sloveniji in Evropski uniji v obdobju 1980-2002



Kljub temu, da je predporodno varstvo dobro organizirano (redni pregledi nosečnic, UZ preiskave), gre velik delež maternalne umrljivosti na račun tistih nosečnic, ki ne hodijo na preglede. Po drugi strani pa je nizka rodnost tisti parameter, ki močno poveča maternalno umrljivost že, če umre ena sama ženska (Diagram 2).

Diagram 2: Število živorojenih otrok na 1000 prebivalcev v Sloveniji in Evropski uniji v obdobju 1980-2002



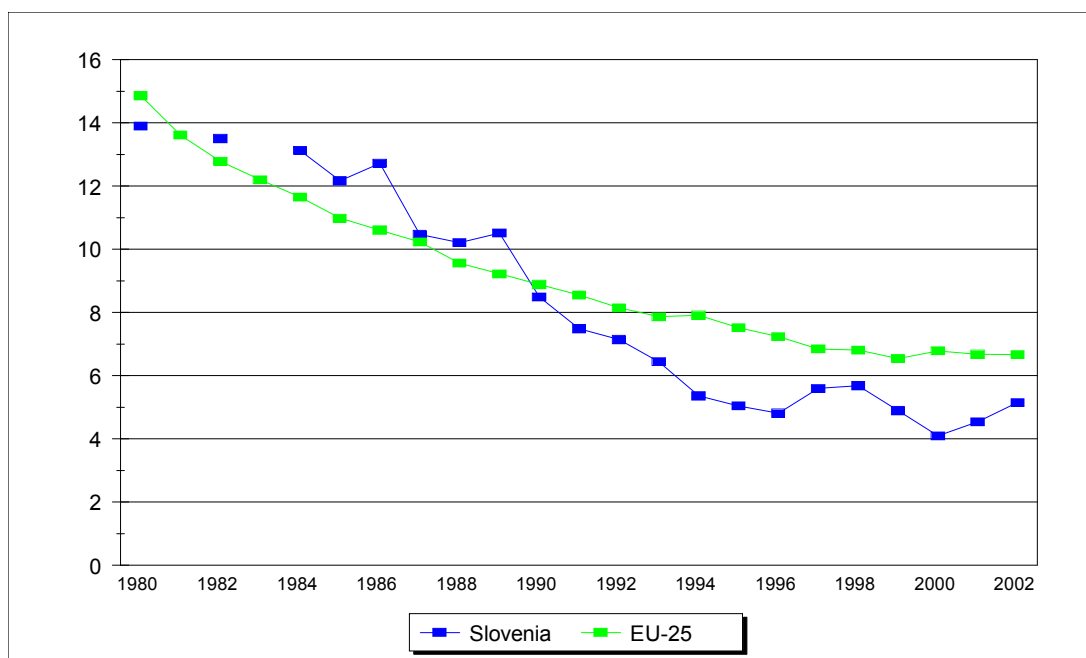
Vir: <http://hfadb.who.dk/hfa>

Z zakonsko ureditvijo prekinitve neželene nosečnosti je upadel tudi delež maternalne umrljivosti zaradi ilegalnih (nedovoljenih) splavov, saj smo zadnjo smrt zaradi ilegalnega splava registrirali leta 1985.

Eden od pomembnejših kazalcev kakovosti varovanja reproduktivnega zdravja je tudi perinatalna umrljivost, ki se definira s številom novorojenčkov, ki so umrli do 7. dneva starosti, in s številom fetalnih smrti (500 gramov in več, oziroma 22 tednov in več, ali 1000 gramov in več, oziroma 28 tednov in več) na 1000 vseh rojstev (živo in mrtvorojenih).

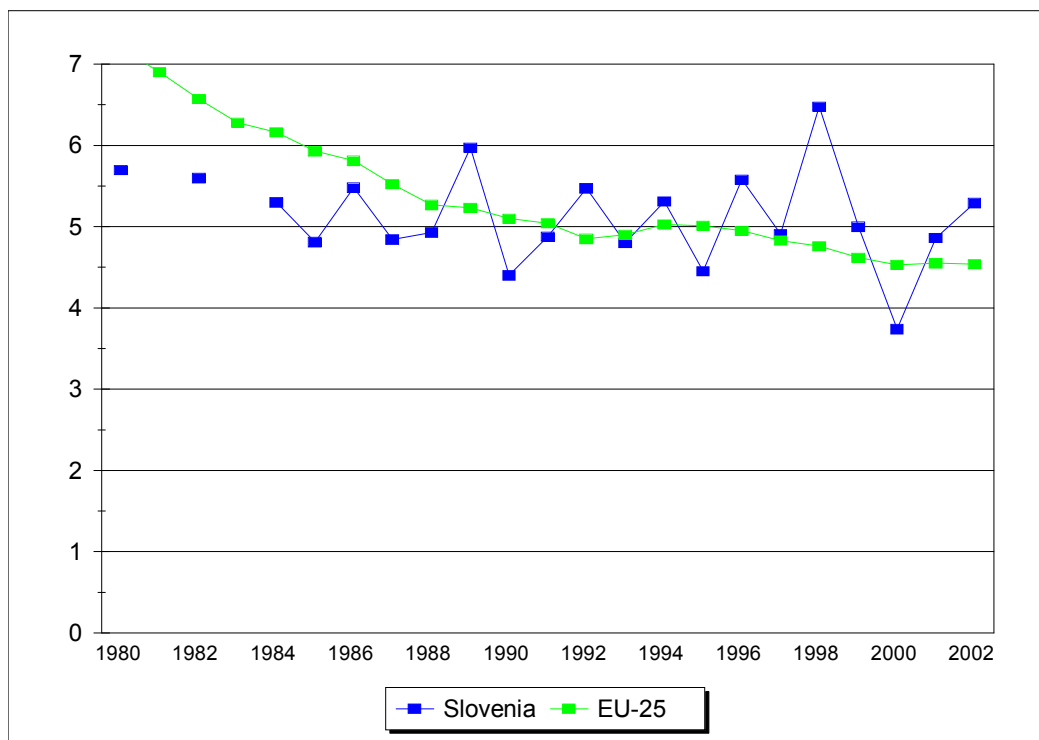
Perinatalna umrljivost v zadnjih 20 letih v Sloveniji izrazito pada, ker se je zmanjšala zgodnja neonatalna umrljivost, mrtvorojenost pa ne kaže težnje k zmanjševanju (Diagram 3, 4).

Diagram 3: Perinatalna umrljivost (na 1000 rojstev) v Sloveniji in Evropski uniji v obdobju 1980-2002



Vir: <http://hfadb.who.dk/hfa>

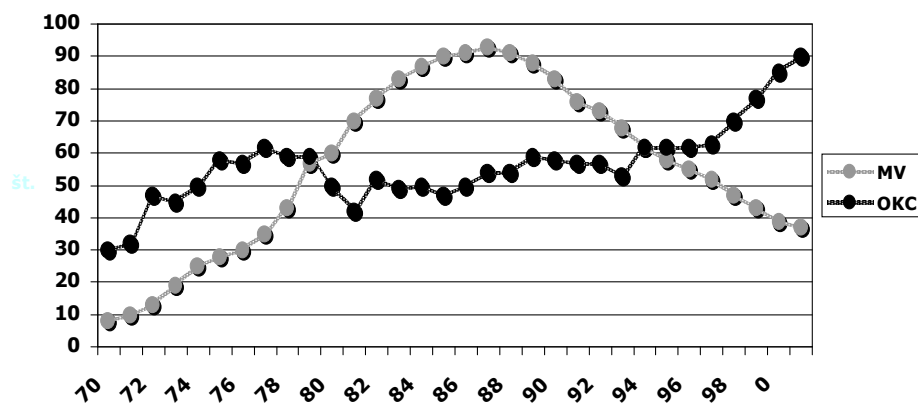
Diagram 4: Mrtvorojenost (na 1000 rojstev) v Sloveniji in Evropski uniji v obdobju 1980-2002



Med pomembnimi cilji v programu varovanja reproduktivnega zdravja je tudi načrtovanje družine, ki vključuje načrtovano in želeno nosečnost ter pravilne razmike med porodi, kar bistveno vpliva na kakovost življenja posameznikov in družbe v celoti. Dostopnost do kontracepcije bi v Sloveniji lahko bila boljša, vendar je vzroke za relativno majhen odstotek žensk, ki je zaščitena pred neželeno nosečnostjo, iskati predvsem v moralno-etičnih pomislekih, religioznih zadržkih in neobveščenosti. Prav zato si mnogo žensk izbere umetno prekinitev nosečnosti kot metodo za uravnavanje rodnosti (Diagram 5).

Diagram 5: Število uporabnic materničnega vložka (MV) in oralne hormonske kontracepcije (OKC) v Sloveniji, 1970-2001, v 1000.

Število uporabnic MV in OKC v Sloveniji, 1970-2001, v 1000

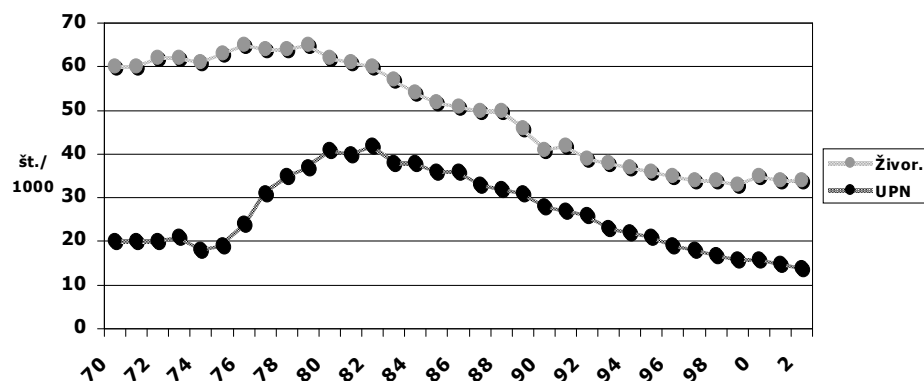


V obdobju 1976-1983 se je število dovoljenih splavov podvojilo v primerjavi z letom 1965, kar je pripisati uveljavitvi Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok in popolni dostopnosti dovoljenega splava do 10. tedna nosečnosti (Diagram 6).

Diagram 6: Rodnost in dovoljena splavnost v Sloveniji v obdobju 1970-2002 med ženskami starimi 15-49 let

Rodnost in dovoljena splavnost

Slovenija 1970-2002, 15-49 let



Legenda: UPN = umetna prekinitve nosečnosti

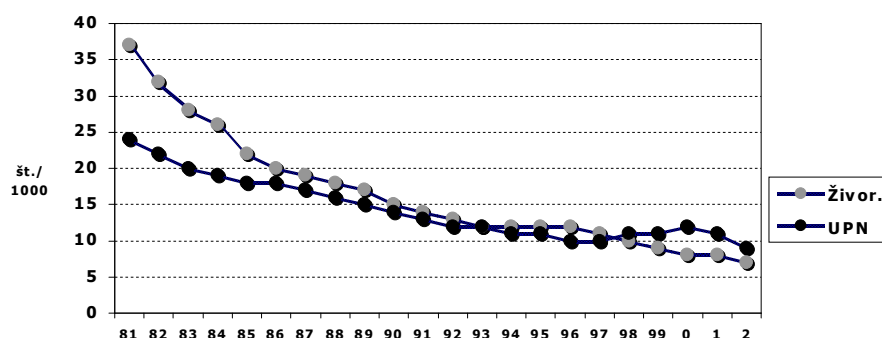
V zadnjih letih se število dovoljenih splavov zmanjšuje, zmanjšuje pa se tudi število porodov. Upadanje splavov je posledica uveljavljanja kontracepcijskih metod in sterilizacije. Sterilizacija se ni uveljavila pri moških, medtem ko se vse več žensk odloča za tovrstno obliko uravnavanja rodnosti.

Ob upadanju števila splavov v populaciji nasploh zasledimo od leta 2000 upadanje splavov tudi pri mladostnicah (od 15 do 19 let), saj je bila splavnost med 1992 in 2000 med 11 in 12/1000 (Diagram 7).

Diagram 7: Rodnost in dovoljena splavnost mladostnic v obdobju 1981-2002, 15-19 let

Rodnost in dovoljena splavnost mladostnic,

15-19 let, SLO 1981-2002



Legenda: UPN = umetna prekinitve nosečnosti

Razmerje med splavi in porodi ni ugodno.

V skrbi za reproduktivno zdravje Slovencev bomo morali še veliko postoriti. Ker vemo, da je preprečevanje boljše od zdravljenja, si že dalj časa prizadevamo, da bi uvedli informiranje in izpopolnjevanje s tega področja v osnovne in srednje šole. Svetovanje za mladostnice(ke) sega v sedemdeseta leta prejšnjega stoletja (prim. Majda Kuštrin, dr.med.) in se je nekaj let že uveljavljalo, nato pa je za deset let zamrlo. Od leta 1995 je Ginekološka klinika v Ljubljani pobudnica za osnove mreže centrov za mladostnike v Sloveniji in počasi začneja ta dejavnost dobivati vse bolj konkretne cilje in vsebine.

Med kazalce spolnega in reproduktivnega zdravja sodita tudi ocena in analiza prisotnosti spolno prenosljivih bolezni (okužbe s klamidijo, gonokoki, HIV). Delovanje in ukrepanje na področju spolno prenosljivih bolezni je multidisciplinarno, saj delujejo pri tem infektologi, dermatologi, ginekologi in sodelavci z Inštituta za varovanje zdravja, vendar je povezanost slednjih šibka. Zagotoviti bi morali enotne doktrine, strategijo preventive in terapije, za kar bi potrebovali skupno odgovorno strokovno telo.

Zaključek

Ocena spolnega in reproduktivnega zdravja v Sloveniji kaže, da veliko delamo in da se trudimo, da bi delovali na vseh ravneh, ki pripomorejo k izboljšanju zdravja populacije v rodnem obdobju. Kljub temu s sedanjim stanjem še ne moremo biti zadovoljni, ker moramo izboljšati rezultate na področju:

- maternalne umrljivosti,
- mrtvorojenosti,
- splavov pri mladostnicah,
- dela z mladostniki,
- organizirane preventive spolno prenosljivih bolezni.

Ta dejavnost ne more in ne sme biti le v rokah ginekologov. Potrebna je širša družbena podpora, ki pa jo bomo dosegli le, če bomo kritične situacije sprotno analizirali in z njimi seznanjali odgovorna in kompetentna družbeno-politična telesa in širšo javnost.

Literatura

1. World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF). Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF. Revised 1990. Geneva: WHO, WHO/FRH/MSM/96:11, UNICEF/PLN/96,1.
2. United Nations Population Division. World Population. New York: United Nations, 1992.
3. Kralj B. Slovenska ginekologija na poti v novo tisočletje. II. Kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije z mednarodno udeležbo, 19.-22.11.2000, Portorož. Zbornik. Ljubljana: Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije, 2000: 15-35.
4. Ograjenšek Z. Razvoj Instituta za planiranje porodice u Ljubljani. Jugoslav Ginek Opstet 1981; 21: 50-3.
5. Andolšek-Jeras L. Načrtovanje družine v Sloveniji. Zdrav Var 1989; 228: 103-5.

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI V SLOVENIJI IN EVROPI

Bojana Pinter

Uvod

Umetna prekinitev nosečnosti (UPN) oz. dovoljeni splav kot javnozdravstveni problem pogosto povzroča temeljna nesoglasja med različnimi stališči, ki so posledica različnih etičnih pogledov in kulturnih vplivov. Vsaka nosečnost ni načrtovana nosečnost in UPN je odgovor na neželeno nosečnost. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije vsako leto zanosi približno 210 milijonov žensk po svetu: 15% nosečnosti se konča s spontanim splavom ali mrtvorojenostjo, 22% z UPN in 63% z rojstvom živega otroka. Vsako leto 50 milijonov žensk umetno prekine nosečnost; 20 milijonov UPN je opravljeno v ne-varnih, običajno nelegalnih pogojih. Od 600.000 žensk, ki vsako leto umrejo zaradi vzrokov povezanih z nosečnostjo in porodom, jih 75.000 umre zaradi posledic UPN - več kot 200 smrti vsak dan... Maternalna obolevnost in umrljivost zaradi UPN je dramatično upadla v državah, ki so liberalizirale zakonodajo o UPN.

V prispevku so opredeljeni zakonski, epidemiološki in medicinski vidiki dovoljenega splava v Sloveniji in Evropi.

Zakonska ureditev UPN

Zakonodaja o UPN v Evropi je odsev kulturnega in ekonomskega razvoja ter verskih prepričanj v vsaki državi. Pri zakonodajni o UPN srečamo več različnih nivojev legalizacije in liberalizacije dovoljenega splava:

- UPN popolnoma prepovedana: Malta
- UPN dovoljena v primeru, ko je ogroženo življenje ženske: Irska
- UPN dovoljena v primeru, ko je ogroženo življenje ženske ali njeno telesno zdravje: Poljska, Ciper
- UPN dovoljena v primeru, ko je ogroženo življenje ženske, njeno telesno ali duševno zdravje: Severna Irska, Portugalska, Španija
- UPN dovoljena iz prejšnjih razlogov ter iz socialno-ekonomskih razlogov: Velika Britanija, Finska
- UPN dovoljena na prošnjo/zahtevo: Albanija, Avstrija, Belorusija, Belgija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Češka, Danska, Estonija, Francija, Nemčija, Grčija, Hrvaška, Italija, Latvija, Litva, Makedonija, Moldavija, Nizozemska, Norveška, Romunija, Rusija, Slovaška, Slovenija, Srbija in Črna gora, Švedska, Švica, Ukrajina, Turčija.

V državah, kjer je UPN dovoljena na prošnjo ali iz socialno-ekonomskih razlogov, zakon običajno predvideva določene pogoje in omejitve izvajanja dovoljenega splava:

- Gestacijska starost: v večini držav z liberalno zakonodajo je splav dovoljen do 10. tedna (Slovenija, Turčija) oz. 12. tedna nosečnosti (večina) ali 14. tedna

nosečnosti (Belgija), redko do 18. tedna (Švedska), 22. tedna (Nizozemska) ali 24. tedna (Velika Britanija). V večini primerov je splav dovoljen v kasnejši nosečnosti, če gre za posebne okoliščine (npr. posilstvo, incest, fetalne malformacije).

- Služba in izvajalci: dovoljeni splav se večinoma izvaja v pooblaščenih zdravstvenih centrih in ga v večini opravljajo ginekologi ali posebej usposobljeni splošni zdravniki.
- Pristanek staršev: v številnih državah je pristanek staršev mladoletnih (starostna meja za pristanek staršev je različna, 16 ali 18 let) zaželen (Nizozemska, Velika Britanija) ali obvezen (Avstrija, Češka, Danska, Nemčija, Grčija, Madžarska, Italija, Moldavija, Norveška, Romunija, Rusija, Švedska, Turčija). V Turčiji mora pristanek podati tudi mož, če je ženska poročena.
- Svetovanje: v nekaterih državah je svetovanje obvezno, da je zagotovljeno, da ženska popolnoma razume postopek in včasih tudi zato, da se jo odvrne od UPN: Albanija, Belgija, Francija (le mladoletnice), Nemčija, Madžarska, Nizozemska, Poljska, Rusija, Španija, Švica (mladostnice pod 16 let).
- Čas za premislek (čakalna doba): nekatere države imajo uzakonjen tudi čas za premislek (3 do 7 dni): Belgija, Francija, Nemčija, Madžarska, Nizozemska, Poljska.
- Plačilo splava: v vseh vzhodnoevropskih državah, Turčiji in Avstriji morajo ženske same plačati UPN (80-380 EURO). Kritje stroškov s strani zdravstvenega zavarovanja v vzhodnoevropskih državah je bilo ukinjeno v 90. letih prejšnjega stoletja in pomeni hudo krčenje reproduktivnih pravic žensk, saj tveganju ne-varnega splava izpostavlja socialno najbolj ogrožene ženske!

Liberalizacija zakonodaje še ne pomeni, da je UPN dostopna. Lahko jo omejuje dostopnost službe (Portugalska, zahodna Avstrija, nekateri deli Nemčije, Španije, Velike Britanije, Turčije) ali zahtevano plačilo.

Epidemiologija UPN

Vzhodna Evropa ima najvišje deleže dovoljene splavnosti (Romunija 78/1000 žensk starih 15-44 let, 1996) in Zahodna Evropa najnižje (Nizozemska 6,5/1000, leta 1996). Zadnji primerljivi podatki iz leta 1996 kažejo, da se Slovenija po deležu dovoljene splavnosti 23/1000 žensk starih 15-44 let uvršča na mejo med slabšimi zahodnoevropskimi državami in boljšimi vzhodnoevropskimi državami (Diagram 1 in 2). Zadnje desetletje je opazen trend upadanja splavnosti v vzhodnoevropskih državah zaradi večje dostopnosti kontracepcije.

Diagram 1: Dovoljena splavnost v Zahodni Evropi, št. UPN/1000 žensk starih 15-44 let, leta 1996

Dovolj. splavnost v Zahodni Evropi (št. UPN/1000 žensk 15-44 let, 1996)

Vir: The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility. Women society and abortion worldwide.
New York: The Alan Guttmacher Institute, 1999: 54.

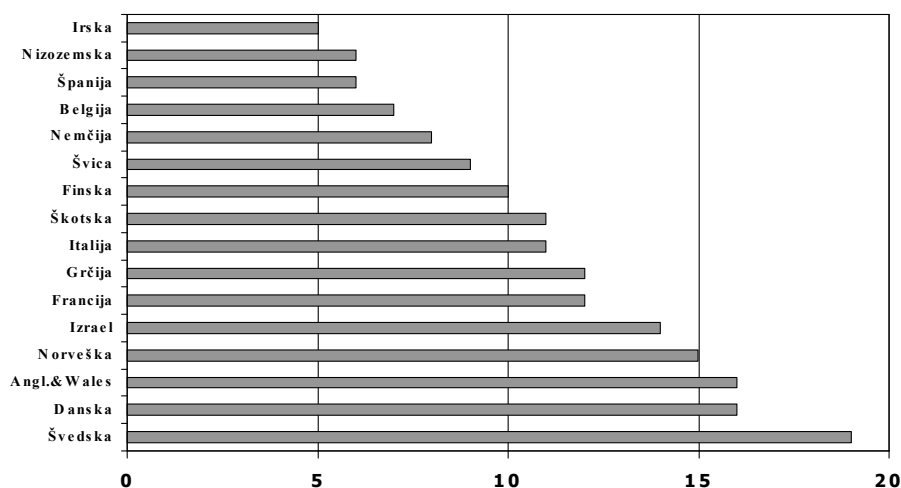
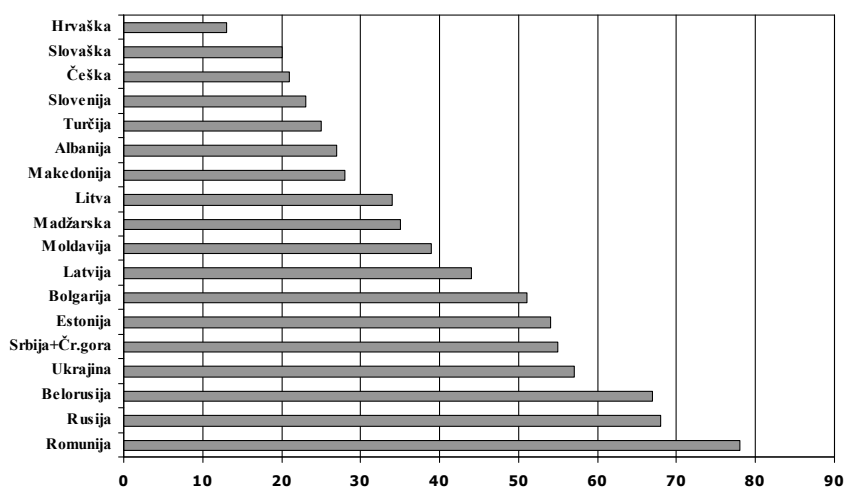


Diagram 2: Dovoljena splavnost v Srednji in Vzhodni Evropi, št. UPN/1000 žensk starih 15-44 let, leta 1996



Podatki za Slovenijo sicer kažejo, da dovoljena splavnost upada, leta 1980 je bila 40/1000 žensk starih 15-49 let, leta 2002 pa 14/1000 žensk starih 15-49 let oz. 17/1000 starih 15-44 let (ta delež se uporablja v mednarodnih primerjavah). Leta 2002 se je 29

od 100 nosečih žensk odločilo za UPN, totalna stopnja rodnosti pa je bila 1,2. Starostno specifična starost ni pomembno različna med ženskami starimi od 20 do 39 let (od 20-22/1000), nižja pa je pri mladostnicah, starih 15-19 let, in ženskah, starih 40-44 let (9/1000). Splavnost je višja v centralni in vzhodni Sloveniji (najvišjo splavnost beležimo v celjski - 15,6/1000 - in ljubljanski regiji - 15,5/1000), najnižja pa je v obalno-kraški regiji (novogoriška regija 7,0/1000, kopraska regija 12,8/1000).

Medicinski vidiki UPN

Legalen splav je najpogostejše tudi varen, čeprav to ni pravilo. V nekaterih državah, kjer je splav legalen, vsi postopki prekinitve nosečnosti niso varni (npr. v Rusiji), in v nekaterih državah, kjer splav ni legalen, lahko ženske kljub temu varno prekinejo neželjeno nosečnost (npr. Poljska). Zato je SZO opredelila ne-varen splav kot »postopek prekinitve neželene nosečnosti, ki ga izvede oseba brez potrebnih veščin ali če je opravljen v okoliščinah, ki ne dosegajo minimalnih zdravstvenih standardov, ali oboje«. Najvarnejša UPN je tista, ki jo zgodaj v nosečnosti naredi dobro usposobljen praktik s kirurško ali medikamentno metodo, v higienskih pogojih, v legalnih ustanovah in z ustrezno legalno zaščito.

Z uporabo modernih metod prekinitve nosečnosti se je umrljivost žensk zaradi splava zmanjšala na manj kot 1 na 100.000 UPN, kar je desetkrat nižje kot tveganje, da ženska umre zaradi nosečnosti ali poroda v razvitih državah. Najpomembnejši mejnik v razvoju varnega postopka prekinitve nosečnosti je bila vpeljava in široka razširitev metode vakuumske aspiracije, v kateri je ključno in zgodovinsko vlogo odigrala slovenska ginekologija, s prof. Novakom in prof. Andolškovo na čelu.

V zadnjih dveh desetletjih se je razmahnila tudi uporaba abortivne tablete RU 486, ki jo v Franciji uporabljajo že v 30% prekinitev nosečnosti v 1. trimesečju, v več kot 50% na Švedskem in v Švici, v Veliki Britaniji v 11%, v drugih državah, kjer je tableta tudi registrirana, pa v nižjih odstotkih (Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Rusija, Španija).

Zaključek

Urejena zakonodaja, ki dovoljuje umetno prekinitev nosečnosti iz osebnih razlogov, je temelj varne prekinitve nosečnosti. Zato je pomembno, da je legalna in varna prekinitev nosečnosti dostopna vsem ženskam.

Litertaura

1. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility. Women society and abortion worldwide. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1999.

2. Cook RJ, Dickens BM, Bliss LE. International developments in abortion law from 1988 to 1998. *Am J Public Health* 1999; 89: 579-86.
3. Pinter B. Medico-legal aspects of abortion in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7:15-9.
4. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji. Primerjava podatkov med zdravstvenimi zavodi in regijami za leto 2002. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2004.
5. Joffe C. Abortion in historical perspective. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, eds. *A clinical guide to medical and surgical abortion*. New York, Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999: 3-10.

SLOVENSKI PRISPEVEK K ZGODOVINI TEHNIKE VAKUUMSKE ASPIRACIJE

Tomaž Tomaževič

Uvod

S pregledom zgodovine lahko ugotovimo, da je pojav splava z vsemi slabimi zdravstvenimi posledicami splošen in od nekdanj prisoten pojav. Ne da se ga odstraniti niti z denarjem, niti s kaznijo, niti z vzgojo. Zato je bil splav kot vedno prisotni zdravstveni problem za zdravnike nenehni izziv, hkrati pa tudi večno etično sporno vprašanje.

Visoka smrtnost in obolevnost žensk zaradi nedovoljenega splava je predvsem po letu 1950 v Sloveniji spodbudila pomembna zdravstvena in družbena prizadevanja za liberalizacijo splava, za varnejši splav v bolnišnicah ter za uvedbo zdravju neškodljivih kontracepcijskih metod.

Osveščenost zdravnikov in učiteljev prof.dr. Jožeta Potrča, prof.dr. Pavla Lunačka, prof.dr. Franca Novaka, prof.dr. Lidije Andolšek-Jeras ter mnogih drugih je pripomogla k postopnemu povečevanju reproduktivnih pravic v preteklih petdesetih letih. Po letu 1952 je v Sloveniji splav postal dovoljen iz medicinsko-socialnih razlogov, po letu 1960 iz socialnih razlogov; po letu 1977 pa ženska svobodno odloča o rojstvu svojih otrok in je splav dovoljen do desetega tedna nosečnosti. Dovoljeni splav do desetega tedna nosečnosti je postal dostopen vsem ženskam na dnevni enotah vseh slovenskih bolnišnic. Zato ženske pri nas ne umirajo več zaradi umetne prekinitve nosečnosti.

Poleg prehoda od nedovoljenega k dovoljenemu splavu je k varnosti umetne prekinitve nosečnosti, kot poroča Carol Joffe, največ pripomogla uvedba vakuumske aspiracije. Za širitev varnejšega načina umetne prekinitve zgodnje nosečnosti po svetu imajo največ zaslug prav slovenski zdravniki.

Prizadevanja za varnejši splav, uvedba vakuumske aspiracije v Sloveniji ter prenos znanja v zahodni svet

Tehnika vakuumske aspiracije je prišla iz Rusije. Vrsta let je pretekla preden se je nova tehnika uveljavila tudi v zahodnem razvitem svetu. Simpsonovo idejo (1863), da bi uporabil vakuum za umetno prekinitve nosečnosti, je ponovno uporabil Rus Bikov (1927), za njim pa še Kitajci leta 1958 (Tsai Kuang Tsung, Wu Yan Tai in Wu Chien Chen).

Vakuumsko aspiracijo s pomočjo električne črpalke so razvili ruski avtorji. Prvo električno vakuumsko črpalko z mehničnim drobilcem tkiv sta leta 1960 uporabila Melks in Rose, drugo enostavnejšo pa leta 1961 Zubejev. Zubejev vakuumski

aspirator je bil sestavljen iz votlih nastavkov v obliki Hegarjevih dilatatorjev z bočno odprtino pri vrhu, iz odvodne cevi z zbiralno posodo ter električne vakuumske črpalke. Ruski avtorji so poročali, da je nova metoda v primerjavi s klasično prekinitvijo nosečnosti (s kleščami za abortus in kireto) hitrejša, manj boleča ter povezana z manjšo izgubo krvi. Zaradi teh prednosti se je metoda v državah vzhodne Evrope hitro uveljavila.

Idejo o novem načinu prekinitve nosečnosti je iz Rusije v Ljubljano leta 1963 prinesel prof.dr. Franc Novak. Ker nova tehnika po Zubejevem opisu iz tedanje Sovjetske zveze ni bila dostopna, smo leta 1964 po ruskem tekstu pod mentorstvom prof.dr. Draška Vilfana skonstruirali lasten vakuumski aspiracijski sistem s kovinskimi nastavki premera 6, 8 in 12 mm. Vakuumsko črpalko nam je posodil ing. I. Lah z Inštituta za elektroniko in vakuumsko tehniko v Ljubljani. Preko dveh posod smo črpalko, nastavek in cevi povezali v vakuumski aspiracijski sistem (Vilfan D, Tomaževič T, Čavić M). Prof.dr. Draško Vilfan je s tem aspiratorjem napravil prvih 300 aspiracij. Na Inštitutu za elektroniko in vakuumsko tehniko so skonstruirali in začeli serijsko izdelovati nov tip vakuumskega aspiratorja, tako da je bila izključena edina resna nevarnost nove metode – nevarnost zračne embolije.

V nekaj letih so se vsi slovenski ginekologi seznanili z novo tehniko prekinitve nosečnosti. Dilatacijo in kiretažo (D&C) je pri prekinitvah nosečnosti do 12 tedna povsem zamenjala nova tehnika vakuumske aspiracije.

V kasnih šestdesetih letih prejšnjega stoletja so o dobrih slovenskih izkušnjah z novo varnejšo tehniko slovenski zdravniki seznanili zahodni svet. Kot v poglavju o zgodovini splava poroča Carole Joffe, je leta 1968 prof.dr. Franc Novak osebno poučil ameriške zdravnike o tehniki in prednostih vakuumske prekinitve nosečnosti. Njegovo predstavitev ter film o prednostih vakuumske aspiracije pred D&C glede enostavnosti in varnosti postopka so ameriški zdravniki sprejeli z velikim navdušenjem. Tehnologija vakuumske aspiracije si je tako utrla pot v zahodni svet. Znameniti film, ki so ga že leta 1964 posneli prof.dr. Draško Vilfan, prof.dr. Franc Novak in mojster Vlastja Simončič, je na nekem kongresu izginil. Prof.dr. Novak ga je kasneje videl, ko so ga predvajali pod tujim imenom. V arhivu filmov mojstra Vlastje Simončiča filma nismo našli, pač pa smo ime manjkajočega filma našli v spisku njegovih medicinskih filmov. Obenem smo našli tudi zaznamek, da je bil film o vakuumski ekshalaciji prvič predvajan na jugoslovanskem kongresu ginekologov leta 1964 v Sarajevu.

V zgodnjih sedemdesetih letih so tehnologijo varnega splava sprejeli po vsem svetu. Postopek so še bolj poenostavili z uporabo lokalne anestezije, z uporabo Karmanove plastične kanile, z uporabo ročne vakuumske črpalke ter z uvedbo vaginalnega ultrazvoka za ugotavljanje mesta in trajanja nosečnosti ter za pooperativno kontrolo.

Mnogi avtorji so poudarili prednosti vakuumske aspiracije pred postopkom dilatacije in kiretaže, vendar v literaturi do leta 1973 ni bilo analize, ki bi prospektivno primerjala obe metodi med seboj. Takšno analizo, ki je nastala v sodelovanju z ameriškimi in jugoslovanskimi strokovnjaki, sta leta 1973 objavila prof.dr. Franc Novak in prof.dr.

Lidija Andolšek-Jeras s sodelavci. S pomočjo omenjene študije so bile dokončno znanstveno potrjene prednosti nove metode: večja enostavnost, večja varnost, manjša izguba krvi, manjše število vnetnih zapletov, krajša hospitalizacija. S študijo je bilo tudi ugotovljeno, da po desetem tednu nosečnosti vakuumska aspiracija brez kiretaže ni dovolj in da je RhD negativne ženske kljub vakuumski aspiraciji potrebno zaščititi z RhD anti imunoglobulinom.

Zaključek

Vakuumska aspiracija si je z osveščenostjo, strokovnostjo in zanesenostjo slovenskih strokovnjakov utrla pot iz Ljubljane v svet.

Literatura

1. Zubejev AV. Vop. akuš.-ginek. pomošči. Moskva, 1962: 25.
2. Joffe C. Abortion in Historical Perspective. In: Lichtenberg S, Paul M, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, eds. A Clinicians Guide to Medical and Surgical Abortion. San Francisco: Churchill Livingstone, 1999: 3-10.
3. Cavic M, Tomazevic T. Advantages of vacuum aspiration. Med Razgledi 1968; 7: 25-32.
4. Andolsek L. Summary and recommendation. In: Andolsek L ed. The Ljubljana Abortion Study 1971-73. Ljubljana: The National Institute of Health, Center for Population Research, 1974:39-41.
5. Novak F. Experiences with suction curettage. In: Hall R ed. Abortion in a Changing World. New York: Columbia University, 1970: 74-84.

TEHNIKE UMETNE PREKINITVE NOSEČNOSTI V 1. IN 2. TRIMESEČJU NOSEČNOSTI

Andrej Vogler

Uvod

Postopki in tehnike zgodnje umetne prekinitve nosečnosti (UPN) so preprosti in varni. V rokah usposobljenega osebja in z ustrezno opremo je UPN eden najvarnejših posegov v medicini. UPN je postala tudi v drugem trimesečju izjemno varna, ker je medikamentna prekinitve skoraj povsem nadomestila kirurško.

Metode UPN lahko razdelimo na kirurške, medikamentne in kombinirane, kjer gre za predoperativno pripravo materničnega vratu, ki ji sledi operativna prekinitve nosečnosti. V prvem trimesečju je še vedno najpogostejša kirurška prekinitve nosečnosti, v drugem trimesečju pa se nosečnost skoraj izključno prekine medikamentno. Pred vsako UPN moramo natančno poznati višino nosečnosti, določeno z ultrazvočno preiskavo, velikost in lego maternice, ki ju ugotovimo s kliničnim pregledom in podrobno anamnezo zaradi morebitnih spremljajočih bolezni.

Tehnike UPN v 1. trimesečju

Kirurška UPN

Kirurška metoda izbire za UPN v prvem trimesečju je vakuumaska aspiracija po predhodni mehanski ali medikamentni dilataciji kanala materničnega vratu, ki ji sledi kontrolna kiretaža. Nosečnost do 7 tednov lahko prekinemo tudi brez predhodne dilatacije in kontrolne kiretaže. Učinkovitost te metode je od 95 do 100 %. Za vakuumasko aspiracijo uporabljamo plastične ali kovinske kanile različnih premerov in napravo za ustvarjanje podpritiska. Vsebinsko maternične votline aspiriramo z do 600 mm Hg podpritiska. Poseg se večinoma opravlja v splošni anesteziji. Lahko ga opravimo tudi v lokalni anesteziji ali celo brez, predvsem pri nosečnostih nižjih od 7 tednov.

Zapleti ob kirurški UPN so lahko: poškodba materničnega vratu, perforacija maternice, okužbe, krvavitve.

Kombinirana UPN

Priprava materničnega vratu pred kirurško UPN zmanjša možnosti poškodb materničnega vratu, perforacije maternice, krvavitev in nepopolnega splava. Verjetnost tovrstnih zapletov je večja pri mlajših nosečnicah, nuligravidah in narašča z višino nosečnosti. Kanal materničnega vratu se lahko predoperativno dilatira z osmotskimi dilatatorji ali farmakološko. Od slednjih se najpogosteje uporabljajo

prostaglandini skupine E₂ v obliki nožničnega ali cervikalnega gela, ki ga apliciramo 2 do 3 ure pred posegom. Podobno učinkovita sta tudi analoga prostaglandinov E₁ misoprostol in gemeprost ter antiprogestagen mifepriston.

Medikamentna UPN

Danes lahko z 92-97 % učinkovitostjo medikamentno prekinemo tudi nosečnost do 9. tedna. Najprimernejša je kombinirana uporaba antiprogestagena mifepristona in analoga prostaglandinov misoprostola. Podobno učinkovita (94 do 96 %) je tudi kombinacija citostatika metotreksata in misoprostola, ki pa je uporabna za UPN do 7. tedna.

Tehnike UPN v 2. trimesečju

Medikamentna UPN

Medikamentna prekinitev nosečnosti je najvarnejši in s tem najustreznejši način v drugem trimesečju. Številne študije so dokazale, da je danes najustreznejši način UPN v 2. trimesečju kombinacija mifepristona per os, ki ji sledi vaginalna aplikacija misoprostola. Tak način UPN je preprost, učinkovit in varen. Za medikamentno UPN lahko uporabljamo tudi druge analoge prostaglandinov, ki jih apliciramo sistemsko ali intraamnijsko. Hipertonična solna raztopina, hiperosmolarna urea in etakridin so snovi, ki sodijo v zgodovino medikamentne UPN.

Pri nas za UPN še vedno najpogosteje uporabljamo analog prostaglandina skupine F_{2α} - karboprost intraamnijsko, z več kot 90 % učinkovitostjo. Možna je tudi sistemska uporaba, ki je preprostejša, vendar povezana s pogostimi neprijetnimi, občasno tudi resnimi stranskimi učinki. Po intraamnijski aplikaciji prostaglandina pride do abortusa po približno 12 do 19 urah, povprečno po 17 urah.

Zapleti medikamentne UPN so povezani predvsem s stranskimi učinki prostaglandinov: bruhanje, driska in redkeje povišana telesna temperatura. Resni zapleti kot so ruptura maternice, obilne krvavitve in poškodbe materničnega vratu so redki. Pogostnost rupture maternice je približno 0,5 %. Večje tveganje za rupturo maternice je pri nosečnicah po predhodnem carskem rezu, pri mnogorodnicah in pri sočasnem dajanju oksitocina.

Kirurška UPN

Absolutne kontraindikacije za medikamentno UPN so zelo redke, tako da je kirurška UPN v 2. trimesečju potrebna le še izjemoma potrebna. Do 15. tedna nosečnosti se kirurške tehnike UPN praktično ne razlikujejo od tehnik za prekinitev nosečnosti v 1. trimesečju, pri višji nosečnosti pa so potrebni dodatni, posebni inštrumenti, kot npr. Schulzejeva prijemalka. Verjetnost zapletov, ki so enaki kot v 1. trimesečju, je pri kirurški UPN v 2. trimesečju bistveno večja. Pogostnost zapletov lahko zmanjšamo z

ustrezno predoperativno pripravo materničnega vratu in posegom, ki ga opravimo pod ultrazvočno kontrolo.

Zaključki

Vsak način UPN ima svoje prednosti in pomanjkljivosti. Kirurška prekinitev nosečnosti v 1. trimesečju je zelo varen, kratkotrajen in učinkovit poseg. Nosečnost je prekinjena le z enim obiskom nosečnice ustrezne ustanove. Medikamentna prekinitev nosečnosti do 9. tedna je zelo učinkovita in varna, vendar dolgotrajnejša kot kirurška in nekoliko manj učinkovita, saj je v približno 3 do 8 % potrebno nosečnost dokončati kirurško. Do sedaj še ni bilo opravljenih primerjalnih študij, ki bi nedvomno dokazale prednosti kirurške ali medikamentne UPN v prvem trimesečju. Med 9. in 12. tednom nosečnosti lahko z vidika medikamentne UPN govorimo še o tako imenovanem »sivem področju«. Raziskave, ki naj bi potrdile učinkovitost medikamentne UPN, še potekajo. V drugem trimesečju je medikamentna UPN metoda izbire, saj je verjetnost zapletov bistveno manjša kot pri kirurški UPN.

Možnost zapletov tako kirurške kot medikamentne UPN, ki so ob visoko strokovnem in skrbnem delu zelo redki, lahko še zmanjšamo na nekaj dokaj preprostih in učinkovitih načinov:

- ultrazvočni pregledi ob napotitvi nosečnice na UPN
- predoperativna priprava materničnega vratu (pri vseh nuliparah, pri ženskah mlajših od 18 let, pri višini nosečnosti nad 12 tednov)
- upoštevanje vseh kontraindikacij za določene učinkovine.

Vsekakor je najučinkovitejši način preprečevanja zapletov v samem zmanjševanju števila neželenih nosečnosti.

Literatura

1. Flett GMM, Templeton A. Surgical abortion. Clin Obstet Gynaecol 2002; 16: 247-61.
2. Stewart FH, Wells ES, Flinn SK, Weitz TA. Early Medical Abortion: Issues for Practise. San Francisco, California: UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy, 2001.
3. Tang OS, Ho PC. Medical abortion in the second trimester. Surgical abortion. Clin Obstet Gynaecol 2002; 16: 237-46.
4. Velazco A, Varela R, Tanda C, et al. Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. Eur J Contracept Reprod Health Care 2000; 5: 227-33.
5. Vogler A. Primerjava dinoprostona in karboprosta za predoperativno dilatacijo cervikalnega kanala pred umetno prekinitvijo nosečnosti pri primigravidah. Zdrav Vestn 1991; 60: 517-9.

PRAVNI VIDIKI UMETNE PREKINITVE NOSEČNOSTI V SLOVENIJI

Maca Maček

Uvod

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (UL SRS, 11/77), ki ima svojo osnovo še v ustavi SFRJ iz leta 1974, je našel potrditev tudi v 55.členu nove slovenske ustave iz leta 1991. Še danes je to zelo sodoben zakonski predpis, ki ureja celotno človekovo reprodukcijo, saj vsebuje poglavje o preprečevanju zanositve (začasni in stalni), o umetni prekinitvi nosečnosti in o ugotavljanju in zdravljenju zmanjšane plodnosti. Slednje poglavje ureja od leta 2000 Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Mejniki v razvoju zakonodaje o umetni prekinitvi nosečnosti

Umetna prekinitev nosečnosti je edino sredstvo za preprečitev rojstva po spočetju. Nad umetno prekinitvijo nosečnosti je vedno bedela država in s svojo represivnostjo uravnavala odločitve nosečih žensk. Že v stari Jugoslaviji je bil splav prepovedan in kazniv tako za tistega, ki je noseči ženski opravil poseg, kakor tudi za nosečnico samo. Isto pravno stanje se je v tem političnem prostoru obdržalo tudi po II. svetovni vojni do leta 1951, ko je bil sprejet nov kazenski zakonik, po katerem se je določala kazenska odgovornost samo za tisto osebo, ki opravi nedovoljeni splav. Nosečnica ni bila več kazensko odgovorna. Prva Uredba o pogojih in postopku za dovoljeno odpravo plodu je leta 1952 imenovala posebne zdravniške komisije, ki so dovoljevale splav iz zdravstvenih razlogov ali indikacij (če sta nosečnost in porod ogrožala življenje ali fizično in psihično zdravje nosečnice), iz evgeničnih razlogov ali indikacij (če je bilo utemeljeno pričakovanje, da se bo otrok rodil s težkimi prirojenimi napakami), in iz pravnih ali moralno-etičnih razlogov ali indikacij (če je nosečnost nastala v zvezi z določenim kaznivim dejanjem npr. posilstvom). Socialni razlogi ali socialna indikacija so bili upoštevani samo, če so bili povezani z zdravstvenimi razlogi, če bi se namreč zaradi rojstva otroka življenjski pogoji tako poslabšali, da bi bilo zdravje nosečnice še bolj ogroženo.

Že leta 1960 je druga Uredba o pogojih in postopku za dovolitev splava odpravila socialno-medicinsko indikacijo, tako da je postala socialna indikacija samostojno obravnavani razlog na komisijah I. in II. stopnje za umetno prekinitev nosečnosti. S to uredbo je zakonodajalec tudi prvič zavezal vse, ki se srečujejo z nosečnicami na komisijah in v medicinskih ustanovah, da jih seznanjajo s kontracepcijo in neprimernostjo reševanja problema neželene zanositve s splavom. Ob zdravstvenih delavcih je postal član komisije za umetno prekinitev nosečnosti tudi socialni delavec.

Pomemben mejnik v zakonodaji o umetni prekinitvi nosečnosti predstavlja Zvezna resolucija o načrtovanju družine, s katero je bilo leta 1969 sprejeto načelno stališče,

da je svobodno odločanje o rojstvu otrok, ki vključuje tudi odločitev o umetni prekinitvi nosečnosti, ena temeljnih človekovih pravic. Resolucija se je zavzemala za preprečevanje neželenega spočetja z uporabo kontracepcijskih sredstev in ocenila umetno prekinitve nosečnosti za najmanj primeren način uravnavanja rojevanja. Vse to je pripomoglo, da je bilo v ustavo iz leta 1974 vključeno odločanje o rojstvu kot človekova pravica, ki se lahko omeji samo iz zdravstvenih razlogov. To ustavno načelo je postalo osnova za leta 1977 sprejeto najbolj liberalno zakonodajo o svobodnem odločanju o rojstvu otrok, ne samo v jugoslovanskem, temveč tudi v evropskem prostoru. Prav gotovo je temu botrovala ugodna politična klima in izjemna osebna angažiranost mnogih strokovnjakov iz najrazličnejših področij. Nikakor ne smemo pozabiti vodilne vloge, ki jo je imela pri tem akademikinja, prof.dr. Lidija Andolšek-Jeras, v tistem obdobju direktorica Inštituta za načrtovanje družine.

Zakon je dobil svojo potrditev tudi v 55. členu nove slovenske Ustave iz leta 1991.

Izvajanje zakonodaje

V povezavi z navodili izvajamo Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju svobodnega odločanja o rojstvu otrok že 27 let. Na področje umetne prekinitve nosečnosti prinaša pravico nosečnice, da se UPN opravi na njeno zahtevo, če nosečnost ne traja več kot 10 tednov. V praksi se zaplete, ko ginekolog ob posegu ugotovi, da je nosečnost visoka že 10 tednov in več, čeprav je bila ob pregledu pri izbranem ginekologu ugotovljena nižja nosečnost. V zakonu jasno piše, "da velja ob prvem pregledu ugotovljena višina nosečnosti, če je bila neposredno po njem podana zahteva za UPN."

Če je že ob prvem pregledu ugotovljena višja nosečnost kot 10 tednov, o zahtevi nosečnice odloča Komisija I. stopnje za UPN na podlagi tehtanja nevarnosti, ki bi jo za nosečnico pomenila UPN ali porod. Komisija se ne odloča na podlagi indikacij. Prav tako ravna edina Komisija II. stopnje za UPN, ki obravnava samo pritožbe tistih nosečnic, ki se ne strinjajo z odločitvijo Komisije I. st. za UPN. V praksi prepogosto naletimo na napačno razlago vloge Komisije II. st. za UPN v smislu, da je to komisija, ki edina lahko dovoli umetno prekinitve zelo visoke nosečnosti. Napotitev na komisijo je pravica nosečnice, pa čeprav je še tako visoko noseča. Za nosečnico, ki ob višini nosečnosti, za katero vemo, da se ne more več umetno prekiniti, prekinitve vseeno želi, je zelo pomembno, da jo ginekolog vseeno napoti na komisijo. Interdisciplinarna obravnava take nosečnice bo z vključitvijo ustreznih strokovnih služb iz njenega življenjskega okolja gotovo zmanjšala napetost njenih neurejenih razmer, ki bi jo lahko privedle tudi do detomora. V Sloveniji imamo 14 komisij I. stopnje in eno komisijo II. stopnje. Čeprav Zakon izrecno določa, da morajo biti nosečnice pri obravnavi na komisiji prisotne, se to še vedno ne izvaja povsod.

Mnogim so še po 27 letih popolnoma nerazumljiva določila, ki se nanašajo na UPN pri mladoletnih nosečnicah. Starši namreč ne morejo zahtevati, naj se njihovi mladoletni, a razsodni hčeri napravi UPN; ne morejo pa tudi preprečiti, da bi se ji na njeno

zahtevo opravila UPN. Zdravstvena organizacija, v kateri poseg opravijo, lahko obvesti starše mladoletnice le, če ona v to privoli. V Zakonu je uporabljena beseda "praviloma", ki jo v mnogih naših zdravstvenih organizacijah razumejo dobesedno, čeprav je v Navodilih o izvajanju zakona lepo obrazložena z "ne obvezno" in "ne brez predhodne privolitve mladoletne nosečnice". Zakonodajalec je pri tem upošteval, da gre pri UPN za strogo osebno odločitev; da je UPN medicinski poseg v telo kot najbolj osebno človekovo dobro; da bi se mladoletnica lahko zatekla k ilegalnemu splavu, če od staršev ne pričakuje razumevanja in da se končno postavlja vprašanje ali so v takem položaju starši sposobni objektivno oceniti koristi mladoletnice. Če se dogodi UPN pri mladoletnici, ki še ni dopolnila 15 let, mora zdravstvena organizacija pred opravljenim posegom o tem obvestiti najbližji Sektor kriminalistične policije, ki deluje v okviru Policijske uprave. Ta dolžnost zdravstvene organizacije ni zapisana v Zakonu, o katerem razpravljamo, temveč v Kazenskem zakoniku. Pri tako mladih nosečnicah je potrebno preveriti možnost kaznivega dejanja spolne zlorabe. Za zdravstveno organizacijo se siceršnji postopek z mladoletno nosečnico ne spremeni. Obveščanje staršev v tem primeru prevzamejo drugi strokovnjaki. Popolnoma enak postopek morajo zdravstvene organizacije izvesti tudi v primeru, če tako mlada nosečnica spontano splavi.

Zakon (čl. 30) in Navodila za izvrševanje zakona (čl. 6 in 7) zdravstvenim in socialnim delavcem, ki so vključeni v postopke UPN, nalagajo obvezno seznanjanje nosečnice z njenimi pravicami, z drugimi možnostmi za rešitev njenega problema in s kontracepcijo. V Navodilih (čl. 6) je celo napotilo, naj zdravstvena organizacija določi strokovnega delavca, ki bi nosečnice usmerjal v postopku za UPN. Oba predpisa v omenjenih členih priporočata posebno skrb nosečnicam iz posebno tveganih skupin (mladoletnice, povratnice, bolne nosečnice). Morda pred 27 leti ni bilo lahko najti ustrezno usposobljenega delavca, ki bi se posvetil problemom nosečnic pri UPN, sedaj pa to ni več težko, saj imamo z dodatnimi znanji opremljenih kar lepo število medicinskih in ostalih strokovnjakov. Ni namreč pošteno, da v praksi vso težo svetovanja predvsem o kontracepciji in tudi siceršnjem odločanju za ali proti nosečnosti, izvedejo prav izbrani ginekologi, ki jim Zavarovalnica že tako zelo na kratko določa, koliko minut se smejo posvečati pacientki. Bilo bi pametneje, da bi svojo odgovornost delili z ustrezno strokovno usposobljenimi svetovalci, ki bi prevzeli nosečnico po prihodu iz ginekologove ordinacije in jo usmerjali do konca postopka za UPN ali pa celo do poroda. Do sedaj takega timskega načina dela z nosečnicami za UPN, razen Ginekološke klinike v Ljubljani, ni izvedla nobena od zdravstvenih organizacij v Sloveniji, v katerih izvajajo UPN.

Zaključek

Zaradi različnih tehnik je postala UPN še bolj varen poseg. Pred 27. leti sprejeti zakon, ki ima temelj tudi v 55.členu slovenske ustave iz leta 1991, ima tudi status tako imenovanega »lex specialis«, kar pomeni, da je močnejši od kasnejših predpisov o delovanju zdravstvene službe. Zakon je »splavarice«, kot so imenovali »take ženske«

v 60. letih prejšnjega stoletja izenačil z ostalimi ginekološkimi pacientkami. Bilo bi lepo, da bi odnos do nosečnic še izboljševali in ga naredili prijaznejšega.

Literatura

1. Uredba o pogojih in postopku za dovoljeno odpravo plodu. UL FLRJ 4/52.
2. Uredba o pogojih in postopku za dovolitev splava. UL FLRJ 9/60.
3. Resolucija zvezna skupščine o načrtovanju družine. UL SFRJ 20 /69.
4. Ustava SR Slovenije 1974.
5. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. UL SRS 11/77.
6. Navodilo za izvrševanje Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. UL SRS 15/77.
7. Ustava R Slovenije 1991.
8. Zakon o zdravstveni dejavnosti. UL RS 9/92.
9. Karel Zupančič: Pravica ženske do umetne prekinitve nosečnosti. Revija »Pravnik«. Ljubljana 1990; 45 (11-12).

SVETOVANJE PRED UMETNO PREKINITVIJO NOSEČNOSTI

Zlata Ličer

Uvod

Svetovalno delo ob neželjeni zanositvi upošteva individualne potrebe žensk, ki se odločajo med dvema, zanje enako neugodnima rešitvama, med nasilno prekinitvijo nosečnosti in rojstvom, ki si ga ne želijo. V socialno svetovalni službi na Ginekološki kliniki v Ljubljani posredujemo informacije in opravljamo svetovalne razgovore ter izvedbo postopka pri zahtevah za umetno prekinitev nosečnosti ter moško in žensko sterilizacijo (Komisija I. in II. stopnje za UPN) ter se dogovarjamo o terminu izvedbe. Socialno svetovalno delo temelji na konceptu načrtovanja družine in svobodnem odločanju o rojstvu otrok (UL.RS 11/77).

Psihosocialno svetovanje

Večina žensk, ki pridejo v socialno svetovalno službo z napotnico ginekologa, so v sebi nekako že odločene in so o odločitvi za umetno prekinitev nosečnosti trdno prepričane. Kljub temu jih približno osem do deset odstotkov tistih, ki vložijo zahtevek za splav, ne opravi posega. Ne zato, ker bi na njih kakorkoli pritiskali, jim vsiljevali drugačne odločitve, pač pa ker se je pokazalo, da ženske ob tako pomembni odločitvi, kot je umetna prekinitev nosečnosti, preprosto potrebujejo pogovor s strokovnjakom. Žensko, ki jo nosečnost preseneti nepripravljeno, dokončnost njenega stanja šokira, pa čeprav morda ne razmišlja o splavu. S proučevanjem možnosti, ki jih ima ženska na razpolago in na način, ki omogoča ženski odločanje brez zunanjih pritiskov, lahko svetovanje zelo pomembno pomaga ženski pri sprejemanju odločitev v času neželene zanositve.

Individualna pomoč pri reševanju njene osebne stiske, v kateri se je znašla, lahko prepreči »skrivanje« nosečnosti včasih vse do poroda (bodisi pred starši, partnerjem, sorodstvom), kar je neznosno breme, ki ima lahko posledice za bodoče materinstvo in za otroka. Seznanjena mora biti z varnostjo in učinkovitostjo zgodnjega splava, prav tako z možnostjo posvojitve otroka, v kolikor obdrži nosečnost in rodi otroka, za katerega sama ne bi mogla poskrbeti.

Skupine s tveganim reproduktivnim vedenjem

Pri svetovalnih razgovorih namenimo posebno pozornost skupinam žensk s tveganim reproduktivnim vedenjem:

- mladostnicam (spodbujanje odgovornosti med partnerjema in pozitiven odnos do spolnega zdravja)

- povratnicam na splav (pomoč pri težavah pri odločanju zaradi ambivalentnosti, dilem)
- tistim, ki zahtevajo prekinitev nosečnosti od desetih tednov (psihosocialna pomoč pri odpravljanju socialnih težav v obdobju nosečnosti in poroda).

Za mladostnice, pri katerih se število neželenih nosečnosti vztrajno zmanjšuje (od 1700 leta 1994 na 826 leta 2000), je značilno, da večina ob zanositvi ni uporabljala učinkovite kontracepcije (2,7 % hormonsko kontracepcijo). Strah pred tem, da bodo za njihovo nosečnost izvedeli starši, jih marsikdaj odvrne od pravočasnega ginekološkega pregleda. Varneje za mladostnice je, če so obveščene, da o morebitnem obveščanju staršev odločajo same.

V drugo skupino žensk sodijo tiste, ki praviloma že imajo zaželeno število otrok in ne želijo več roditi. Večinoma so poročene, starejše od trideset let in imajo slabe izkušnje z uporabo kontracepcije. Razlogi za opustitev kontracepcije in zanašanje na splav v primeru neželene zanositve so zelo subjektivni, tako da se jim zgodi več ponovnih neželenih zanositev. Možnost izbiranja med raznovrstnimi kontracepcijskimi metodami omogoča odločanje s prevzemanjem odgovornosti za svoje vedenje. V razgovorih o kontracepciji slišimo: »Nikakor se ne bi mogla odločiti za sterilizacijo, raje se bom odločila za maternični vložek« ali »Nobenega tujka ne prenesem v telesu, raje bom jemala tablete«. Nekateri pari se uspešno dogovorijo za uporabo kondoma, diafragme in kemične zaščite, da se ne bi zanašali na splav.

Tretja skupina nosečnic so ženske, ki s pregledom pri ginekologu oziroma z odločitvijo odlašajo tako dolgo, da umetna prekinitev na lastno zahtevo ne pride več v poštev, ampak o njihovi prošnji odloči Komisija I. stopnje za UPN, in če ta ne ugotovi prošnji, lahko podajo ugovor na Komisijo II. stopnje za UPN. Praviloma se izkaže, da prav ta skupina živi v izredno slabih življenjskih razmerah, da so družinski odnosi skrajno zaostreni, ženske pa se nekako ne znajdejo in tudi pravočasno ne poiščejo strokovne pomoči.

Ženske se praviloma zavedajo svoje odgovornosti starševstva in se z umetno prekinitvijo nosečnosti skušajo predvsem izogniti položaju, ko bi v svojo življenjsko situacijo, ki je še same ne obvladajo, potegnile še novorojenega otroka.

Kako lahko svetovalna služba pomaga

Svetovalne službe bi morale biti na voljo vsem nosečnicam v stiski, ne le tistim, ki razmišljajo ali se že skoraj z gotovostjo odločijo za splav. V kolikor osebe odkrije, da je ženska žrtev spolnega napada, zlorabe ali nasilja, naj jo napotijo za obravnavo v ustrezne ustanove in na svetovanje. Zaposleni morajo poznati razpoložljive vire pomoči v zdravstvenem sistemu in v skupnosti.

Svetovanje poteka zlasti v smeri informiranja o možnostih, ki jih ženska, ki pričakuje otroka, ima. Tako nosečnicam posredujemo informacije o načinu uveljavljanja pravic,

ki jih imajo po zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, tako glede nadomestil in porodniškega dopusta oziroma dopusta za nego in varstvo otroka, kot tudi o pomoči oz. dodatku, ki pripada družini ob rojstvu otroka, pa o pravici do otroškega dodatka. Zagotoviti ji skušamo čimveč podatkov o tem, kam naj se obrne po pomoč pri reševanju težave brezposelnosti ali kadar v družini doživlja nasilje. Seveda pa denarne pomoči niso dovolj, če družinski sistem ne deluje, če se ne more zanesti na partnerja, če jo ta morda zlorablja, če odklanja priznanje očetovstva in plačevanje preživnine, če nosečnici ne stoji ob strani družina, ki bi ji nudila pomoč takoj po rojstvu otroka, in zlasti, če bodoča mati iz porodnišnice z otrokom nima kam. V tem primeru svetovalna služba po porodu ureja nastanitev v materinskih domovih po Sloveniji, kar je gotovo eden izmed izhodov v skrajni sili, kjer je nosečnici z otrokom omogočeno najmanj enoletno bivanje na varnem.

Zaključek

V naši svetovalni službi, kjer imamo opraviti zlasti z nosečnicami, ki razmišljajo o splavu, zgolj prisluhnemo trdnosti odločitve, saj se nosečnica praviloma odloča med dvema, zanjo enako neugodnima rešitvama, torej med nasilno prekinitvijo nosečnosti in rojstvom, ki si ga ne želi. Velikokrat nakažemo možnost ohranitve nosečnosti, ki jo je nosečnica morda spregledala, končna odločitev je vedno njena.

Literatura

1. Andolšek-Jeras L, Obersnel-Kveder D. Splav po svetu in pri nas. In: Dolar-Bahovec E ed. Abortus - pravica do izbire. Ljubljana: Skupina »Ženske za politiko«, 1991: 175-84.
2. Obersnel-Kveder D. Splav – metoda uravnavanja rodnosti ali izhod v sili. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (magistrsko delo), 1991.
3. Robey B ed. Improving Client-Provider Interaction. Population Reports 2003; 31 (4).

SPOLNA ZLORABA IN PREKINITEV NOSEČNOSTI

Barbara Požlep, Andreja Štolfa, Alenka Fetih, Maca Maček, Zlata Ličer, Alenka Pretnar-Darovec, Andrej Vogler, Katja Bašič

Uvod

Pristop k spolni zlorabi je multidisciplinaren. Potrebno je sodelovanje socialne službe, zdravstva, policije in sodstva. Vsak strokovnjak se mora zavedati odgovornosti in je ne prelagati na drugega. Za izid postopka pri sumu zlorabe so zelo pomembni prvi ukrepi, zato morajo biti vsi sodelujoči ustrezno usposobljeni. Kadar pri spolni zlorabi pride do nosečnosti, je to še posebej občutljivo področje.

Pojem spolne zlorabe

Kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost obravnava 19. poglavje Kazenskega zakonika Republike Slovenije. Kazniva dejanja nad odraslimi ženskami so opredeljena v posameznih členih, zato enotne definicije za spolno zlorabo nad odraslimi ženskami nimamo. Poseben problem je spolna zloraba otrok. Ta je zaradi vrste dejanja in žrtev dejanja ena najbolj prikritih kaznivih dejanj. Po podatkih policijske statistike v Sloveniji od 1981 do 2003 število teh dejanj narašča, vendar je to bolj statistika policijskega dela kot pa statistika dejanskega števila spolnih napadov na osebe, mlajše od 15 let. Trend delno kaže tudi na uspešnejše odkrivanje tega kaznivega dejanja (leta 1981 47 prijav, leta 1995 95 prijav, leta 2003 229 prijav). Najbolj ustrezna definicija spolne zlorabe otrok je: »Spolna zloraba otrok je udeležba nepreskrbljenih oz. odvisnih otrok v spolnih aktivnostih z odraslo osebo ali osebo, ki je starejša ali večja od njih, pri kateri je otrok zlorabljen kot spolni objekt za zadovoljevanje spolnih potreb ali želja te osebe in pri tem sam nima možnosti, da bi izbral ali bo privolil v spolno aktivnost ali ne, zaradi neenakih moči v odnosu med njim in drugo osebo«.

Prva točka 183. člena Kazenskega zakonika pravi: »Kdor spolno občuje ali stori kakšno spolno dejanje z osebo istega ali drugega spola, ki še ni stara petnajst let, pri čemer obstaja očitno nesorazmerje med zrelostjo storilca in žrtve, se kaznuje z zaporom od enega do 8 let«. V nadaljevanju člen obravnava dejanja nad slabotnimi osebami ter zlorabo položaja skrbnikov, zdravnikov, učiteljev itd. Podaljšanje kazni je novost, novost je tudi v zakonodaji določena starost 23 let do katere se lahko prijavi dejanje.

Vrste spolne zlorabe

Načini spolne zlorabe so različni. Od razkazovanja, golote, prikritega opazovanja, fotografiranja, opolzkih pripomb, poljubljanja, otipavanja, digitalne penetracije oz. pravega spolnega odnosa itd. Opredelitev zlorabe je pogosto težka, kadar gre za majhne otroke (po kazenski zakonodaji je opredeljen otrok do 14. leta starosti) in je storilec eden od staršev.

Otrok ob začetkih zlorabljanja težko loči mejo med zdravo starševsko nego ter zlorablajočim obnašanjem, saj ga storilec pogosto pregovarja, da to kar delata ni »nič takega«.

Storilci

Po podatkih policije Republike Slovenije, zbranih za 16-letno obdobje do leta 1998, prihaja 80% storilcev iz ožje ali širše družine, le v 1,7% primerih je napadalec ženska. Ker je storilec večinoma znana oseba, gre praviloma za večkratno zlorabo, ki je dobro načrtovana. Pogosto zaradi sramu in strahu pred posledicami ostane skrivnost zaprta v družinskem krogu! Na stran storilca se pogosto postavi tudi nasprotni partner. Storilci opravičujejo zlorabo z alkoholom, brezposelnostjo, ekonomskimi težavami. Kar 46 % Evropejcev in Evropejk je izjavilo, da je spolna zloraba posledica izzivalnega obnašanja žensk!

Pristop k žrtvi spolne zlorabe

Žrtev je lahko k nam napotena s sodno odločbo in pride v spremstvu kriminalista, lahko tudi v spremstvu enega ali obeh staršev ali socialne delavke. Naš prvi stik z njo je zelo pomemben. Ne kažimo pomilovanja češ »saj se to dogaja tudi drugim«, ali zgražanja »joj, groza...«. Žrtvi se ne vsiljujmo z ozko usmerjenimi vprašanji, saj zato obstajajo drugi strokovnjaki. Včasih je dejstvo, da smo neznana oseba, olajševalna okoliščina. Zapišemo si vse podrobnosti, ki smo jih opazili ali ugotovili pri pregledu. Lahko se zgodi, da bodo aktualne šele čez leta, ko bo, če bo, prišlo do prijave dogodka. Pristop k žrtvi je posebej pomemben, kadar gre za otroke. Ti bodo posebej občutljivi nad našim izražanjem dvomov, gnusa, šoka ali jeze. Lahko bodo napadalni, jih bo sram in ne bodo govorili. Mislijo, da se jim bo po izpovedi zgodilo nekaj hudega. Zaradi občutkov krivde in strahu želijo zaščititi storilca. Po drugi strani lahko z otroškim jezikom zelo nazorno opišejo in pokažejo dejanja, kar posebej pri zelo majhnih otrocih še okrepi sum na kaznivo dejanje. Pomembno je, da jim ničesar ne sugeriramo. Posebej otroke naj sprašujejo poklicni izpraševalci, saj so otroci pogosto pripravljeni dogodek opisati le enkrat. S ponavljanjem jih na nek način ponovno zlorabljam.

Znaki spolne zlorabe

Spolna zloraba je dejanje nasilja nad nekom drugim za svoj spolni užitek. Pri tem ni potrebno, da gre za spolni odnos v ožjem pomenu besede. Zato tudi ugotavljanje ali je do zlorabe prišlo ali ne ni enostavno. Znaki so lahko telesni in psihosomatski. Pogosto zlorabe ne moremo ne potrditi, ne izključiti. Pomembno je, koliko je pregled časovno odmaknjen od dogodka. Pozorni smo na celotno telo, modrice, opraskanine, ugriznine. Odvisno od ugotovitev žrtev napotimo tudi na travmatološki pregled. Na spolovilu ugotavljamo prisotnost krvi, podpludb, raztrganin, pri otrocih in mladoletnikih smo posebej pozorni na himen. Pregledamo tudi področje rektuma. Če je zloraba časovno odmaknjena, lahko ugotovimo stare poškodbe, vnetje, spolno prenosne bolezni (herpes, kondilome) in nosečnost. V veliki večini primerov ne ugotovimo nobenih poškodb oziroma sledi! Pri otrocih lahko iz avto ali hetero anamneze izvemo o bolečinah v

trebuhu, srbenju spolovila, motnjah odvajanja, masturbaciji, tiščanju hlačk... Pozor, lahko smo prvi, ki posumimo, da gre za spolno zlorabo, čeprav pride žrtev k nam z drugim navideznim razlogom!

Zavarovanje dokazov

Za uspeh sodnega preganjanja so materialni dokazi še kako pomembni. V kolikor je dejanje sveže, opozorimo žrtev, da shrani obleko oziroma vse, s čimer je bil storilec v stiku. Mi zavarujemo biološke, tako imenovane neposredne sledi (slina, lasje, koža za nohti, vlakna oblačil, kri, sperma), zato moramo natančno vedeti, kje sledi iskati. Običajno kriminalist prinese brise s seboj, sicer pa si lahko pomagamo z navadnimi vatiranimi paličicami, ki jih lahko rahlo omočimo z destilirano vodo. Sledi med seboj ne smemo kontaminirati. Pakiramo jih v papirnato oziroma plastično embalažo, ki ji odrežemo vrh. Važno je, da so vzorci označeni. Iz njih se kasneje ugotavlja pristnost bakterij oziroma virusov, semenske tekočine. Biološke sledi lahko zavarujemo za preiskave DNK.

Dolžnost prijavljanja

Kazniva dejanja, za katera je zagrožena zaporna kazen nad 5 let zavora, smo dolžni prijaviti. Zaradi nadaljnjega poteka dogodkov je najbolje, da dogodek prijavimo kriminalistični službi pristojne policijske uprave. Včasih odločitev o tem ali je dogodek potrebno prijaviti ali ne ni enostavna, še posebej, kadar gre za storilca, ki se od žrtve po starosti razlikuje le nekaj let. Tu se odločamo individualno, predvsem je vodilo ugotovitev ali je šlo za prostovoljen odnos ali za elemente nasilja. Zakonodajalec je ravno zaradi narave tovrstnih dejanj žrtve še posebej zaščitil do petnajstega leta starosti. Sami imamo lahko premalo informacij, da bi nam bilo vodilo za prijavo zgolj naše mnenje ali je šlo za prostovoljen odnos ali elemente nasilja. Storilec do 14 let se obravnava kot otrok, vendar se dejanje vseeno prijavi. Kasneje so lahko izrečeni tako vzgojni ukrepi kot kazni. Žrtve, ki rabijo pomoč, lahko napotimo na Združenje proti spolnemu zlorabljanju, na Žensko svetovalnico in na SOS telefon.

Prekinitev nosečnosti

Prekinitev nosečnosti po spolni zlorabi zahteva poseben pristop. Vedno je žrtev prestrašena, šokirana nad našo ugotovitvijo, lahko ima religiozne dileme o prekinitvi nosečnosti nasploh, se sramuje. Lahko gre za mladoletno osebo, ki ji je bil to prvi spolni odnos, ali celo za dekle, pri kateri sploh še ni prišlo do defloracije. Pomembno je, kako dolgo je bila nosečnost neprepoznana. Čas in način prekinitve nosečnosti skušamo prilagoditi tako, da bo kar se da netravmatičen.

Prikazani so štirje primeri iz klinične prakse o umetni prekinitvi nosečnosti pri otrocih, pri katerih je ta še posebej problematična:

1. primer: KV, 13 let. Pripeljana v spremstvu matere, ker ji izostaja menstruacija in je nosečnostni test pozitiven. K nam jo napoti specialistka šolske medicine. V Bosni na počitnicah naj bi jo ugrabil njen prijatelj, jo odpeljal čez noč in posilil. Storilec je star 16 let. Dogodek sta starša prijavila že v BiH. Zaradi sramote ne želita UPN v domačem kraju, temveč v Ljubljani. Pri kliničnem pregledu ugotovimo natrgan himen, v spekulih pregled ni mogoč. Deklica je popolnoma histerična in joka. Zaradi nizke nosečnosti in vrednosti beta-HCG se dogovorimo za pregled čez 1 teden. Zaradi debelosti deklice z abdominalnim UZ razen zadebeljene sluznice ni videti ničesar. Uspemo jo pregovoriti za rektalni UZ, kjer ugotovimo 6 mm gestacijsko vrečko (GV). Glede na dejstvo, da je nosečnost nizka, da je deklica zdrava in himen še delno intakten, se dogovorimo za UPN z RU 486, je opravljena po standardnem protokolu. Prostaglandinske tabletko vaginalno nežno vstavimo z otroškimi spekuli. Ker pregled ni mogoč, jo po 4 urah premestimo na hospitalni oddelek, kjer zvečer v celoti splavi. Pove, da je ni skoraj nič bolelo. Ker kriminalisti zahtevajo vzorec nosečnosti za DNK ima deklica ves čas sterilno predlogo oziroma urinira v sterilno vrečko. Po splavu sterilno odrežemo košček trofoblasta, ga obilno izperemo s fiziloško raztopino, položimo v sterilno petrijevko in zamrznemo do oddaje kriminalistom.

2. primer: KM, 12 let. Prihaja zaradi sekundarne amenoreje v spremstvu matere. Dekle zatrdi, da še ni imela odnosov. Pri inspekciji spolovila ugotovimo intakten himen. UZ pokaže 13 tedensko nosečnost. Mati ob sporočeni novici kolabira in se več ne odziva na klice. Vitalne funkcije stabilne, odpeljana na internistično prvo pomoč ter hospitalizirana na Nevrološki kliniki (Dg: somnolentno stanje, konverzivna sinkopa). Čez 5 ur se zbudi, brez posledic. Deklica je vsa iz sebe, neprestano ponavlja, da bo mamica zaradi nje umrla. Pove, da jo je zlorabil polnoleten bratranec na zabavi, ko mu je bila nek večer zaupana v varstvo. Ni bilo odnosa, temveč penetracija s prstom. Komisija za UPN I. stopnje odobri prekinitev nosečnosti. Deklica se ne spomni več, kdo jo je zlorabil. V 14. tednu nosečnosti je opravljena IA aplikacija Prostina 15 M. Splavi po 24 urah. Vzeti vzorci za DNK. Defloracija v splošni anesteziji in abrazija.

3. primer: BB, 15 let. Pripeljana v spremstvu rejnice. Materi je bila odvzeta rejniška pravica pred 12 leti, oče, s katerim ima stike, ni sposoben skrbeti zanjo. Prihaja noseča 24 tednov. Skrivala je nosečnost. Storilec je oče. Neke noči se je v strahu pred grmenjem med nevihto zatekla k njemu v posteljo. Z drugimi ni imela odnosov. Po eni strani se boji, kaj bo z otrokom, po drugi si ga želi, saj bi jo tako vsaj nekdo imel rad. Očetu je povedala, da se bo obesila, a mu je vseeno. Pravi, da so krivi rejniki. Komisija I. stopnje ji odobri UPN z intraamnijsko aplikacijo (IA) Pg 15 M. Dobi 6 ampul IA, vendar po več kot 24 urah ni napredka. Maternični ustje je zato mehansko dilatirano in mehur predrt. Ker po 12 urah še vedno ne rodi, dobi še Pg E2 v infuziji. Po 48 urah rodi 640 g mrtvega dečka.

4. primer: TM, 16 let. Prihaja v spremstvu staršev, ki povesta, da je bila posiljena. Deklica o okoliščinah zanositve ne pove ničesar. Noseča je 34 tednov. Mati jo bo spremljala k porodu. Rodi v 40. tednu nosečnosti. Epiduralni blok, porod traja 5 ur. Ruptura perineja I. Vzet je delček posteljice, kri iz popkovnice ter vzorec sline žrtve. Po DNK analizi sta oče in brat izključena kot možna storilca. Otrok gre v posvojitev.

Zaključek

Odločitev o prekinitvi nosečnosti za razumno odraslo osebo ni enostavna. Če gre za posledico spolne zlorabe, je stiska še toliko hujša. Kadar je žrtev otrok ali mladostnik je to grozljiv dogodek za vse vpletene. Naša naloga je, da k žrtvi primerno pristopimo ter dogodek prijavimo kot prvi, ki se je z njo srečala. Zelo natančno dokumentiramo vse, kar smo izvedeli in naredili. Pri pregledu in UPN zavarujemo vse dokaze. Posebej smo pazljivi, če je potreben vzorec za DNK analizo. Organiziramo prekinitve nosečnosti, ki naj bo čim manj travmatična in naj traja čim krajši čas (prilagoditi višini nosečnosti!). Žrtve napotimo v organizacije in društva za pomoč, če jih tja ni napotil nihče drug.

Literatura

1. Kazenski zakonik Republike Slovenije.
2. Statistični podatki kriminalistične službe.
3. Nasilje v družini. Ljubljana: Združenje proti spolnemu zlorabljanju, 2002.

NAŠE IZKUŠNJE Z ABORTIVNO TABLETO (RU 486) – MEDIKAMENTNA UPN V 1. TRIMESEČJU NOSEČNOSTI

Sašo Drobnič, Alenka Pretnar-Darovec

Uvod

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, ki je stopil v veljavo 1. julija 1977, in za sprejetje katerega je prispevala pomemben del tudi prof. Andolškova, je v 17.členu opredelil umetno prekinitev nosečnosti (UPN) do dopolnjenega 10. tedna nosečnosti na zahtevo ženske kot njeno pravico. Nedovoljeni splav in hudi zapleti po njem so tako praktično izginili. Razvili so se številni pripomočki in tehnike za njegovo izvedbo, v začetku le kirurške. Zaradi velikega zanimanja za nekirurški način prekinitve nosečnosti med ženskami pa so leta 1983 v Franciji pod vodstvom prof. Baulieuja v ta namen začeli preizkušati antiprogestagen mifepriston, ki so ga razvili v svojih laboratorijih. V Franciji so ga za uporabo odobrili leta 1988, ga takoj nato zaradi nasprotovanj umaknili in kasneje na zahtevo javnosti spet uvedli. Za njimi so ga registrirali na Švedskem, v Veliki Britaniji, Nemčiji, na Kitajskem in od leta 2000 tudi v ZDA. Kmalu nato smo ga kot sodelujoči center za klinične raziskave pri Svetovni zdravstveni organizaciji začeli preizkušati tudi na Ginekološki kliniki v Ljubljani in tako pomagali oblikovati najboljši postopek za UPN z zdravili.

RU 486 (Mifepriston)

Mifepriston je derivat noretidrona (sintetičnega progestagena), ki deluje kot kompetitivni inhibitor naravnega progesterona. Mifepriston zaseda receptorje za progesteron, nima pa njegovega učinka v celici in tako prepreči njegovo funkcijo vzdrževanja zgodnje nosečnosti. Kapilare decidue, na katere deluje, postanejo prepustne, krvavitev, ki nato nastopi, pa povzroči odstopanje celic trofoblasta od decidue. Prostaglandini, ki se sproščajo iz celic miometrija, povzročajo zmehčanje materničnega vratu in sprožijo splav. Mifepriston je kot abortiv učinkovit v približno 85 %, zato mu za večjo učinkovitost dodamo prostaglandinski analog. Kombinacija obeh se je izkazala za zelo uspešno za indukcijo UPN v zgodnji nosečnosti.

Misopristol

Od sedemdesetih let prejšnjega stoletja poznamo prostaglandine kot spojine, ki učinkovito sprožijo splav, zaradi svojega učinka na mišičje maternice. Naravni prostaglandini pa so se zaradi številnih stranskih učinkov kot so slabost, bruhanje in diareja izkazali za skoraj neuporabne. Manj stranskih učinkov imajo nekateri analogi prostaglandinov, ki delujejo selektivno na miometrijo, souporaba mifepristona pa njihov

odmerek v ta namen še zmanjša. Zaradi svoje učinkovitosti, obstojnosti in ugodne cene se je v zadnjem času med njimi najbolj uveljavil prav misoprostol.

Metode UPN z zdravili

Odmerek mifepristona, ki mu po 48 urah sledi odmerek analoga prostaglandinov, je v državah, ki ga uporabljajo, že nekaj časa uveljavljen protokol za UPN z zdravili. Kombinacija 600 mg mifepristona, ki mu je sledilo 400 mg misoprostola je bila v francoski študiji uspešna v skoraj 97%, če je bila nosečnost krajša od šestih tednov. Pri višji nosečnosti (do 9 tednov) se odstotek uspešnosti bistveno ni zmanjšal, povečala pa se je pogostnost sopojevov, predvsem bolečin in močnejših krvavitev. Multicentrična raziskava Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), v kateri je sodelovala tudi Ginekološka klinika v Ljubljani, je pokazala, da je enako učinkovit že 200 mg odmerek mifepristona, ki mu je sledilo 800 mg misoprostola. Zaradi manj pogostih stranskih učinkov, sicer značilnih za uporabo prostaglandinov, in enake uspešnosti so priporočili uporabo misoprostola v obliki vaginalet. Taka kombinacija je bila uspešna v preko 95 % vseh obravnavanih primerov. Vaginalna oblika uporabe misopristola je primernejša tudi za okolja, kjer je izvajalcev UPN premalo, saj lahko pacientka odmerek misopristola odnese s seboj in ga po 48 urah od zaužitja mifepristona doma uporabi sama. Pacientke praviloma (v pribl. 70%) splavijo v dveh urah po uporabi misoprostola. Ker razmere pri nas to dopuščajo, priporočamo, da pacientke splav v celoti opravijo v zdravstveni ustanovi, pod kontrolo usposobljenega ginekologa.

Da bi se izognili najpomembnejšemu zapletu UPN z zdravili, nepopolnemu splavu, priporočamo kontrolo uspešnosti le-tega po dveh tednih. Če ob kontroli pri UZ pregledu najdemo znake ostanka nosečnosti (nehomogene odboje v maternici) lahko za dokončanje postopka predpišemo uterotonike ali celo ponovni odmerek misoprostola. Pri 3-5% primerov pa zaradi nedokončanega splava ali močnejše krvavitve potrebno njegovo kirurško dokončanje, dilatacija materničnega vratu in aspiracija oz. kiretaža. Donositve po neuspešni prekinitvi nosečnosti z zdravili zaradi možnih teratogenih učinkov na plod ne priporočamo.

Stranski pojavi uporabe zdravil za UPN so v večini posledica sistemskih učinkov prostaglandina: slabost, bruhanje in driska. Bolečino kot posledico samega splava je opisovalo približno 70% vseh pacientk, največkrat v prvih treh urah po uporabi misoprostola. V primerjavi s kirurško prekinitvijo nosečnosti je podaljšan tudi čas krvavitve po postopku, ki je v povprečju znašal 13 dni. Vsi stranski učinki so še izrazitejši, kadar prekinjamo višjo nosečnost. Kljub stranskim učinkom pa je v študiji SZO 84% vseh žensk izjavilo, da bi, če bi bilo to potrebno, za UPN ponovno izbrale isto metodo.

UPN z zdravili ne priporočamo ženskam z znanimi kontraindikacijami za uporabo prostaglandinov, boleznimi jeter in nadledvične žleze, hudo anemijo, hormonsko

odvisnimi tumorji, glavkomom, astmo in klinično pomembno stenozo mitralne zaklopke.

RU 486 kot urgentna kontracepcija

Poleg že uveljavljenih metod urgentne kontracepcije, kombinirane estrogensko-progestagenske (Yuzpe) in metode z enim ali dvema odmerkoma levonorgestrela, se v zadnjem času pojavlja RU 486 tudi kot sredstvo za urgentno kontracepcijo. V študiji SZO, pri kateri smo sodelovali, je bila uporaba 10 mg mifepristona enako učinkovita kot uporaba levonorgestrela, če so ju pacientke zaužile v prvih petih dneh po nezaščitenem odnosu. Ker pa je odsotnost krvavitve po mifepristonu daljša in možnost zanositve v istem ciklusu večja kot v levonorgestrelskem postopku, bo potrebnih še več študij pred morebitno rutinsko uporabo mifepristona za urgentno kontracepcijo.

Zaključek

RU 486 (mifepriston) je v kombinaciji z misoprostolom učinkovit način UPN za ženske, ki želijo UPN z zdravili. Kljub stranskim učinkom bi jo za ponovni postopek izbrala večina žensk, ki so tak postopek že imele. Večina pa bi tak postopek raje v celoti opravila v za to primerni ustanovi, za kar se nagibamo tudi na Ginekološki kliniki v Ljubljani.

Literatura

1. Pretnar-Darovec A, Drobnič S. Abortivna tableta. Zdrav Vestn 2002; 71:307-9.
2. Von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. Br J Obstet Gynaecol 2003; 110:108-18.
3. Honkanen H, Piaggio G, von Hertzen H et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions. Br J Obstet Gynaecol 2004; 111:715-25.
4. Prine L, Lesnewski R, Berley N et al. Medical abortion in family practice: A case series. J Am Board Fam Pract 2003; 16(4):290-5.
5. Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: A WHO multicentre randomised trial. Lancet 2002;360:1803-10.

UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI V DRUGEM TRIMESEČJU NOSEČNOSTI

Alenka Pretnar-Darovec, Marijana Kamin-Klarič

Uvod

Prekinitev nosečnosti v drugem trimesečju mora poleg zahteve ženske odobriti Komisija za UPN I. stopnje. Zapleti pri prekinitvi naraščajo z višino trajanja nosečnosti (3 do 9-krat pogostejši) in so odvisni od tehnike prekinitve nosečnosti.

Prekinitev nosečnosti v drugem trimesečju lahko induciramo z intra ali ekstraamnijsko aplikacijo različnih snovi. Od leta 1977 na Ginekološki kliniki uporabljamo za prekinitev nosečnosti prostaglandine (Pg). Pg skupine E in F učinkujejo tudi na cerviks in uterus in povzročijo kontrakcije materničnega mišičja v katerikoli fazi nosečnosti. V Sloveniji registrirani Pg so derivati Pg E2 (Dinoprost) in 15 metil Pg F2 α (Karboprost). V letu 2002 smo s Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO) sodelovali v multicentrični raziskavi, v kateri smo za umetno prekinitev nosečnosti uporabili misoprostol. Ker SZO rezultatov multicentrične raziskave »A double blind randomised comparison of two misoprostol regimens in termination of pregnancy in the second trimester« še ni objavila, smo zavezani, da tudi mi ne objavimo rezultatov, vendar želimo prikazati postopek, ki je tudi sicer uveljavljen v Evropi.

Umetna prekinitev nosečnosti v drugem trimesečju z misoprostolom

Misoprostol je sintetični Pg skupine E1. Močan uterotonik, cenejši od Dinoprostona, registriran za zdravljenje ulkusne bolezni želodca, dvanajstnika. Prednost zdravila je njegova stabilnost pri sobni temperaturi in šibkeje izraženi stranski učinki, ki so sicer značilni za prostaglandine. Pri uporabi je dokaj varen. Prekinitev nosečnosti med 13 in 20 tednom gestacije ponuja možnost neinvazivne in manj boleče aplikacije (sublingvalno ali vaginalno) z manj stranskimi učinki.

Namen dvojno slepe raziskave je bil ugotoviti, ali je za ženske bolj sprejemljiva sublingvalna aplikacija misoprostola enako uspešna kot vaginalno odmerjanje.

Indikacije za UPN z misoprostolom (poleg zahtevka ženske in odobritve Komisije za UPN I. stopnje):

- dobro splošno zdravstveno stanje
- ultrazvočno potrjena nosečnost med 13 in 20 tednom
- hemoglobin nad 100 g/l.

Kontraindikacije za misoprostol:

- predhodna ali sedanja bolezen respiratornega, prebavnega, endokrinega, genito-urinarne, nevrološkega ali kardiovaskularnega sistema
- stenoza mitralke, glavkom, anemija srpastih celic, diastolični tlak nad 90 mm Hg, astma, hipotenzija, sistolični tlak pod 90 mm Hg

- redno jemanje zdravil: glukokortikoidi, antikoagulant
- predhodne operacije uterusa ali cerviksa
- miomi
- kajenje več kot 20 cigaret dnevno
- dojenje ni kontraindikacija, če v času UPN laktacija prekinjena
- ženske starejše od 35 let ne smejo biti hude kadilke, oz. ne smejo imeti dejavnikov tveganja za žilne bolezni.

V naši raziskavi smo ženskam, ki so ustrezale kriterijem in bile hospitalizirane na kliniki, vsake tri ure vložili tablete vaginalno in sublingvalno. Eden od obeh odmerkov je bil 0,4 mg misoprostola, drugi pa placebo. Če do splava ni prišlo v prvem dnevu po petih aplikacijah, smo nadaljevali s sublingvalnimi odmerki 5X. Dve pacientki sta izstopili iz raziskave. Pri eni tudi drugi dan ni prišlo do splava. V teh primerih smo postopek zaključili z intramuskularnim Pg F2 α .

Zaključek

Glede na to, da SZO še ni objavila rezultatov celotne raziskave, tudi mi ne moremo naših. Lahko pa povzamemo iz literature, da je UPN v drugem trimesečju s tabletami misoprostola, ob upoštevanju kontraindikacij, enostaven, cenejši in varen postopek. Čeprav je za ženske bolj sprejemljiva sublingvalna aplikacija, se je v dosedanjih raziskavah bolj izkazala vaginalna aplikacija. Odprto ostaja vprašanje kiretaže po spontanem splavu ploda in placente. V nasprotju z našo doktrino, da je kiretaža obvezna, raziskovalci menijo, da se je treba o tem odločati po oceni placente.

V raziskavah ocenjujejo, da je še hitrejši učinek v kombinaciji z mifepristonom (200 mg), zaužitim dva do tri dni pred prostaglandinom, ki ga nato večinoma aplicirajo vaginalno. Intra ali ekstraamnijska aplikacija Pg, ki zahteva večjo izurjenost operaterja, je manj sodobna metoda v primerjavi z opisanimi novejšimi tehnikami.

Literatura

1. Dilbaz S et al. Frequent low-dose misoprostol for termination of second trimester pregnancy. Eur J Contracept Reprod Health Care 2004; 9: 11-5.
2. Tand OS. A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. BJOG 2004; 111: 1001-5.
3. World Health Organization. Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.

SPOLNO PRENOSLJIVE BOLEZNI IN UMETNA PREKINITEV NOSEČNOSTI

Eda Vrtačnik Bokal, Darja Keše

Uvod

Tako v svetu kot pri nas se postavlja vprašanje, katere spolno prenosljive bolezni (SPB) je potrebno testirati pred umetno prekinitvijo nosečnosti (UPN). Odločitev temelji na prevalenci in incidenci spolno prenosljivih povzročiteljev v določeni državi ali v določeni populaciji s povečanim tveganjem. Pri odločitvah za testiranje je potrebno vedeti, kakšne so razpoložljivosti in možnosti laboratorijev in katera laboratorijska metoda je najprimernejša za testiranje. Pri tem je pomembno upoštevati občutljivost in specifičnost metode ter ceno in nato izdelati natančno metodologijo, ki se nato v celi državi izvaja enotno in dosledno. Najbolj raziskana je povezava med klamidijo trahomatis (KT) in UPN. Ženske, okužene s KT predstavljajo povečano tveganje za razvoj endometritisa ali celo sepse po UPN. Številne študije potrjujejo, da testiranje na KT in zdravljenje neposredno pred UPN pomembno zmanjšujejo incidenco vnetij rodil.

Prevalenca okužb s klamidijo trahomatis

Študije v ZDA so pokazale znižanje prevalence okužb s KT med ženskami, pri katerih so uvedli selektivno presejanje na KT ob obisku klinik za UPN, ker so hkrati zdravili tudi partnerje okuženih in na ta način zmanjšali prenos okužbe. V študiji, opravljeni na Norveškem, so zapisali, da ženske, ki prihajajo na UPN z visoko prevalenco okužb s KT predstavljajo dokaj naravno in stabilno študijsko populacijo, ki lahko služi za spremljanje trenda klamidijskih okužb v državi. Približno 20 % žensk pride na ponovno UPN. S spremljanjem teh žensk so prišli do novih podatkov o incidenci in ponovnih okužbah v populaciji. Zelo veliko podatkov o prevalenci s KT ob UPN imajo v Veliki Britaniji, kjer letno opravijo približno 50 000 UPN. Velike napore vlagajo, da bi za vse ženske, ki prihajajo na UPN, uvedli testiranje na KT, da bi tako ugotovili dokaj realno prevalenco okužbe s KT, kar je pomembno za načrtovanje in uvajanje prioritarnih intervencijskih programov za preprečevanje okužb s KT. Predvsem bi z uvedbo selektivnega presejanja žensk odkrili asimptomatske klamidijske okužbe in neposredno njihove partnerje. To bi omogočilo indicirano vzročno zdravljenje, kar bi imelo za posledico zmanjševanje prenosa okužbe. Trenutno v Veliki Britaniji vse ženske pred UPN dobijo profilaktično antibiotično zdravljenje, kar predstavlja določeno tveganje za razvoj rezistence na antibiotike.

Tudi v Sloveniji razpolagamo z delnimi podatki o prevalenci okužb s KT pri mladostnicah, ki predstavljajo skupino s povečanim tveganjem za spolno prenosljive bolezni (SPB). Pri mladostnicah, starih do 19 let, ki so prišle na UPN in pri tistih, ki so prišle na pregled zaradi kontracepcije, je bila pri 6% preiskovank izolirana KT na celični kulturi. Na osnovi te raziskave smo predlagali, da vsaki mladostnici pred UPN predpišemo profilaktično antibiotično zdravljenje. V tem času je izločaja na celični

kulturi predstavljala rutinsko laboratorijsko preiskavo, katere slabost je nizka občutljivost in čakanje na rezultat preiskave. Omenjene slabosti so opravičevale profilaktično antibiotično zdravljenje pred UPN.

V letih 1999-2001 je bila v Sloveniji opravljena večja raziskava, ki je potrdila 4,7 % prevalenco okužb s KT v starostnem obdobju žensk in moških od 18-24 let, ki so jo dokazali s metodo pomnoževanja nukleinske kisline (PCR) v urinu. Menimo, da je ta prevalenca okužbe s KT tako visoka, da upravičuje uvedbo selektivnega testiranja mladostnikov, absolutno pa korigiranje priporočila o profilaktičnem antibiotičnem zdravljenju pred UPN. Z uvedbo PCR testiranja na KT pred UPN pri ženskah do 25. leta starosti bi z antibiotiki zdravili samo KT pozitivne ženske, hkrati pa bi zdravili tudi njihove partnerje in na ta način bolj uspešneje preprečevali nadaljnji prenos okužbe.

Laboratorijsko dokazovanje klamidije trahomatis

Klasičen pristop laboratorijskega dokazovanja KT je do nedavnega temeljil na izolaciji bakterije iz kliničnih vzorcev na celični kulturi. Po letu 1980 so razvili diagnostične metode dokazovanja antigenov in nukleinske kisline. Testi pomnoževanja nukleinske kisline so pokazali, da je občutljivost metode izolacije relativno nizka. Zato je verjetno prevalenca okužb s KT višja kot smo včasih domnevali.

Odvzem kužnine

Številne študije so pokazale, da je občutljivost in specifičnost diagnostičnega testa na KT neposredno odvisna od ustreznosti kliničnega materiala. Klamidije so znotrajcelični paraziti, zato je potrebno odvzeti celice, v katerih se klamidije razmnožujejo. Kužnina, ki vsebuje izločke ali eksudate, ne pa celic kubičnega epitela, ni primerna.

Najprimernejše mesto odvzema kužnine za dokaz KT je pri ženskah endocerviks. Celice epitelijskega odvzamemo z brisom ali s citološko krtačko, ki sta narejena iz dakrona, bombaža ali iz celuloznega acetata (rajon). Uporaba brisov z lesenim držalom ni priporočljiva.

S sterilnim brisom najprej odstranimo iz cerviksa sluz in izločke. Nato vzamemo nov sterilni bris, ki ga potisnemo 1-2 cm globoko v cerviks in obračamo 15-30 sekund, da dobimo čim več epitelijskih celic. Bris nato odstranimo, ne da bi se dotaknili vaginalne sluznice.

Občutljivost testa izolacije KT na celični kulturi lahko povečamo z združevanjem brisa uretre in brisa cerviksa. Bris uretre odvzamemo tako, da ga vstavimo 1 cm globoko in ga zasukamo pred odstranitvijo iz sečnice. Odvzete brise vstavimo v transportno gojišče, ki ga preskrbi laboratorij.

Kot kužnino lahko uporabimo tudi urin. Prvi curek urina odvzamemo v sterilno posodo navadno zjutraj ali pa vsaj 2-3 ure po zadnjem uriniranju. Kužnino takoj postavimo na +4°C, lahko tudi zamrznemo. Urin ni primeren za izolacijo KT na celični kulturi in ima manjši pomen pri testu direktne imunofluorescence (DIF), primeren pa je za metodo pomnoževanja nukleinske kisline.

Laboratorijski testi

Izolacija KT na celični kulturi

Do nedavnega je veljala izolacija za "zlati standard", ker ima metoda 100% specifičnost, slabost pa je nizka občutljivost testa (50-80%) in čakanje na izid testa. Razlike v občutljivosti testa nastanejo predvsem zato, ker postopki osamitve KT na celični kulturi niso standardizirani. Lažno negativen rezultat je lahko posledica slabo odvzetega vzorca, propada klamidij med transportom ali med samim postopkom osamitve.

Direktna imunofluorescenca (DIF)

Test DIF je hiter, poceni, visoko specifičen in občutljiv, primeren za dokazovanje KT v okoljih z visoko prevalenco. V testu DIF uporabljamo monoklonska protitelesa, ki so usmerjena proti vrstno specifičnim epitopom. Pozitiven rezultat testa predstavlja število najdenih elementarnih telesc (ET) KT v preparatu kužnine. Pozitiven rezultat predstavlja najmanj 10 najdenih ET. Občutljivost testa povečamo z zmanjševanjem števila ET za mejno vrednost, vendar s tem zmanjšamo specifičnost testa. Občutljivost DIF je od 70 do 90%. Občutljivost testa je višja v populaciji z visoko prevalenco okužb s KT in kjer je mejna vrednost za pozitiven rezultat nižja od 10 EB.

Pomnoževanje nukleinske kisline

Razvoj molekularnih metod pomnoževanja nukleinske kisline (PCR, LCR, TMA) je najpomembnejši dosežek v razvoju diagnostike klamidijskih okužb. Najbolj poznana metoda je PCR. Test je uporaben za dokazovanje KT v urinu, sečnici in cerviksu. Z metodami molekularne biologije dokazujemo nukleinsko kislino klamidije, zato ni potrebno, da je mikroorganizem živ. Nukleinsko kislino lahko dokažemo še 3 tedne po terapiji z doksiciklinom. Po tem času pa je test PCR negativen. Občutljivost in specifičnost PCR metode je višja od 90% in zato omogoča tudi testiranje urinskih vzorcev asimptomatskih oseb.

Zaključek

UPN in okužba s KT pri ženskah lahko sproži vnetje rodil. Testiranje žensk s povečanim tveganjem za SPB pred UPN bi pomembno vplivalo na manjšo možnost razvoja vnetij rodil po posegu. Zelo pomemben pa bi bil dolgoročni doprinos k

zmanjševanju prenosa asimptomatskih okužb s KT žensk in njihovih partnerjev ob zgodnjem odkrivanju in ustreznem zdravljenju.

Literatura

1. Keše D, Marin J. Laboratorijska diagnostika klamidij. In: Bregant L (ed). Nebakterijske okužbe v perinatologiji: zbornik referatov, 8.-9. maj 1998, Ljubljana, Ljubljana: Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, 1998, 162-6.
2. Klavs I, Rodrigues IC, Wellings K, Keše D, Hayes R. Prevalence of genital Chlamydia trachomatis infection in the general population of Slovenia: serious gaps in control. Sex Transm Infect 2004; 80: 121-3.
3. Mallinson H, Hopwood J, Skidmore S, Fenton K, Phillips C, Jones I. Provision of chlamydia testing in a nationwide service offering termination of pregnancy: with data capture to monitor prevalence of infection. Sex Transm Infect 2002; 78: 416-21.
4. Vrtačnik Bokal E, Pinter B. Klamidija trahomatis in humana virusa papiloma 16 in 18 pri mladostnicah. Zdrav Vestn 2003; 72: 31-33.

PLODNOST IN NOSEČNOST PO UMETNI PREKINITVI NOSEČNOSTI

Martina Ribič-Pucelj

Uvod

V državah, kjer je umetna prekinitve nosečnosti (UPN) legalizirana in opravljena strokovno, velja poseg za enega najvarnejših v ginekologiji in zato za varen in učinkovit način uravnavanja rodnosti. Neposredni zapleti, sicer neizogibni, kot so perforacija maternice s posledično laparatomijo, so izjemno redki. Ženske, ki se odločijo za UPN, pa neredko skrbijo pozne posledice, predvsem morebitna kasnejša neplodnost in vpliv UPN na nosečnost.

UPN in plodnost

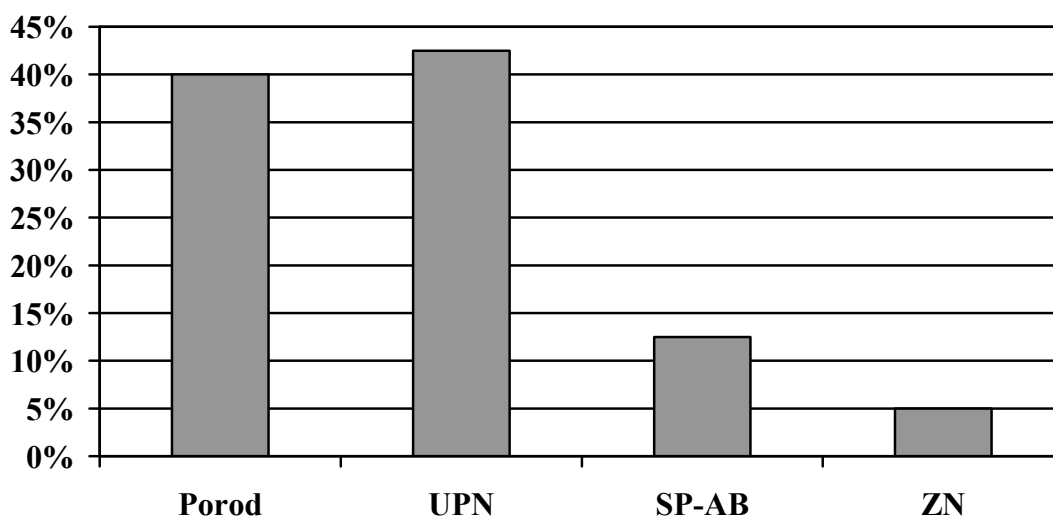
Umetni prekinitvi nosečnosti se prepogosto, čeprav nepreverjeno, pripisuje okvaro jajcevodov in tubarno neplodnost. To predpostavko je ovrgla večina, sicer ne prav številnih raziskav, ki jih lahko razdelimo v dve skupini. V prvo skupino sodijo raziskave, ki so proučevale stopnjo zanositve in čas, v katerem so ženske po UPN, ki so načrtovale nosečnost, zanosile v primerjavi z ženskami, ki niso imele predhodne UPN. Nobena od raziskav ni uspela dokazati, da predhodna UPN zmanjšuje možnost kasnejše zanositve.

V drugo vrsto raziskav sodijo tiste, v katerih so pri ženskah s tubarno neplodnostjo proučevali vpliv predhodne UPN na okvaro jajcevodov in posledično neplodnost, oziroma raziskave, v katerih so poskušali ugotoviti različne vzroke za tubarno neplodnost. Večina raziskav, narejenih v razvitem svetu (ZDA, Evropa, Japonska), ni potrdila povezave med predhodno UPN in tubarno neplodnostjo, medtem ko so podatki iz nerazvitega sveta (Vietnam, Nigerija) precej drugačni. V teh delih sveta pripisujejo 30% delež tubarne neplodnosti predhodni UPN, vendar ga povsem upravičeno pripisujejo zgodnjemu začetku spolnih odnosov in menjavi partnerjev, nedvomno pa imajo veliko vlogo tudi spolno prenosljive bolezni. Ne glede na to, kje so bile raziskave narejene, pa imajo večinoma vse enako pomanjkljivost – večina jih upošteva zgolj UPN, ne pa številne druge dejavnike, ki povečajo tveganje za kasnejše reproduktivne probleme, zlasti socialni status, spolne navade, menjavo partnerjev in s tem prisotnost spolno prenosljivih bolezni. Na osnovi vseh razpoložljivih podatkov lahko zaključimo, da strokovno narejena UPN brez pridruženih dejavnikov tveganja ne predstavlja pomembnega dejavnika tveganja za kasnejšo neplodnost, vendar pa se tveganje povečuje s številom UPN ter, razumljivo, v primeru neposrednih zapletov, zlasti vnetij.

Razen tubarne neplodnosti obstaja teoretično tudi možnost uterine neplodnosti. Zaostali trofoblast in ponovna kiretaža predstavljata namreč enega največjih dejavnikov tveganja za nastanek intrauterinih sinehij. V zvezi z UPN teh podatkov ne zasledimo, niso pa redki v raziskavah o vzrokih za Ashermannov sindrom.

Na Ginekološki kliniki v Ljubljani smo analizirali reproduktivno anamnezo pri 120 ženskah, ki so se v letih med 1998 in 2002 zdravile zaradi sekundarne neplodnosti tubarnega vzroka. Čeprav nismo upoštevali drugih dejavnikov tveganja, smo podobno kot v primerljivih raziskavah ugotovili, da UPN ne predstavlja večjega tveganja za tubarno neplodnost kot porod. Rezultate prikazuje Diagram 1.

Diagram 1: Predhodne nosečnosti pri ženskah s sekundarno neplodnostjo tubarnega vzroka



Legenda: UPN - umetna prekinitev nosečnosti, SP-AB - spontani splav, ZN – zunajmaternična nosečnost

UPN in nosečnost

Razen vpliva na kasnejšo zanositev so v nekaterih raziskavah proučevali tudi vpliv UPN na izid nosečnosti. Rezultati so si nasprotujoči. Medtem, ko v starejših raziskavah niso ugotovili povezave med UPN in prezgodnjim porodom, pa novejše nakazujejo določeno povezavo. Čeprav ni dokazano, da bi mehanska dilatacija materničnega vratu povzročila cervikoistmično insuficienco, obstaja teoretična možnost, zaradi česar je nedvomno upravičena predoperativna medikamentna dilatacija pri ženskah, ki se odločijo za prekinitev prve nosečnosti. Čeprav ne statistično pomembno, je tveganje za prezgodnji porod in porod otroka z nizko porodno težo večje pri ženskah s predhodno UPN, in sicer z utežjo 1,1 do 1,3. Razlaga za to je, da UPN ne prepreči znanega tveganja za prezgodnji porod in porod otroka z nizko porodno težo v prvi nosečnosti. Temu v prid govorijo tudi podatki, čeprav redki, da je tveganje za prezgodnji porod povečano tudi pri ženskah, pri katerih je bila nosečnost prekinjena v drugem trimesečju z instalacijskimi metodami.

Zaključek

Čeprav je na osnovi vseh dosedanjih raziskav UPN varen način uravnavanja rodnosti in nima pomembnega vpliva na kasnejšo reproduktivno sposobnost, naj bo le izhod v sili, zlasti če upoštevamo, da so spolno prenosljive bolezni v porastu. Nedvomno pa je dokazano, da je tako hormonska kot barierna kontracepcija zaščitni dejavnik pred reproduktivnimi problemi.

Literatura

1. Daling JR, Weiss NS, Voigt L et al. Tubal infertility in relation to prior induced abortion. *Fertil Steril* 1985; 43: 389-94.
2. Dalaker K, Lichtenberg SM, Okland G. Delayed reproductive complications after induced abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979; 58(5): 491-4.
3. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillieres Clin Obstet Gynecol* 1990; 4(2): 391-405.
4. Olatunji AO, Sule-Odu AO. The pattern of infertility cases at a university hospital. *West Afr J Med* 2003; 22(3): 205-7.
5. Debby A, Glezerman M, Sagiv R et al. Reproductive performance following midtrimester termination pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2003; 56(3): 168-72.

S KONTRACEPCIJO PROTI NEŽELENI ZANOSITVI

Bojana Pinter, Alenka Pretnar-Darovec

Uvod

Večja kot je uporaba zanesljive kontracepcije v populaciji, bolj se nižajo deleži dovoljene splavnosti. Kljub temu pa neželene nosečnosti ne moremo izkoreniniti, ker:

- nobena kontracepcija ni 100% zanesljiva
- nimajo vsi dostopa do kontracepcije takrat, ko jo nujno potrebujejo
- je informiranost o možnostih izbire morda pomanjkljiva
- je neželena nosečnost morda posledica nasilnega dejanja
- lahko želena nosečnost postane zaradi okoliščin neželena.

Lahko pa vplivamo na boljšo uporabo kontracepcije tako, da

- izboljšamo informiranost in motiviranost za uporabo kontracepcije z boljšim svetovanjem in večjo dostopnostjo kontracepcije
- s svetovanjem bolj zanesljive kontracepcije.

Vpliv uporabe zanesljive KC na zmanjševanje dovoljene splavnosti lahko ponazorimo z uspešnim svetovanjem in večjo rabo hormonske kontracepcije med mladostnicami v Sloveniji. Po podatki raziskav Spolno vedenje slovenskih srednješolcev leta 1996 in leta 2004 (Pinter B s sod), se je srednja starost ob prvem spolnem odnosu znižala iz 18,5 let leta 1996 na 17 let leta 2004. Uporaba oralne KC se je zvišala s 14% na 32%, delež nezaščitene spolne odnose pa se je znižal z 19% na 7%. Tako se je dovoljena splavnost med mladostnicami, ki se je v konec devetdesetih letih prejšnjega stoletja gibala okrog 12/1000, leta 2002 znižala na 9/1000 mladostnic.

Uporaba kontracepcije pred in po UPN

Med ženskami, ki so v Sloveniji prišle leta 2002 na dovoljeni splav, jih 45% ni nikoli uporabljalo nobene kontracepcije (KC), 21% jih je že uporabljalo KC tablete, 4% maternični vložek, 10% kondom in/ali diafragmo, 20% pa je imelo izkušnje z večjim številom metod. Ob zanositvi pred UPN ni nobene KC uporabljalo 55% žensk, 1% jih je neželeno zanosilo ob materničnem vložku, 4% ob KC tabletah, 7% ob kondomu/diafragmi, 7% ob naravnih metodah in kar 25% ob prekinjenem odnosu. Glavni vzrok neželene nosečnosti je torej neuporaba kontracepcije oz. uporaba nezanesljivih (tradicionalnih) metod.

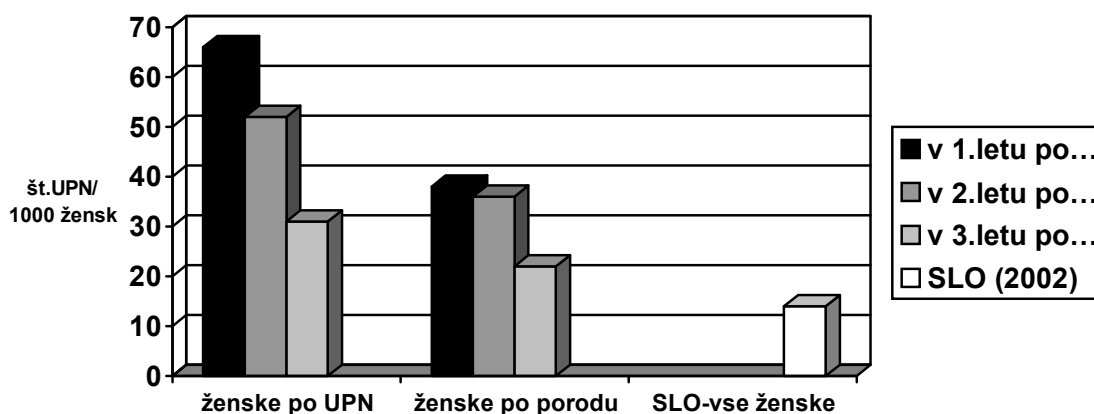
Izbira kontracepcije po UPN ni nič boljša, saj po naših podatkih med stotimi ženskami, ki so prišle na prekinitev nosečnosti na Ginekološko kliniko, nobena še ni imela izbrane KC za uporabo po UPN.

Na slabo svetovanje in uporabo kontracepcije ob/po UPN kažejo tudi podatki o povratnicah. Delež povratnic (žensk, ki imajo v anamnezi vsaj eno UPN) je bil med ženskami, ki so imele UPN v letu 2002 kar 41% (27% od vseh je bilo žensk, kjer se je zadnja nosečnost končala z UPN).

Svetovanje kontracepcije po UPN

V subpopulaciji žensk, ki so že imele UPN pred 1-12 meseci, je bila v letu 2002 dovoljena splavnost 66/1000 žensk, med ženskami z UPN pred 13-24 meseci 52/1000 žensk ter med ženskami z UPN pred 25-36 meseci 31/1000 žensk (primerjava: dovoljena splavnost v splošni populaciji žensk je bila istega leta 14/1000). V prvem letu po UPN je torej verjetnost, da ženska neželjeno zanosi oz. umetno prekine nosečnost kar 4,7-krat višja, v drugem letu in tretjem letu po UPN pa še vedno 3,7-krat višja oz. 2,2-krat kot med splošno populacijo žensk (Diagram 1).

Diagram 1: Delež UPN v med ženskami v prvih treh letih po UPN in po porodu ter med splošno populacijo žensk starih 15-49 let, Slovenija 2002



Zelo visoka dovoljena splavnost po UPN kaže na slabo svetovanje in izbiro KC ob UPN, kar lahko izboljšamo z višjo aktivnostjo ginekološke službe. Zato je Republiški strokovni kolegij za ginekologijo in perinatologijo spomladi 2004 sprejel večstopenjske ukrepe oz. smernice za izboljšanje uporabe KC po UPN, ki naj jih izvedeta izbrani in lečeči ginekolog, po možnosti s sodelovanjem celotnega zdravstvenega tima:

1. stopnja: Svetovanje in izbira KC že ob napotitvi na UPN (izbrani ginekolog, zdravstveni tim)

2. stopnja: Svetovanje o KC ob posegu (lečeči ginekolog, zdravstveni tim)

- Knjižica »Načrtujmo družino«

- Ev. Rp. za hormonsko kontracepcijo ali vložitev materničnega vložka ob UPN
- Spolna abstinenca do kontrolnega pregleda

3. stopnja: Izбира KC ob kontrolnem pregledu (izbrani ginekolog, zdravstveni tim)

- Kontrolni pregled že po 2-3 tednih (in ne po 4-6- tednih).

Pomembno je poudariti, da lahko ženska začne uporabljati hormonsko KC (KC tablete ali obliž, hormonske injekcije) že na dan UPN oz. da lahko ginekolog vstavi maternični vložek že takoj po UPN.

Če bomo posvetili pozornost svetovanju o kontracepciji ženskam ob UPN, bomo zagotovo bolj pozorno svetovali kontracepcijo tudi ženskam, ki še niso imele UPN in bomo s tem preprečili marsikatero neželeno nosečnost!

Svetovanje kontracepcije po porodu

Izkušnje kažejo, da je v praktični uporabi dojenje oz. »metoda laktacijske amenoreje« (LAM) manj zanesljiva KC metoda. Dojenje je le začasna kontracepcijska metoda v prvih šestih mesecih po porodu v primeru, da ženska polno doji in nima menstruacije. V razvitem svetu je dojenje manj primerna metoda, ki je v praksi manj učinkovita ravno zaradi biološke omejitve same metode. Ženske se pogosto zanašajo na lažni občutek zmanjšane plodnosti v obdobju po porodu, ki se kaže v visokem deležu neželenih nosečnosti v prvih letih po porodu. Naši podatki namreč kažejo, da je bila v letu 2002 dovoljena splavnost žensk, ki so rodile pred 1-12 meseci 38/1000, med ženskami, ki so rodile pred 13-24 meseci 36/1000 žensk ter med ženskami, ki so rodile pred 25-36 meseci 22/1000 žensk (diagram 1). V prvem oz. drugem letu po porodu je splavnost torej za 2,7-krat oz. 2,6-krat višja kot med splošno populacijo žensk v rodni dobi! Ženske po porodu v tem obdobju očitno tudi nekoliko pozabijo nase in na svojo kontracepcijsko zaščito. Zato je potrebno s svetovanjem o kontracepciji, po priporočilih RSK za ginekologijo in perinatologijo, začeti že pred porodom:

1. stopnja: Svetovanje o KC vsaj 1 mesec pred porodom (izbrani ginekolog, zdravstveni tim)

- Odločitev o KC po porodu
- Ev. Rp. za hormonsko urgentno kontracepcijo že vnaprej (NorLevo)
- Spolna abstinenca do pregleda po porodu (da lahko takoj predpišemo moderne metode KC)

2. stopnja: Svetovanje in izbira KC 6 tednov po porodu (izbrani ginekolog, zdravstveni tim)

Ženska doji:

- Hormonske KC injekcije (Depo-Provera) od 6. tedna po porodu
- Maternični vložek (bakreni, hormonski) od 6. tedna po porodu

- Kondom (svetujemo ga le parom, ki so ga redno uporabljali že pred nosečnostjo!)
- Urgentna kontracepcija (NorLevo)
- Spermicidi

Ženska ne doji:

- Kombinirana hormonska KC (oralna KC, kožni obliž, nožnični prstan – ko bo na voljo v Sloveniji)
- Maternični vložek (bakreni, hormonski)
- Vse druge zanesljive metode.

Potrebno je poudariti, da za jemanje hormonske urgentne kontracepcije ni nobenih kontraindikacij. Prav tako je potrebno poudariti, da lahko ženska, ki doji, dobi hormonske injekcije ali ji vstavimo maternični vložek že takoj ob pregledu 6 tednov po porodu (ne čakamo na prvo menstruacijo).

Hormonske injekcije ženska dobiva na 3 mesece +/-5 dni. Izkušnje kažejo, da ženske KC injekcije zelo dobro prenašajo, vmesne krvavite so zelo redke, pogosta pa je amenoreja ob uporabi injekcij, ki je klinično nepomembna. Če ženska želi in nima kontraindikacij za hormonske KC tablete, lahko, ko preneha z dojenjem, v času, ko bi morala dobiti novo injekcijo, začne jemati KC tablete.

Drugi ukrepi za preprečevanje neželene zanositve

Eden izmed pomembnih nujnih ukrepov, s katerim lahko preprečimo neželjeno nosečnost in dovoljeni splav, je uporaba urgentne kontracepcije. Za urgentno kontracepcijo lahko uporabimo hormonske kontracepcijske tablete ali pa vložimo maternični vložek. Pomembno je, da je urgentna kontracepcija dostopna v vseh zdravstvenih ustanovah ob vsakem času. Ženske po 35. letu starosti, ki ne želijo več zanositi, pa se lahko odločijo za sočasno UPN in sterilizacijo.

Zaključek

Število oz. delež neželenih nosečnosti in dovoljenih splavov bi v Sloveniji lahko zmanjšali še za dva- do trikrat. Med bolj ogroženimi ženskami za UPN so ženske, ki ne uporabljajo modernih metod kontracepcije in tiste, ki so že imele UPN ter ženske po porodu. Svetovanje o kontracepciji je torej potrebno okrepiti na splošno pa tudi ob UPN in po porodu.

Literatura:

1. World Health Organization. Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
2. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji. Primerjava podatkov med zdravstvenimi zavodi in regijami za leto 2002. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2004.
3. Boise R, Petersen R, Curtis KM et al. Reproductive health counseling at pregnancy testing: a pilot study. *Contraception* 2003; 68:377-83.
4. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, Ng E, Gemzell-Danielsson K, Oyunbileg A, Wu S, Cheng W, Lüdicke F, Pretnar-Darovec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D, Peregoudov A. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 1803-10.
5. Pinter B. Spolno in reproduktivno zdravje mladostnikov – kje smo v Sloveniji. Slovenski kongres porodničarjev in ginekologov. Rogla 11.-13. september 2003. Zbornik referatov. *Zdrav Vestn* 2003; 72 (Supl II): 27-9.

POSTERJI

1. DOVOLJENI SPLAV IN RABA KONTRACEPCIJE V SLOVENIJI

Irena Kirar Fazarinc¹, Barbara Mihevc Ponikvar², Andreja Rudolf², Irma Renar²

¹Onkološki inštitut Ljubljana, ²Inštitut za varovanje zdravja RS Ljubljana

Izhodišča: Splavnost se je v zadnjih petnajstih letih izrazito zmanjšala, najhitreje v mladostniških starostnih skupinah, najpočasneje pa v starostnih skupinah 29 do 35 let. V zadnjih letih se znižuje še bolj izrazito, vendar po nekaterih kazalnikih, je to lahko tudi posledica nepopolne registracije splavov, kljub dejstvu, da je poročanje o opravljenih splavih del rutinske zdravstvene statistike in je zakonsko obvezno. Vzrokov za slednje je več, predvsem povečanje števila lokacij, kjer je možno opraviti splav ter nespoštovanje Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva.

Material in metode: Zbrani podatki so kljub temu dobro epidemiološko izhodišče za opazovanje gibanja trendov ter oceno kazalcev reproduktivnega zdravja. V analizo smo vključili podatke Informacijskega sistema fetalnih smrti za Slovenijo za obdobje od 1990 do 2003. Izračunali smo splošne in starostno specifične kazalce dovoljene splavnosti ter jih primerjali po posameznih geografskih enotah. Analizo smo dopolnili tudi s podatki o mladostniških nosečnostih iz PIS RS. Podatke smo primerjali z rabo zanesljive kontracepcije, zlasti hormonskih kontracepcijskih tablet ter rabo kontracepcijskega svetovanja v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu. Podatke smo analizirali tudi po socialno medicinskih dejavnikih tveganja.

Rezultati: Dovoljena splavnost žensk v rodnem obdobju je na zahodu države nižja od dovoljene splavnosti enako starih žensk na vzhodu Slovenije. V zahodnem delu države in v osrednji Sloveniji je najnižja tudi rodnost mladostnic, vendar pa je v osrednji Sloveniji splavnost mladostnic med najvišjimi. Splavnost je najnižja med bolj izobraženimi ženskami in najvišja pri manj izobraženih ženskah. Raba oralne hormonske kontracepcije strmo narašča od leta 1997, vendar ne v vseh starostnih skupinah enako, najbolj izrazito pri mladostnicah.

Zaključek: Analiza kaže, da je splavnost med posameznimi geografskimi območji v Sloveniji odvisna med drugim tudi od rabe kontracepcije in kontracepcijskega svetovanja ter dostopnosti do različnih kontracepcijskih metod. Te razlike se kažejo v vseh starostnih skupinah žensk, vendar dejavniki zanje niso enaki, verjetno pa so odvisni tudi od specifičnih lokalnih dejavnikov okolja. Za uspešnejšo rabo kontracepcije ter zmanjšanje števila splavov bo potrebno v preventivni program za načrtovanje družine in svetovanje kontracepcije v prihodnosti vključiti ugotovitve, ki kažejo na potrebo po izraziti individualni obravnavi ter poznavanju lokalno specifičnih dejavnikov okolja iz katerega izhajajo ženske.