

Slovensko društvo za reproduktivno medicino
SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
Združenje ambulantnih ginekologov Slovenskega zdravniškega društva

II. spominski sestanek prof. dr. Lidiје Andolšek-Jeras

REPRODUKTIVNO ZDRAVJE MLADIH

pod častnim pokroviteljstvom ministra za zdravje RS

ZBORNIK

Ljubljana, 18. november 2005

II.spominski sestanek prof. dr. Lidiје Andolšek-Jeras

REPRODUKTIVNO ZDRAVJE MLADIH
ZBORNIK

Ljubljana, 18. november 2005

Urednici	Bojana Pinter, Mojca Grebenc
Lektorica	Mojca Pirc
Oblikovanje	Tiskarna Oman, Kranj
Izdajatelj	Slovensko društvo za reproduktivno medicino
Tisk	Tiskarna Oman, Kranj
Število izvodov	250

Strokovni odbor: Bojana Pinter, Helena Meden – Vrtovec, Tomaž Tomaževič, Andrej Vogler, Marija Koželj, Eda Vrtačnik – Bokal, Andreja Štolfa – Gruntar, Lucija Vrabič Dežman, Marko Mlinarič, Danilo Maurič

Organizacijski odbor: Bojana Pinter, Mojca Grebenc, Nataša Petkovšek, Andrej Vogler, Ivan Verdenik, Mojca Pirc, Barbara Požlep, Lili Steblovnik, Vesna Fabjan – Vodusek, Urška Bizjak Ogrinc, Nina Jančar, Vesna Šalamun, Jelka Simončič

CIP

ISBN

VSEBINA

PREDAVANJA

I. Najpogostejše reproduktivne težave pri mladih

Dušica Glušič: <i>Kaj mlade zanima?</i>	8
Lucija Vrabič Dežman: <i>Najpogostejši vzroki za obisk deklet v ginekološki ambulant</i>	11
Mojca Žerjav Tanšek: <i>Značilnosti pubertetnega razvoja pri fantih</i>	15
Marko Mlinarič: <i>Nelagodje vagine (vaginalni diskomfort) – praktični problemi</i>	22
Eda Vrtačnik – Bokal: <i>Različni pristopi k odkrivanju in zdravljenju okužb spolovil</i>	26
Mojca Matičič: <i>Soobravnavna spolnega partnerja pri okužbah spolovil</i>	30

II. Sindrom policističnih jajčnikov pri dekletih – reproduktivni in metabolični vidiki

Danilo Maurič: <i>Policistični jajčniki (PCO) pri dekletih</i>	37
Helena Meden – Vrtovec: <i>Sindrom policističnih jajčnikov (PCOS) – reproduktivni vidik</i>	40
Tomaž Kocjan, Mojca Jensterle: <i>Sindrom policističnih jajčnikov (PCOS) – metabolični vidik</i>	43

III. Psihosocialni in pravni vidiki spolnosti mladostnikov

Bojana Pinter: <i>Značilnosti spolnega vedenja slovenskih srednješolcev</i>	50
---	----

Zdenka Zalokar Divjak: <i>Psihološki vidiki spolnosti mladostnikov</i>	56
Vlasta Nussdorfer: <i>Mladoletniki kot storilci in žrtve spolnega nasilja</i>	60
Jože Balažic: <i>Prijavna dolžnost zdravnika in spolno nasilje</i>	65
Andreja Štolfa – Gruntar, Barbara Požlep: <i>Dileme pri obravnavi spolno aktivnih mladostnic</i>	70

IV. Posterji

Fani Čeh, Bojana Pinter: <i>Programi vzgoje za varno in odgovorno spolno vedenje v slovenskih šolah.</i>	76
Marta Peklar, Renata Toff – Jovan, Olga Kambič: <i>Srečna mladost – zdrava spolnost</i>	78
Polonca Ferk, Ksenija Geršak, Nataša Teran: <i>Vpliv mikrosatelitnega polimorfizma v genu SHBG na serumske koncentracije SHGB pri ženskah s sindromom policističnih jajčnikov</i>	81

AVTORJI PRISPEVKOV

- Prof. dr. Jože **Balažic**, dr. med., spec. za sodno medicino, predstojnik, Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani
- Fani **Čeh**, univ. dipl. org. zdr., v.m.s., učiteljica svetnica, Zavod za šolstvo RS
- Mag. Polonca **Ferk**, mag. farm., Služba za medicinsko genetiko, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
- Mag. Dušica **Glušič**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Zasebni ginekološki center GPD d.o.o., Velenje
- Doc. dr. Ksenija **Geršak**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, genetik, Služba za medicinsko genetiko, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
- Mojca **Jensterle**, dr. med., specializ. interne medicine, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Klinični center Ljubljana
- Olga **Kambič**, m. s., Zdravstveni dom Ljubljana – Šentvid
- As. dr. Tomaž **Kocjan**, dr. med., spec. interne medicine, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Klinični center Ljubljana
- Doc. dr. Mojca **Matičič**, dr. med., spec. infektologije, vodja ambulate za spolno prenosljive okužbe, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center Ljubljana
- Danilo **Maurič**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, predstojnik, Dispanzer za ženske, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
- Prof. dr. Helena **Meden – Vrtovec**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, višja svetnica, strokovna direktorica, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
- Marko **Mlinarič**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Zasebna ginekološka ambulanta, Zagorje ob Savi
- Vlasta **Nussdorfer**, univ. dipl. prav., višja državna tožilka, vodja Oddelka za mladoletniško, družinsko in spolno kriminaliteto, Okrožno državno tožilstvo v Ljubljani
- Doc. dr. Bojana **Pinter**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana

- Marta **Peklar**, dipl. m. s., Zdravstveni dom Ljubljana – Šentvid
- As. mag. Barbara **Požlep**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
- Andreja **Štolfa – Gruntar**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
- Dr. Nataša **Teran**, univ. dipl. biol., Služba za medicinsko genetiko, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
- Renata **Toff – Jovan**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Dispanzer za ženske, Zdravstveni dom Ljubljana – Šentvid
- Lucija **Vrabič Dežman**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, Dispanzer za ženske, Zdravstveni dom Kranj
- Doc. dr. Eda **Vrtačnik – Bokal**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
- Doc. dr. Zdenka **Zalokar Divjak**, univ. dipl. psih., spec. logoterapije, Gora, Založništvo – izdajanje knjig in drugo izobraževanje, Brestanica
- As. mag. Mojca **Žerjav Tanšek**, dr. med., spec. pediatrije, KO za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana

I. Najpogostejše reproduktivne težave pri mladih

KAJ MLADE ZANIMA?

Dušica Glušič

Uvod

Pred štirimi leti so na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje razvili projekt – spletno svetovalnico – www.tosemjaz.net, namenjeno promociji zdravja, varne ljubezni, varne spolnosti in spodbujanju dobre samopodobe med mladimi. Našo kakovost so ocenjevali tudi letos v Portorožu in dobili smo nagrado strokovne žirije in publike za spletno odličnost »Izidor 2005«.

Spletna svetovalnica »www.tosemjaz.net«

Najstniki, povprečno stari od 13 do 17 let, lahko na spletnem forumu brez strahu in sramu vprašajo za nasvet strokovnjaka in ostanejo anonimni, lahko pa tudi svetujejo in se pomenkujejo z vrstniki. Ravno tako ni nujno, da so vedno v težavah, vedno pa aktivno iščejo nasvet in običajno živijo neke v Sloveniji.

Spletni svetovalci za mlade smo različni strokovnjaki (31 nas je, smo zdravniki različnih specialnosti, psihologi, socialni pedagogi, profesorji, farmacevti...), ki v forumu sodelujemo brezplačno. Od

aprila 2001 je spletna stran zabeležila že 330.000 obiskovalcev, kar pomeni v povprečju 300 do 400 obiskov dnevno.

Intimnost ginekološke ordinacije povsod v svetu izpodriva spletna svetovalnica, ki ima veliko prednosti (zagotovljena anonimnost, kratek odzivni čas, dostop do strokovnjakov brez naročanja...), pa tudi slabosti (predvsem imamo svetovalci večinoma premalo podatkov za natančen odgovor, možnost spletnih zlorab...). Ravno zaradi tega je od vseh avtorskih vsebin moje področje »Ljubezen je v meni« in »Ljubezen in spolnost« najbolj obiskano. Od 8000 vprašanj jih ginekološkemu področju pripada skoraj 3000.

Kaj mlade zanima?

Ko mladi vstopajo v svet odraslih, jih področje ljubezni in spolnosti očitno najbolj bega. Ob obisku v ginekološki ordinaciji je najtežje govoriti o zamolčanih problemih, pri mladih sta to spolna zloraba in najstniška nosečnost. Kar nekaj mladostnikov ne prepozna spolne zlorabe, predvsem zato, ker so storilci njihovi najbližji, vsi pa nikoli ne vedo, kam in h komu se lahko zatečejo po pomoč. Neželena nosečnost je proti pričakovanju pri mladih skrb obeh: najstnika in najstnico skoraj v enaki meri muči občutek krivde zaradi neprevidnosti, zelo natančno želita poznati postopek in posledice splava, kako poiskati ginekologa in bolnišnico, najbolj pa ju skrbi privolitev staršev v splav.

Lažje je odgovarjati na vprašanja o dilemah pred prvim spolnim odnosom in čisto praktičnimi problemi v zvezi s spolnimi odnosi. Dileme: kdaj in s kom je pravi čas za prvi spolni odnos, bolečina in krvavitev ob prvem spolnem odnosu, vprašanje »nedolžnosti« pri fantih in dekletih tudi v našem okolju ni zanemarljivo, tudi operativna korekcija deviške kože ne. Samo doživljanje spolnosti, orgazem, načini samozadovoljevanja,... pa zahtevajo od svetovalca poleg ginekološkega znanja še poznavanje psihologije in psihiatrije.

Na spolnost se navezuje vprašanje kontracepcije in zanesljivost kontracepcijskih sredstev. Mladostniki še vedno ne vedo, kdo in kdaj jim lahko predpiše kontracepcijsko sredstvo, skrbi jih vpliv različnih substanc na učinkovitost in neučinkovitost določenega kontracepcijskega sredstva, zmotno so trdno prepričani, da bi se

lažje odločili za kontracepcijo, če ginekologi ne bi obveščali staršev o obisku v ginekološki ambulanti.

Namenoma bi zaključila svoj pregled z osnovnim problemom najstnic, to je ginekološkim pregledom. Prvi obisk pri ginekologu je za mladostnice še vedno strah pred neznanim: kje poiskati ginekologa, kako izbrati najboljšega ginekologa, kdaj prvič obiskati ginekologa, kako izgleda ginekološki pregled, privolitev staršev za obisk v ginekološki ordinaciji,... Na ginekološki pregled se navezujejo številni ginekološki problemi: motnje v krvavitvah, bolečine ob menstruaciji in spolnih odnosih, vnetja in spolno prenosljive bolezni, problem poraščenosti,...

Zaključek

Tudi v Sloveniji lahko rečemo, da splet podira doslej ustaljena ginekološka in jezikovna pravila. Velika obiskanost spletnih forumov bo mogoče zmanjšala številčnost obiskov v ginekoloških ordinacijah, nikakor pa jih ne bo mogla zamenjati.

Viri

1. <http://www.tosemjaz.net>
2. <http://www.izidor.net>
3. Podkrajšek D, Konec Juričič N, Kopač Vidmar T, Lekić K, Šafran P, Eržen I. Kako do boljše samopodobe mladostnikov: projekt To sem jaz. In: Juričič M, ed. Zdrava mladina, naša bodočnost! Četrty kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije, 16.-17. september 2005, Maribor. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Sekcija za šolsko in visokošolsko mladino pri SZD, 2005: 24-5.
4. Podkrajšek D, Konec Juričič N, Kopač Vidmar T, Šafran P, Eržen I. The health promoting project »This is me«. In: Jureša V et al, eds. Healthy youth investment for future. 13th Congress of European Union for School and University Health and Medicine, 12-15 October 2005, Dubrovnik Croatia. Abstract book. Dubrovnik: European Union for School and University Health and Medicine, 2005: 16.

NAJPOGOSTEJŠI VZROKI ZA OBISK DEKLET V GINEKOLOŠKI AMBULANTI

Lucija Vrabič Dežman

Uvod

V zadnjih desetletjih je postalo jasno, da je nujno posvetiti ginekološkim problemom otrok in mladostnic veliko več pozornosti, kot je bila to pretekla praksa. Madžarski pediater docent L. v. Dobszay je leta 1939 izdal prvo monografijo o ginekoloških boleznih otroškega obdobja (Beitrage zur Physiologie und Klinik der weibliche Genitalorganen in Kindersalter, Leipzig - Budimpešta). Kmalu za tem, leta 1940, sta, v Pragi Peter, v Chicagu pa Schauffler, začela aktualizirati probleme otroškega in adolescentnega obdobja. Peter je tako osnoval Oddelek za otroško ginekologijo na praški univerzitetni ginekološki kliniki, Schauffer pa je izdal monografijo »Pediatric Gynecology«. V okviru FIGO-ja se je osnoval tudi odddelek za otroško in adolescentno ginekologijo - FIGIJ (Federation International de Gynecology Infantile et Juvenile). Zgodovina razvoja strokovnega varovanja spolnega in reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji pa se je začela leta 1975 na Inštitutu za načrtovanje družine v Ljubljani.

Adolescentno obdobje je definirano kot interval med 10. in 19. letom starosti. Terminologija Svetovne zdravstvene organizacije uveljavlja različne izraze:

- early adolescence – zgodnja adolescenca: 10-14 let
- late adolescence – pozna adolescenca: 15-19 let
- young people – mladi, dekleta: 10-24 let (do 25. rojstnega dne)
- youth – mladina: 15-24 let

Velik delež deklet je spolno aktivnih. V Sloveniji skrb za reproduktivno zdravje deklet poteka na primarnem, sekundarnem in tudi na terciarnem nivoju. Večina deklet v Sloveniji poišče pomoč v ambulantah primarnega zdravstvenega nivoja in jo tam tudi večinoma dobi. Nekatere izobraževalne in raziskovalne aktivnosti pa potekajo tudi pod okriljem Centra za mladostnike Ginekološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani z razvejano mrežo regijskih nosilcev spolnega in reproduktivnega zdravja mladostnikov.

Najpogostejši vzroki za obisk mladostnic v ginekološki ambulanti so po podatkih iz literature:

- okužbe genitalnega trakta 40-60%,
- motnje menstruacijskega ciklusa 30%,
- razvojne anomalije rodil 5%,
- poškodbe genitalnega trakta 3%,
- tumorji spolovil 1-4%,
- spolno nasilje in posilstvo 2%,
- krvavitve iz nožnice 1%,
- nosečnost 0,4%,
- kontracepcijsko svetovanje.

Metode dela

V raziskavi smo želeli ugotoviti nekatere značilnosti slovenskih deklet z vidika reproduktivnega zdravja in najpogostejše vzroke njihovih obiskov v ginekoloških ambulantah. K sodelovanju smo povabili ambulantne ginekologe na primarnem nivoju iz različnih regij:

gorenjske, ljubljanske z okolico, dolenske, primorske, notranjske, koroške, štajerske, zasavske. V ta namen smo sestavili anketo, ki so jo dekleta do 25. leta starosti prejele ob obisku pri ginekologu in jo izpolnile. Anketa je bila anonimna, vsebovala pa je 13 vprašanj, z namenom:

- ugotoviti poglavitni vzrok obiska v ginekološki ambulanti,
- odkriti glavno težavo, ki jo je pripeljala k ginekologu,
- ugotoviti vidike njene spolnosti: starost pri prvem spolnem odnosu, dosedanje število spolnih partnerjev in pogostnost spolnih odnosov,
- ugotoviti vidke uporabe kontracepcijskih sredstev in vrste le-te,
- ugotoviti spremljajoče težave in morebitna obolenja deklet,
- samoocena deklet o naravnosti, optimistični ali pesimistični.

Ankete smo zbirali en mesec, od 15. septembra do 15. oktobra 2005.

Rezultati

Preliminarno smo obdelali podatke 100 deklet, medtem ko je do konca naše akcije izpolnilo anketo preko 400 mladih žensk. Podatke smo statistično obdelali v programu Excelu.

Povprečna starost je bila 21,1 let. Najpogostejši vzroki obiska v ginekološki ambulanti so bile ginekološke težave (42%) in preventiva (30%), kontracepcijsko svetovanje (17%) in nosečnost (7%). Vse, razen ene, so bile že spolno aktivne. Povprečna starost ob prvem spolnem odnosu je bila 17,2 let. Glede povprečnega števila spolnih partnerjev je 56% deklet navedlo enega spolnega partnerja, 31% dva do tri spolne partnerje, ostale pa več partnerjev. Povprečno število spolnih odnosov je bilo 3 krat na teden. Najpogostejše ginekološke težave so bila vaginalna vnetja (19%), redkeje bolečine v predelu jajčnikov (9%), menstruacijske težave (4%). Večina (80% deklet) je uporabljala kontracepcijo: 76% kontracepcijske (KC) tablete, 17% kondom, 7% KC tablete in kondom hkrati. Ostalih oblik KC anketiranke niso navedle. Neuporabnic KC je bilo 20%. Večina deklet (91%) se je ocenila za optimistične, 9% za pesimistične.

Zaključek

Z našo anketo smo dobili nekatere podatke o populaciji deklet, ki prihaja v ginekološke ambulate primarnega nivoja. Večina jih je prišlo zaradi težav, najpogosteje zaradi vaginalnega vnetja. Vse (razen ene) so bile že spolno aktivne in so v 80% uporabljale kontracepcijo. Brez zaščite jih je bilo 20%.

Viri

1. Habek D, Karša M, Kaljžić T. Klinička evaluacija dečje i adolescentne ginekologije u kliničkoj bolnici Osijek. *Gynaecol Perinatol* 2005; 14(3): 145-8.
- 2) Pinter B. Spolno in reproduktivno zdravje mladostnikov – kje smo v Sloveniji? *Zdrav Vestn* 2003; 72: 27-9.
- 3) Dramušić V. Dječja i adolescentna ginekologija. In: Kurjak A et al. *Ginekologija i perinatologija*. Zagreb: Naprijed 1989.
- 4) Adams Hillard PJ. Pediatric and adolescent gynecology in practice and residency training. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16: 363-5.

ZNAČILNOSTI PUBERTETNEGA RAZVOJA PRI FANTIH

Mojca Žerjav Tanšek

Uvod

Puberteta je razvojni proces, ki zajema morfološke, fiziološke in vedenjske spremembe. Aktivacija hipotalamo-hipofizno-gonadne osi je odvisna od genetskih dejavnikov in delno tudi od vplivov okolja. Usklajenost različnih hormonskih vplivov, vključenost več organskih sistemov in genetska regulacija razvojnih dogodkov predstavljajo klinični in raziskovalni izziv v pediatrični endokrinologiji.

Hormonske spremembe

Hormonske spremembe v puberteti so pravzaprav ponovitev endokrine aktivnosti, ki jo človek doživlja že v fetalnem in zgodnjem neonatalnem obdobju. Zmanjšano izločanje gonadotropinov med otroštvom vse do začetka pubertete v t.i. juvenilnem obdobju je najverjetneje posredovano z delovanjem centralnega živčnega sistema. Pri tem je kot fiziološki zaviralec izločanja pomemben gama-aminobutirat (GABA). Hipotalamični nevroni začnejo, pod vplivom nevrottransmiterjev in neuromodulatorjev preko različnih

živčnih poti, s povečano amplitudo pulzatilno izločati hipotalamični sproščevalni hormon gonadotropinov (GnRH). Razpolovni čas GnRH je le 2 do 4 minute, izločanje pa je večje ponoči. Pulzatilni način izločanja je pri tem ključnega pomena, saj kontinuirano dovajanje GnRH zmanjša izločanje gonadotropinov in zniža število receptorjev za GnRH. Posledično se iz gonadotropnih celic izločata luteinizirajoči hormon (LH), ki spodbuja izločanje testosterona iz Leydigovih celic, in folikle spodbujajoči hormon (FSH), ki spodbuja Sertolijeve celice v podporni vlogi razvoja spermatogeneze.

Koncentracija LH in FSH raste v času napredovanja pubertete in doseže plato odraslega obdobja. LH se veže na receptorje na Leydigovih celicah in preko receptorskega kompleksa spodbudi adenil-ciklazo na membrani, da poviša raven cikličnega adenozin monofosfata (cAMP), ki stimulira protein kinaze. Te spremembe povzročijo pretvorbo celičnega holesterola v prvi stopnji nastajanja testosterona. Ko se testosteron izloči v krvni obtok, se v 98-99 % veže na vezalno beljakovino za spolne hormone (SHBG) in druge beljakovine, prosti del pa je aktiven. V celičnem okolju se nato lahko z encimom 5-alfa reduktazo pretvori v dihidrotestosteron (DHT) ali pa z encimom aromatazo v estrogen.

Tako testosteron kot DHT se vezeta na androgeni receptor in posredno vplivata na proteinsko sintezo v celici. DHT je ključen za virilizacijo zunanjšega spolovila, vključno s pubertetno rastjo penisa in prostate, prav tako pa spodbudi poraščenost obraza. Testosteron povečuje mišično maso, vpliva na spremembo glasu in poveča eritropoezo. Estrogeni, ki nastajajo iz androgenov, so ključni za spremembe v epifizah kosti.

Čeprav se začetne hormonske spremembe pojavijo že več kot leto dni pred vidnimi telesnimi spremembami, pa je zaradi pulzatilnosti raven hormonov v krvi spremenljiva in v enkratnem odvzemu za diagnostične namene manj zanesljiva. Z novimi, natančnejšimi laboratorijskimi metodami se sedaj vseeno lahko potrdi bazalni dvig LH in FSH že leto dni pred začetkom zunanjih pubertetnih znakov. Večje izločanje androgenov in nižja raven SHBG z večjim deležem prostega hormona pri moškem spolu povzročijo, da je po končani puberteti androgena aktivnost pri fantih kar 40-krat višja kot pri dekletih. Androgeni hormoni z načinom povratne zanke vplivajo na

vzorec izločanja gonadotropinov, dodatno pa tudi hormon inhibin iz Sertolijevih celic zaviralno deluje na izločanje FSH.

Spolni hormoni neposredno in preko spodbujanja izločanja rastnega hormona pospešijo rast v puberteti, kar opazimo kot t.i. pubertetni zagon rasti. Poveča se predvsem amplituda izločanja rastnega hormona. Vzporedno poraste tudi raven insulina podobnega rastnega faktorja 1 (IGF-1), povečajo se kazalci presnove kosti. V resnici so estrogeni tisti, ki povzročijo končno diferenciacijo epifiz in njihovo zaprtje. Dokaz za to delovanje je primer mladeniča s pomanjkanjem estrogenskih receptorjev, ki ni imel pubertetnega zagona rasti, razvila se je osteoporoza, rasel pa je še v tretje desetletje s posledično visoko telesno višino.

Stopnja osifikacije epifiz v rasti in razvoju otroka je merilo njegove kostne starosti. Določimo jo z rentgenskim slikanjem dlani in zapestja ter odčitanjem kostne starosti po primerjavi s standardi. Ker je kostna starost neposredno odvisna od prisotnosti in trajanja hormonskega vpliva (rastni hormon, spolni hormoni), nam pri spremljanju otrok in mladostnikov daje pomembno informacijo.

Telesne spremembe

Telesne in psihološke spremembe v puberteti nastajajo zaradi zaporedja sprememb v delovanju endokrinega sistema. Čeprav je kronološka starost ob začetku pubertete raznolika in po podatkih sekularnih sprememb v veliki meri tudi pod vplivom okolja (stres, podhranjenost, intenzivna telesna aktivnost), pa so samo zaporedje, hitrost in obseg sprememb predvsem genetsko pogojeni. Sekularni trend v letih 1880 do 1980 je viden v povprečno 1 cm višji generaciji otrok vsakih 10 let, vendar pa v zadnjih 20 letih v razvitih zahodnih evropskih državah ta trend skoraj izginja.

Puberteta pri dečkih traja povprečno 3,5 let (v območju 2,0 do 4,5 let), začetek sekundarnih spolnih sprememb pa ugotavljamo v povprečni starosti 11 let (območje $\pm 2,5$ SD je 9 do 13,5 let). Prvi znak začetka pubertete pri dečkih je povečanje testisov in vzporedno s povečanim izločanjem androgenov tudi rast spolovila in pubične poraščenosti. Volumen testisov merimo s Praderjevim orhidometrom, kjer porast volumna nad 4 ml pomeni začetek pubertete, odrasla

velikost testisov pa je povprečno 15 ml. Glede na velikost testisov, velikost spolovila ter obseg poraščenosti delimo pubertetni razvoj v 5 stopenj (pubetetni stadiji po Tannerju od 1 do 5). Volumen testisov sprva povečajo predvsem številnejše Sertolijeve celice, kasneje pa tudi Leydigove celice, prva histološko vidna spermatogeneza se začne že med 11 in 15 letom, prve jutranje ejakulacije sperme v povprečju pri 13,5 let, vendar pa je spermatogram odraslega prisoten šele pri kostni starosti 17 let.

Zaradi anatomskih sprememb pri rasti glasilk ter hrustancev in mišic grla se v povprečni starosti 13,9 let spremeni glas, ki doseže odrasle značilnosti po 15. letu. Akne se pojavijo v povprečni starosti 12,2 let. Porasčenost obraza se začne povprečno v starosti 15 let in napreduje od zgornje ustnice lateralno ter običajno po zaključenem pubertetnem stadiju 5 tudi na brado. Podpazdušna poraščenost se prične v povprečju pri 14 letih. Spremeni se tudi skladnost obraza z bolj poudarjenima brado in nosom, širša postanejo ramena, razmerje dolžine med okončinami in trupom pa doseže odrasle mere.

Ginekomastija se fiziološko pojavi v manjšem obsegu v 39 do 75% fantov v prvih stadijih pubertete. Vzrok za njen nastanek je porast estrogena pred testosteronom ob LH stimulaciji aromataze v Leydigovih celicah v pubertetnem stadiju 2 in 3. Običajno žlezno tkivo izgine v naslednjih 2 letih s prevlado delovanja testosterona. V redkih primerih žlezno tkivo ostane (tudi pri zdravih fantih ali kot posledica prenizkih androgenov pri sindromu Klinefelter ali zmanjšani občutljivosti na androgene), tako da je potrebna operativna odstranitev. Ginekomastijo poizkušajo tudi že zdraviti z inhibitorji aromataze.

V puberteti pomembno pridobimo kostno gostoto. Fantje po obdobju najhitrejše rasti dosežejo vrh mineralizacije kosti pri povprečno 17,5 letih. Pomembno vlogo pri tem imajo genetski dejavniki, delno pa tudi okolje (stopnja telesne aktivnosti, vnos kalcija, kronična obolenja).

V puberteti se spremeni tudi sestava telesa. Dečki v poteku pubertete (od 12 do 18 leta) pridobijo povprečno 30 kg, dekleta pa le 18 kg, od tega je pri fantih nemaščobnega tkiva 82 %, pri dekletih pa 60 %. Mišična masa pri dečkih začne naraščati že z 9,5 leti in je v odraslosti 1,5-krat večja kot pri ženskah.

Poleg neonatalnega obdobja je ravno za čas pubertete značilno, da najhitreje v življenju rastemo v višino. Pospešena rast se pri dečkih začne povprečno pri 11 letih z vrhom hitrosti rasti pri 13,5 letih, kar sovпада s pubertetnim stadijem 3 in 4. Prisotna je razlika med spoloma, saj dečki najhitreje rastejo v drugi polovici pubertete, deklice pa v prvem delu do nastopa menarhe. V odraslosti so moški za povprečno 12,5 cm višji od žensk. Razlika nastane zaradi večje telesne višine fantov ob začetku pubertete (časovno daljša predpubertetna rast) in večjega pubertetnega prirastka pri fantih. Med pubertetnim razvojem se pomembno spreminja tudi razmerje med dolžino trupa in okončin. Pred vstopom v puberteto in v začetnih stopnjah pubertete so okončine nesorazmerno daljše v primerjavi s trupom, z delovanjem spolnih hormonov v naslednjih stopnjah pubertete pa razlika izgine. V primeru zastoja pubertete zaradi pomanjkljivega delovanja spolnih hormonov (npr. pri Klinefelterjevem sindromu, kariotip 47, XXY) nesorazmerje ostane in govorimo o t.i. eunuhoidnem telesnem razmerju (razmerje zgornjega dela telesa proti spodnjemu pod 0,9 oz. razpon rok za 5 cm ali več daljši od telesne višine).

Motnje pubertete

Med motnje v pubertetnem razvoju uvrščamo časovno neustrezen začetek pubertete (prezgodnja ali prepozna puberteta) ali pa je moten potek pubertete z nepravilnim zaporedjem pričakovanih hormonskih in telesnih sprememb.

Pojav sekundarnih spolnih znakov pri dečkih pred 9 letom opredelimo kot prezgodnjo puberteto (PP). Pri dečkih je idiopatska oblika PP izjemno redka in je zelo pomembno, da izključimo možne bolezenske vzroke (slikovna diagnostika centralnega živčevja; tumorski izvor hormonov centralno, v gonadah, nadledvičnici; avtonomno izločanje neodvisno od gonadotropinov pri testoksikozi in McCune-Albright sindromu). PP zdravimo vzročno glede na izvor hormonske stimulacije. V primeru idiopatskega vzroka ali hamartomov (npr. pri neurofibromatozi tip I) v hipotalamo-hipofiznem področju tudi pri dečkih zdravimo PP z GnRH analogi v depo obliki. Za zdravljenje avtonomnega izločanja (testoksikoza, McCune-Albright sindrom) se uporablja antiandrogen ciproteron acetat in inhibitorje aromataze. Posledica prepozne ali neustreznega zdravljenja PP je nižja končna telesna višina mladostnika.

Pozno puberteto začnemo diagnostično obravnavati, če znakov sekundarnega spolnega razvoja ne ugotavljamo do 14. leta. Konstitucionalno pozno puberteto kot še normalno obliko družinsko pogojenega poznega razvoja ali pa v okviru nekaterih kroničnih bolezni najpogosteje spremlja zaskrbljenost mladostnika in staršev zaradi nizke rasti in odsotnosti pričakovanih pubertetnih sprememb. Pozen nastop pubertete (po 14 letu vstopi v puberteto le 0,6 % zdravih fantov) ob odsotnosti bolezenskih stanj ne vpliva na doseženo končno telesno višino, rastejo pa lahko tudi do 18 leta. Seveda pa zahteva odsotnost ali pa zastoj v napredovanju pubertete dodatne preiskave. S testiranjem preverjamo delovanje testisov (hipoplazija, okvare po onkoloških zdravljenjih) in opredelimo delovanje hipotalamično-hipofizne osi (hipogonadotropni hipogonadizem pri genetsko pogojenih motnjah razvoja hipofize, Kallmanov sindrom). Pri konstitucionalni pozni puberteti lahko z nekajmesečnim zdravljenjem z nizkimi odmerki testosterona zmanjšamo psihične težave mladostnika in spodbudimo pričakovani spontani pubertetni razvoj, v primeru bolezenskega vzroka, kjer je odsotna ali pomanjkljiva hormonska aktivnost hipotalamično-hipofizno-gonadne osi, pa se zdravljenje nadaljuje z mesečnimi testosteronskimi depo pripravki v naraščajočih odmerkih.

Izločanje androgenov iz nadledvičnice (pred začetkom t.i. centralne pubertete, povzročene z aktivacijo hipotalamo-hipofizne osi), povzroči prezgodnjo adrenarho s posledično pubično in pazdušno poraščenostjo in spremenjenim apokrinim izločanjem znoja. Stanje lahko spremlja blago pospešena rast in napredovanje kostne starosti. Vzrok za predčasno aktivnost nadledvičnice ni znan, se pa pogosteje pojavlja pri nekaterih narodnostih. Če se pojavi v pričakovani starosti in ji sledi endogeni pubertetni razvoj, ne pričakujemo vpliva na rast ali končno višino. Pojav adrenarhe pred devetim letom ali sočasne spremembe spolovila zahtevajo dodatne preiskave. Najpogosteje je vzrok kongenitalna adrenalna hiperplazija brez izgube soli, kjer je ob diagnozi pogosto tudi močno pospešena kostna starost. V redkih primerih spremembe sprožijo hormoni iz tumorja nadledvičnice. Potrebne so slikovne in hormonske preiskave ter ustrezno zdravljenje.

Dečki z anorhijo, testikularno atrofijo ali hipoplazijo, kjer gonade ni tipati v skrotumu ali ingvinalnem kanalu, so v času pubertete natančneje spremljani, posebno če ni zanesljivih podatkov o

operativni eksploraciji kriptorhidizma. Pri abdominalno retiniranem testisu je pogostnost maligne spremembe 10-krat večja. Prav tako je posebna pozornost namenjena bolnikom z gonadno disgenezo, ki pa so najpogostejše vodeni že od zgodnjega otroštva zaradi motnje diferenciacije spolovila

Zaključek

Puberteta je torej časovno in po zaporedju dogodkov natančno genetsko usmerjan proces in motnja v kateri koli stopnji hormonske regulacije lahko povzroči nepravilnosti v pubertetnem razvoju.

Viri

1. Styne DM. The physiology of puberty. In: Brook CGD, Hindmarsh PC, Jacobs HS, eds. *Clinical Pediatric Endocrinology*, 4th ed. Oxford: Blackwell Science, 2001; 140-62.
2. Grumbach MM, Styne DM. Puberty: Ontogeny, neuroendocrinology, physiology and disorders. In: Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*, 10th ed. Philadelphia: Saunders, 2003: 1117-240.
3. Ebling FJP. The neuroendocrine timing of puberty. *Reproduction* 2005; 129: 675-83.
4. Carel JC. Can we increase adolescent growth? *Eur J Endocrinol* 2004; 151 (Suppl 3): U101-8.
5. Auchus RJ, Rainey WE. Adrenarche – physiology, biochemistry and human disease. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2004; 60: 288-96.

NELAGODJE VAGINE (VAGINALNI DISKOMFORT) – PRAKTIČNI PROBLEMI

Marko Mlinarič

Uvod

Sodoben hiter način življenja, zahteve modne industrije po vse bolj minimalnem perilu in tesnih oblačilih, novi materiali, velika (pogosto prevelika) snažnost, različne spolne navade in še kaj vodijo v težave, ki se kažejo kot neprijetnosti v vagini. Številne pacientke pri obiskih v ginekoloških ambulantah navajajo težave z obilnejšimi izcedki iz nožnice, neprijetnim vonjem le-teh, skelečim občutkom, tiščanjem ali srbenjem. Omenjene težave niso vedno vezane na menstruacijski cikel. Pogosto so neodvisne od spolnih kontaktov. Skupna značilnost: težave so hude, moteče in vodijo v »zasvojenost« z vaginalnimi težavami. Zahtevajo natančno obravnavo. Pogosto končni izid ne zadovolji niti pacientke niti ginekologa.

Vrste izcedkov in povzročitelji

Klasični ginekološki učbeniki obravnavajo izcedke kot normalne in nenormalne. Normalni so povezani z normalnim fiziološkim dogajanjem v menstruacijskem ciklusu. Takšni izcedki so lahko obilni.

Po pravilu ne povzročajo težav in neprijetnosti. Če so obilni, so lahko zelo moteči, a še vedno normalni. Njihova količina lahko doseže 2g/8 ur, produkcija cervikalne sluzi pa celo 4 ml pri enkratni kolekciji med pregledom v spekulih.

Nenormalni izcedki so različnih barv, neprijetnega vonja, spremljajo jih dodatne težave kot so srbenje, sklenje, zbadanje, bolečine, boleč koitus. V večini primerov je vzrok za nenormalen izcedek znan infektivni agens (glivice – predvsem Candida, Gardnerella vaginalis, enterobakterije, gonokok, klamidija, ureaplazma, ostale bakterije, trihomonas, virusi?), ne pa vedno. Vemo, da so lahko asimptomatske ženske okužene s Candido ali trihomonasom, Gardnerella pa je del normalne vaginalne flore. Zato odsotnost ali prisotnost infektivnega agensa ne pomeni vedno odsotnosti ali prisotnosti vaginalnih težav.

Možno je torej, da pacientka interpretira normalna fiziološka dogajanja kot nekaj nenormalnega. Kaj je normalno? Večina pacientk je prepričana, da je malo izcedka lahko prisotnega. Izcedka ne sme biti toliko, da bi pustil sled na spodnjem perilu, večino časa pa mora biti vagina suha. Med tistimi, ki se strinjajo, da je malo izcedka normalno pa ni soglasja, kakšne barve naj bo. Podobno nestrinjanje je tudi med ginekologi.

Vemo, da na količino izcedkov poleg infektivnih agensov vplivajo tudi ostali dražeči vplivi na sluznico in kožo. Ti so lahko lokalni (izpiranje nožnice z vodo, uporaba agresivnih mil, dezodorantov, stalna uporaba dnevnih vložkov in/ali tamponov, dražeče spodnje perilo,...). Sistemske vplivajo na kvaliteto in količino izcedkov hrana, zdravila in še kaj. Pri manj odporni in razdraženi sluznici tudi manjše količine povzročiteljev naletijo na ugodne razmere za rast in s tem še potenciranje težav.

Pristop k pacientki

Eden izmed vodilnih vzrokov za obisk deklet v ginekološki ambulantni, poleg kontracepcijske obravnave, so prav težave z izcedki. Poleg izcedka pacientka pove tudi o drugih neprijetnostih (srbenje, sklenje,...).

Reševanja problema se lahko lotimo na več načinov:

- simptomatsko,
- vzročno,
- kombinacija obojega.

Za pravilno obravnavo je potrebna dobra anamneza, ki naj zajema tudi higienske in spolne navade, morebitno jemanje zdravil. Pri ginekološkem pregledu ocenimo količino in vrsto izcedka, ki nas dostikrat s svojim značilnim videzom usmeri k ustrezni diagnozi. Dodatno si pomagamo z odvzemom izcedka za mokri razmaz in takojšen pregled pod mikroskopom ali za dodatne preiskave (dodatek KOH, meritev pH). Po pregledu, če je potrebno, razširimo in dopolnimo anamnezo. Sledi predpisovanje terapije, ki je pogosto empirična, kljub temu pa zadošča in reši večino težav. Ne pozabimo na partnerja. V primeru neuspeha terapije, razširimo diagnostične postopke z brisom vagine (cerviksa) na patogene bakterije in antibiogram.

Večji diagnostičen in terapevtski problem zajemajo povratnice, ki jim terapija ni pomagala, vse preiskave pa izključijo biološkega povzročitelja. V tem primeru moramo pomisliti na ostale dražeče vplive, ki zajemajo preobčutljivost na lateks (kondomi), spermicide (ki so dodani kondomom), lubrikante, mila, dezodorante, semensko tekočino ali koitus ob premalo navlaženi vagini in podobno. Vzrok je lahko tudi bolezen pri partnerju, ki ga je potrebo vključiti v obravnavo.

Ne glede na zdravila, ki jih predpišemo, je na prvem mestu treba poudariti: uporaba udobnega bombažnega perila, ne tesnih oblačil, kratkih krilc, prepoved agresivnega in pretiranega umivanja spolovila ali izpiranja vagine, lokalno lahko uporabimo negovalne kreme ali mandljevo olje. Svoje mesto imajo tudi probiotična zdravila, ki povrnejo normalen pH vagine.

Zaključek

Náš način medicinske vzgoje nas je ves čas usmerjal k iskanju povzročiteljev težav. Povzročitelj naj bi bil bakterija, virus, gliva ali pražival. V tem primeru sta zdravljenje in diagnostika kratka in učinkovita. Tako pacientka kot ginekolog sta zadovoljna.

Terapevtski izziv in trd oreh so pacientke, ki imajo težave, vendar povzročitelja ne uspemo identificirati. Vse diagnostične laboratorijske metode so negativne. Na oko se nam izcedki ne zdijo preobilni, nenormalni in ocenjujemo, da ne bi smeli povzročati težav. Pacientko pa zelo motijo in vplivajo tudi na njeno življenje na drugih področjih. Za rešitev težav poseže v »pretirano« snaznost, izcedke preganja z izpiranjem vagine z vodo, vse dni uporablja dnevne vložke, stalno preverja ali je izcedek večji, ali se je spremenil, je morebiti drugačnega vonja. Vsi ukrepi, ki jih sama naredi, težave le poslabšajo. Rezultat tega je zasvojenost, ki jo z našimi terapevtskimi neuspehi še poglobimo. Pacientka dobi občutek, da je nekaj hudo narobe, saj ji ne znamo ustrezno pomagati, menjamo lokalno in/ali sistemsko terapijo. Največja napaka je, da tako pacientko prepričujemo, da je zdrava in da z izcedki ni nič narobe, njene težave pa so zgolj namišljene. Takih pacientk je vse več.

Smernic, kako ukrepati in ustrezno rešiti težave, pri katerih ne najdemo infektivnega povzročitelja, ni. Naši terapevtski poizkusi lahko težave še poglobijo. V primeru neuspeha terapije pri povratnicah moramo nujno pomisliti na ostale vzroke, pacientki nameniti ustrezno pozornost, ji pojasniti verjeten vzrok težav, v obravnavo pa vključiti tudi partnerja. Čeprav so vaginalne težave in izcedki redko znanilec hujše bolezni, pa so za pacientko resne in hude in jo vodijo v stres.

Viri

1. Anderson M, Karasz A, Friedland S. Are vaginal symptoms ever normal? A review of the literature. *Medscape General Medicine* 2004; 6(4).
2. Plourd DM. US Naval Medical Center: Practical guide to diagnosing and treating vaginitis. *Medscape General Medicine* 1999; 1(2).
3. Larkin JA, Minerva K. The differential diagnosis and treatment of vaginal discharge with abdominal pain. *Medscape Ob/Gyn & Women's Health* 2000; 5(2).
4. Reid G, Burton J, Devillard E. The rationale for probiotics in female urogenital healthcare. *Medscape General Medicine* 2004; 6(1):e38.

RAZLIČNI PRISTOPI K ODKRIVANJU IN ZDRAVLJENJU OKUŽB SPOLOVIL

Eda Vrtačnik – Bokal

Uvod

Učinkovito zdravljenje spolno prenosljivih okužb (SPO) predstavlja ključni mejnik v nadzoru nad SPO, ker preprečuje nastanek komplikacij in posledic okužbe ter zmanjšuje širjenje bolezni v določenem okolju.

Pravilno obravnavanje SPO pri prvem srečanju bolnika z zdravstvenim delavcem predstavlja pomembno javno zdravstveno vrednoto. V primeru mladega bolnika to predstavlja možnost za vpliv na njegovo varno spolno življenje v smislu usmerjanja k varnim spolnim praksam.

Zelo pomembno je, da ima vsaka država svoje lastne nacionalne standardizirane protokole za obravnavanje in zdravljenje SPO. Ta način omogoča, da je vsak bolnik obravnavan in zdravljeno na enak način na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Prav v Sloveniji bi bila ta možnost lahko zelo dobro izkoriščena, ker imamo zelo razvejano ginekološko mrežo, nimamo pa izdelanega nacionalnega programa.

Bolnike s SPO lahko obravnavamo na različne načine. Vsako obravnavanje ima določene prednosti in slabosti, zahteva pa poleg

poznavanja posameznih bolezni in poznavanja obolevnosti v določenem okolju ter zdravljenja tudi dobro poznavanje laboratorijskih diagnostičnih metod. Za diagnostično metodo se odločamo na osnovi občutljivosti in specifičnosti metode, njene dostopnosti v posameznih laboratorijih ter na osnovi cene.

Obravnavanje posameznika

Obravnavanje posameznika temelji na osnovi sindromov, značilnih za SPO, ali na osnovi enega ali več pozitivnih laboratorijskih izvidov za spolno prenosljive povzročitelje. Obravnavanje zajema anamnezo, klinični pregled, pravilno diagnozo, zgodnje in učinkovito zdravljenje, nasvet o spolnem obnašanju, priporočanje kondoma, sledenje partnerjev in njihovo zdravljenje, prijavljanje primerov v točno določene registre in sledenje zdravljenja, če je to potrebno. Učinkovito obravnavanje bolnika ni samo ustrezno protimikrobno zdravljenje in zmanjševanje okužbe, ampak predstavlja tudi dodatno in nadaljnjo skrb za bolnikovo reproduktivno zdravje.

Etiološko zdravljenje je najučinkovitejši način zdravljenja, lahko pa je tudi problematično v določenih okoljih. V različnih laboratorijih so na voljo različne laboratorijske metode z različno občutljivostjo in specifičnostjo in z različno ceno. Zelo pomembno za etiološko zdravljenje je, da izberemo metodo, ki omogoča hitre in zanesljive rezultate. To bomo dosegli, če sodelujemo z laboratoriji, kjer delo opravljajo preverjeni izvajalci z licencami in imajo urejen notranji in zunanji nadzor kakovosti dela. Etiološko zdravljenje v urejenih in razvitih državah je najprimernejši in najodgovornejši način zdravljenja, ker le na ta način lahko preprečujemo rezistenco na protimikrobna zdravila.

Sindromsko zdravljenje je način, ki ga najpogosteje uporabljajo v nerazvitih državah, kjer primanjkuje laboratorijev in izkušenih laboratorijskih delavcev za etiološko diagnosticiranje SPO. Ta metoda je učinkovitejša v okoljih, kjer je obolevnost za določeno SPO velika.

Selektivno presejanje za določene spolno prenosljive povzročitelje

HPV testiranje kot komplementarno presejanje citološkemu testiranju v cervikalnem presejalnem programu: Znana je povezava

med dolgotrajno okužbo z visokorizičnimi genotipi HPV in razvojem predrakavih in rakavih sprememb na materničnem vratu. To spoznanje je pripomoglo k uvedbi HPV testiranja kot dopolnitve k presejalnemu citološkemu testiranju, kot metodo spremljanja izzvenevanja HPV po operativnem zdravljenju predrakavih sprememb, v nekaterih manj jasnih primerih tudi kot dopolnilno diagnostično metodo pred operativnimi posegi predrakavih sprememb na materničnem vratu. V primeru slabo razvite citološke infrastrukture se lahko odločimo tudi za primarno HPV testiranje v cervikalnem presejalnem programu.

Testiranje klamidije trahomatis pri mladih: Znana je tudi povezava med klamidijo trahomatis in vnetjem rodil. Ker kar v polovici primerov okužba poteka tiho, brez kliničnih znakov bolezni, nezdravljena okužba pa vodi v kronično obliko bolezni (kaže se kronično pelvično bolečino, večjo incidenco zunajmaterničnih nosečnosti in neplodnostjo), je pomembno, da najdemo skupino ljudi z zvečanim tveganjem. Tako skupino predstavljajo mladi, zato so v nekaterih državah ZDA in v razvitih državah Evrope uvedli letno selektivno testiranje za mlade do 25. leta starosti. Po uvedbi omenjenega testiranja se je zbolewnost zmanjšala, prav tako pa so se zmanjšale tudi kasne posledice okužb s klamidijo trahomatis.

Tudi v Sloveniji je bila v letih 1999–2001 opravljena večja raziskava, ki je potrdila 4,7% prevalenco okužb s klamidijo trahomatis pri ženskah in moških v starostnem obdobju od 18 do 24 let. Menimo, da je ta prevalenca okužbe s klamidijo trahomatis tolikšna, da upravičuje uvedbo selektivnega testiranja mladih do 25. leta starosti.

Obravnavanje posebnih skupin

Nosečnice: V nosečnosti so zakonsko določena testiranja za SPO, ker na ta način preprečujemo prenos okužbe iz matere na plod.

Mladostniki in mladi: Mladi do 25. leta starosti predstavljajo skupino z zvečanim tveganjem za vse SPO zaradi pogoste menjave partnerjev, nezaščitene spolne odnose in ker so fiziološko sprejemljivejši za okužbo.

Otroci: Po izključitvi možnosti perinatalnega prenosa moramo obravnavanje nadaljevati v smislu odkrivanja spolne zlorabe.

Prostitutke in intravenski uživalci drog: Ti prav tako predstavljajo skupino z zvečanim tveganjem za SPO, zato je potrebno izvajati redna testiranja za SPO.

Zaključek

V Sloveniji se pojavljajo številne slabosti pri obravnavanju SPO. Med večje slabosti štejemo, da nimamo nacionalnega programa, da vsi laboratoriji niso licencirani, prav tako tudi nimajo ustreznih kontrol kakovosti dela. Prijavljanje bolnikov je slabo, zato nimamo ustreznih podatkov o obolenosti. Dobro stran pa predstavlja široko razvejana zdravstvena mreža na vseh nivojih, ki bi ob enotnem obravnavanju SPO omogočila dobro pokritje cele populacije.

Viri

1. Anon. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. World Health Organization 2003.
2. Anon. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Center for Disease Control and Prevention 2002.
3. Klavs I, Rodrigues IC, Wellings K, Keše D in 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.
4. Vrtačnik Bokal E, Rakar S, Možina A, Poljak M. Human papillomavirus infection in relation to mild dyskaryosis in conventional cervical cytology. Eur J Gynaecol Oncol 2005; 16: 39-43.
5. Vrtačnik Bokal E, Rakar S, Jančar N, Možina A, Poljak M. Role of human papillomavirus testing in reducing the number of surgical treatment for precancerous cervical lesions. Eur J Gynaecol Oncol 2005; 16: 427-31.

SOOBRAVNAVA SPOLNEGA PARTNERJA PRI OKUŽBAH SPOLOVIL

Mojca Matičič

Uvod

Spolno prenosljive okužbe (angl. sexually transmitted infections, okr. STI, oz. slov. SPO) so še vedno velik zdravstveni problem epidemičnih razsežnosti povsod po svetu. Po podatkih Mednarodnega združenja za nalezljive bolezni predstavljajo v evropskih deželah med nalezljivimi boleznimi drugi najpogostejši prijavljeni vzrok obolevnosti prebivalstva, velik delež pa je tu pripisati posledicam nezdravljenih ali slabo zdravljenih SPO. Spolno prenosljive okužbe se najpogosteje pojavljajo v starostnem obdobju med 15. in 45. letom, posebej pomembno pa je njihovo pojavljanje pri mladih v obdobju med 15. in 24. letom. Večjo težo patologije SPO nosijo ženske, saj obstaja večja verjetnost, da se okuži zdrava ženska od okuženega moškega kot obratno. Največje tveganje za SPO nosijo mladostnice do 19. leta starosti.

Ker je spolni odnos soodvisno dejanje dveh partnerjev, metode obvladovanja nalezljivih bolezni v primeru SPO bolj kot drugje izpostavljajo socialne in vedenjske dejavnike tveganja. Osnovni ukrep je torej razkritje spolnega partnerja znano okužene osebe in

ga pripeljati na zdravniški pregled. Veliko oviro pri odkrivanju epidemioloških povezav predstavlja že sam način prenosa, torej spolni stik, ki bodisi zaradi religioznih, antropoloških, socialnih ali drugih vzrokov lahko razkrije družbi nedopadljivo vedenje posameznika in vodi v stigmatizacijo.

Razkritje identitete spolnega partnerja

Spolno prenosljivi okužbi izpostavljenega spolnega partnerja razkrije okužena oseba sama. Nepoznavanje ali napačne in nasprotujoče si informacije, ki jih bolnica s SPO dobi, pa lahko privedejo do povsem nepredvidljivih posledic in do strahu pred razkritjem partnerjeve identitete in njegovim zdravniškim pregledom v zvezi z odkrivanjem in zdravljenjem SPO. Zato je izrednega pomena, da ob vsakem sumu na SPO ali ob že potrjeni diagnozi v zdravniški pregled bolnice s SPO poleg osnovnih kliničnih in diagnostičnih postopkov ter zdravljenja nujno vključimo tudi zdravstveno vzgojo in svetovanje. Pomagala bosta razjasniti nekaj osnovnih vprašanj: možen način prenosa okužbe, značilnosti poteka bolezni, način odkrivanja okužbe, pomen etiološke potrditve diagnoze, pomen pravilnega zdravljenja, pomen kontrolnega pregleda glede ozdravitve in obveščenost spolnega partnerja o SPO, njegov pregled in po potrebi zdravljenje. Soobravnavo spolnega partnerja je namreč integralni del zdravljenja bolnice s SPO, ki prepreči morebitno nadaljnje prenašanje SPO oz. ponovno okužbo bolnice, omogoči pa tudi, da se spolni partner bolnice, ki jo je najverjetneje okužil, pozdravi in ne utrpi morebitnih zapletov okužbe in je tudi ne širi več naprej.

Vabilo na pregled spolnega partnerja

Žal pa problem nastopi pri vabljenju spolnih partnerjev okuženih oseb na zdravniški pregled. Raziskave so pokazale, da se na vabilo na tovrstni pregled odzove manj kot polovica spolnih partnerjev okuženih bolnic. Priporočila Svetovne zdravstvene organizacije opredeljujejo dva možna načina vabljenja: po prvem naj bi na zdravniški pregled spolnega partnerja povabila bolnica s SPO sama, po drugem pa naj bi spolnega partnerja na zdravniški pregled povabila zdravstvena ustanova, brez razkritja identitete bolnice s SPO. Ob tem je izrednega pomena zaupnost vseh pridobljenih podatkov. Vabilo na zdravniški

pregled temelji na prostovoljni osnovi, saj želimo zagotoviti vsem prizadetim osebam zdravje in preprečiti zaplete SPO ter njihov nadaljnji prenos.

Epidemiološka soobravnavna spolnega partnerja

Nadaljnja obravnavna izpostavljenega spolnega partnerja temelji na dveh pristopih: epidemiološkem ali kliničnem. Epidemiološko zdravljenje se opira le na podatek o spolnem stiku z osebo, okuženo z določeno SPO. Ker so za določene SPO zadostni že enkratni odmerki ustreznega zdravila, ki dokazano preprečijo izbruh bolezni še pred pojavom kliničnih simptomov in znakov (npr. sifilis), je tovrstno zdravljenje možno. Epidemiološko zdravljenje je lahko preventivno (brezsíptomni spolni partner je bil okužen, a zaradi zdravljenja ne pride do kliničnega zagona SPO) ali profilaktično (brezsíptomen spolni partner pred uvedbo zdravljenja ni bil okužen). S takim načinom zdravljenja pa osebo lahko po nepotrebnem obremenjujemo z antibiotiki, ustvarjamo pogoje za nastanek odpornih sevov mikrobov, gledano globalno pa izgubimo podatke o dejanski pojavnosti SPO v določeni populaciji in njihove značilnosti. Če gre za okuženega brezsíptomnega partnerja, ki ga zdravimo zaradi ene SPO, ki jo preboleva spolna partnerka, lahko brez ustrezne klinične obravnave bolnika spregledamo možne druge, pridružene brezsíptomne SPO (npr. okužbe z virusoma hepatitisa B in C - HBV, HCV, ter HIV). Vendar pa so raziskave pokazale, da v populacijah z velikim tveganjem za SPO »izgubimo« do 13% spolnih partnerjev in do 30% spolnih partnerk, če ne upoštevamo epidemiološkega pristopa sozdravljenja. Praksa pa gre še dlje in izpostavljenega spolnega partnerja brez ustrezne zdravstvene obravnave zdravi z zdravili, ki mu jih na dom prinese okužena oseba sama (PDPT, angl. patient-delivered partner therapy). V nedavni raziskavi v ZDA se je izkazalo, da ta način najpogosteje izvajajo ginekologi in zdravniki družinske medicine. Vprašljiva je tudi legalnost takega načina predpisovanja zdravila.

Strategija izbire med epidemiološko in klinično obravnavo spolnega partnerja okužene osebe temelji na sedmih dejavnikih: tveganju za pridobitev okužbe, resnosti bolezni in možnosti zapletov pri nezdravljeni SPO, dostopnosti do učinkovitih diagnostičnih preiskav, dostopnosti do učinkovitega zdravljenja, možnosti nastanka

stranskih učinkov zdravljenja, nevarnosti za razširitev SPO, če ne uvedemo epidemiološkega zdravljenja, in možnosti opazovanja in nadzora izpostavljenega spolnega partnerja. Pri odločitvi nam pomaga tudi poznavanje epidemioloških značilnosti posameznih SPO in stopnja tveganja za spolni prenos

Klinična soobravnavna spolnega partnerja

Seveda je iz strokovnega gledišča najbolj zaželeno celostna klinična soobravnavna spolnega partnerja, ki vključuje anamnezo, klinični pregled, diagnostične preiskave, zdravljenje, zdravstveno vzgojo in svetovanje. Spolno prenosljive okužbe pri moških značilno pogosteje kot pri ženskah potekajo s prisotnimi kliničnimi simptomi in znaki. Izcedek iz sečnice, lahko s pridruženim pogostim in/ali pekočim mokrenjem, je značilen klinični znak uretritisa, ki nam ga potrdi že sam mikroskopski pregled (1000-kratna povečava) brisa sečnice ali sedimenta prvega jutranjega urina, barvanega po Gramu, s prisotnostjo 5 ali več polimorfonuklearnih celic v vidnem polju. Izcedek lahko kaže na prisotnost ene ali več SPO, zato etiološko urethritis opredelimo z različnimi, za posamezne mikroorganizme specifičnimi mikrobiološkimi preiskavami ustreznega vzorca iz sečnice. Z brisom razjede na spolovilu lahko odkrijemo okužbo z virusoma herpesa simpleksa tipa 1 ali 2 ali sifilis. Tudi prisotnost genitalnih bradavic, ki nakazujejo okužbo s humanim virusom papiloma (HPV), govorijo o bolnikovem tveganem spolnem življenju. Ob odvzemu brisa iz sečnice spolnemu partnerju okužene osebe opravimo tudi presejalno testiranje krvi na prisotnost okužbe s HBV, HCV, HIV in sifilisa. Zelo pomembno pri posameznih boleznih je obdobje okna, torej čas od možnosti okužbe pa do razvoja protiteles v krvi, ki jih pri presejalnem testiranju dokazujemo. Omenjene preiskave opravimo tako pri simptomatskih, kot tudi brezsimptomnih spolnih partnerjih bolnic s SPO, saj so bili eni in drugi izpostavljeni tveganju za katerokoli SPO.

Zdravljenje pri kliničnem pristopu je lahko sindromno (izkustveno), kjer oseba na osnovi epidemiološke in klinične ocene dobi zdravilo še pred rezultati diagnostičnih preiskav, ali usmerjeno, kjer se zdravljenje odloži do prejete rezultate preiskav.

Na vsak način pa je potrebno izkoristiti priložnost zdravniškega pregleda spolnega partnerja tudi za zdravstveno vzgojo in svetovanje.

Nasveti pri posameznih SPO se med seboj nekoliko razlikujejo. Pri sumu na urethritis svetujemo, da bolnik po določenem času opravi kontrolni pregled za potrditev uspešnosti zdravljenja. V primeru genitalnega herpesa se moramo z osebo natančno pogovoriti o različnih možnostih zdravljenja in morebitni potrebi po trajni kemoprofilaksi. Posebej je potrebno izpostaviti nevarnost genitalnega herpesa v nosečnosti. Bolniki s sifilisom morajo redno opravljati kontrolne preglede. V primeru genitalnih bradavic razložimo pomen okužbe s HPV, ki preži predvsem na ženske, potrebo po rednih ginekoloških pregledih in svetujemo glede možnih načinov odstranjevanja estetsko in lahko tudi funkcionalno neprijetnih tvorbo. Osebam, ki so okužene s HBV, je potrebno svetovati glede pregleda in cepljenja spolne partnerke in družinskih članov. Pri okuženih s HCV prav tako svetujemo pregled spolne partnerke in ožjih družinskih članov. Svetovna zdravstvena organizacija priporoča, naj se vsako testiranje za okužbo s HIV opravi le ob hkratnem svetovanju in bolnikovem pristanku. Če imamo pod okriljem bolnika, ki je okužen s HIV, ga vzpodbujamo k rednim obiskom infektologa. Hkrati je klinični pregled tudi s psihološkega vidika zelo primerna priložnost, da spodbudimo k varnejšemu spolnemu vedenju, ki zajema pri osebah s tveganim spolnim vedenjem zaščitene spolne odnose, spremembo dotedanje spolne prakse in po možnosti tudi drugih tveganih spolnih navad.

Zaključek

Psihosocialne značilnosti obdobja adolescence in zgodnje odrasle dobe močno zaznamujejo pojavnost in klinične lastnosti SPO pri mladih. Pogosto so brez značilnih bolezenskih znakov, pravo diagnozo pa dostikrat spregledamo, saj niti ne pomislimo, da gre pri mladi osebi za SPO. Poleg tega je to obdobje občutljivejše za pogovor o tej temi in privede do lažnih odgovorov. Zato je izredno pomemben pravilen in profesionalen pristop k občutljivi mladi osebi in njenemu spolnemu partnerju s sumom na ali potrjeno SPO.

Viri

1. Anon. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases. Treatment guidelines 2002. MMWR, Morb Mortal Wkly Rep 2002; 51 (no. RR -6): 49- 59.

2. Hogben M, McCree DH, Golden MR. Patient-delivered partner therapy for sexually transmitted diseases as practised by US physicians. *Sex Transm Dis* 2005; 32 (2): 101-5.
3. Ford K, Lepokowski JM. Characteristics of sexual partners and STD infection among American adolescents. *Int J STD AIDS* 2004; 15 (4): 260-5.
4. Golden MR, Hogben M, Handsfield HH, et al. Partner notification for HIV and STD in the United States: low coverage for gonorrhoea, chlamydial infection and HIV. *Sex Transm Dis* 2003; 30:490-6.
5. Rissler Wl, Bortot AT, Beryammins LJ, et al. The epidemiology of sexually transmitted diseases in adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005; 6(3): 169-77.

II. Sindrom policističnih jajčnikov pri dekletih – reproduktivni in metabolični vidiki

POLICISTIČNI JAJČNIKI (PCO) PRI DEKLETIH

Danilo Maurič

Uvod

Ob ultrazvočni preiskavi lahko najdemo policistične jajčnike (PCO) tudi pri dekletih in ženskah v rodnem obdobju, ki imajo redne ovulatorne cikle in so brez kliničnih in biokemičnih znakov hiperandrogenizacije. Med populacijo asimptomatskih žensk naj bi bila prevalenca PCO med 14% in 33%. Čeprav osamljeno najdbo policistične ovarijske morfologije še ne moremo uvrstiti v sindrom policističnih jajčnikov (PCOS), ostaja domneva, da so morda PCO le najbolj blaga skrajnost na spektru kliničnega in biokemičnega izražanja PCOS. Vitka mladostnica oz. ženska z izolirano diagnozo PCO, se lahko s pridobivanjem telesne teže pomika na drugo stran spektra, kjer se pojavijo znaki polno izraženega PCOS: menstrualne motnje s kronično oligo- ali anovulacijo, hiperandrogenizem, insulinska rezistenca, diabetes mellitus. Ker se PCOS lahko razvije tudi pri vitkih ženskah, se nekateri avtorji nagibajo k temu, da bi bilo morda smiselno testiranje na insulinsko rezistenco pri vseh mladostnicah in mladih ženskah s PCO.

Ultrazvočna diagnostika PCO

Transvaginalni ultrazvočni pregled jajčnikov ima številne prednosti pred direktnim opazovanjem jajčnikov ob laparoskopiji ali laparotomiji. Ultrazvočna preiskava je neinvazivna, preprosta in ponovljiva metoda, ki omogoča oceno velikosti in oblike jajčnika, kot tudi opazovanje njegovih notranjih struktur, foliklov in strome. Policistično spremenjeni jajčniki (PCO) se ločijo od normalnih po tem, da so večji, imajo več foliklov in hiperplazijo strome. Po kriteriju Adamsove in sodelavcev je za tipično ultrazvočno sliko PCO značilno, da najdemo v eni ravnini jajčnika 10 ali več 2-8 mm velikih foliklov, razporejenih subkortikalno okoli ali med povečano, hiperehogeno stromo, ki zajema vsaj 25% prostornine jajčnika. Kadar ovarijska stroma ni povečana, govorimo o multifolikularnih jajčnikih (MFO). Nekateri avtorji dopuščajo možnost, da so MFO predstopnja v razvoju PCO.

Dekleta in PCO

Dekleta se zaradi menstruacijskih motenj in predvsem zaradi zunanjih znakov hiperandrogenizma (akne, hirsutizem) pogosto oglasijo v ginekološki ambulanti. Pri ultrazvočnem pregledu male medenice lahko najdemo normalno ovarijsko morfologijo, multifolikularne ali policistično spremenjene jajčnike. Problem pravilne diagnoze se pojavi pri tistih mladostnicah, ki so še virgo, ker v teh primerih ne moremo uporabiti transvaginalne sonde. Z uporabo transabdominalne sonde lahko, še posebno pri debelejših dekletih, spregledamo tudi do 30% PCO. Pri dekletih, ki imajo oligomenorejo, se lahko PCO pojavljajo v 70-90%. PCO lahko najdemo tudi pri deklicah pred puberteto, pri dekletih v zgodnji puberteti in pri dekletih in ženskah s primarnim hipotiroidizmom, adrenalno hiperplazijo, avtoimunim ooforitisom, po dolgotrajnem jemanju oralne kontracepcije in pri ženskah s periovarijskimi adhezijami.

Zaključek

Z ultrazvočno preiskavo odkriti PCO pri asimptomatskih mladostnicah in ženskah v reproduktivni dobi so morda opozorilo, da se bo sčasoma razvila popolna klinična slika sindroma PCO (PCOS).

Pacientke moramo poučiti, kako naj s pravilno dieto in spremenjenim življenjskim slogom kontrolirajo telesno težo. Tako bomo morda lahko upočasnili ali preprečili razvoj dolgoročnih posledic PCOS, kot so neplodnost, spontani splavi, diabetes, karcinom endometrija ter bolezni srca in ožilja.

Viri

1. Polson DW, Adams J, Wadsworth J, Franks S. Polycystic ovaries- a common finding in normal women. *Lancet* 1988; 1: 870-2.
2. Michelmore K, Balen A, Dunger D. Prevalence and clinical features of polycystic ovary syndrome in 224 young female volunteers. *Hum Reprod Abstract* 1998, 24: 13.
3. Homburg R. Polycystic ovary syndrome - from gynaecological curiosity to multisystem endocrinopathy. *Hum Reprod* 1996; 11: 29-39.
4. Adams JM, Polson DW, Abulwadi N. Multifollicular ovaries: clinical and endocrine features and response to pulsatile gonadotropin-releasing hormone. *Lancet* 1985; 2: 1375-8.
5. Nestler JE. Polycystic ovary syndrome: a disorder for the generalist. *Fertil Steril* 1998; 70: 811-2.

SINDROM POLICISTIČNIH JAJČNIKOV (PCOS) – REPRODUKTIVNI VIDIK

Helena Meden – Vrtovec

Uvod

Definicija sindroma policističnih jajčnikov (PCOS) vsebuje različne ravni, na katerih se izraža. Klinični znaki vključujejo anovulacijo, hirsutizem in debelost, biološki se kažejo kot zvečane koncentracije LH, moten odnos LH/FSH in zvečana raven testosterona. Hiperandrogenizem je delno povezan s hiperinsulinizmom, ki ga povzroča insulinska rezistenca. Morfološki znaki se kažejo s tipično ultrazvočno sliko policističnih jajčnikov, ki kažejo povečano, centralno hiperehogeno stromo, ki obsega vsaj 25 % vsega jajčnika in jo obkroža vsaj 12 majhnih foliklov, 2-9 mm v premeru.

Pred kratkim sta ESHRE (European Society for Human Reproduction) in ASRM (American Society for Reproductive Medicine) sprejela konsenz o novi definiciji PCOS. Ta obsega prisotnost dveh, ni pomembno katerih, od naslednjih kriterijev: policistični jajčnik, oligo-anovulacija in/ali klinični ali biokemični znaki hiperandrogenizacije.

Dejavniki PCOS, ki ogrožajo reproduktivno funkcijo

Kronična anovulacija je posledica povečane frekvence pulzov LH, koncentracija FSH pa je za 30% nižja kot pri normalni populaciji. Vitke ženske s PCOS imajo LH do trikrat povečan, spremenjen je FSH/LH odnos, večji je tudi odziv na spodbujanje z GnRH. Pri ženskah s PCOS, ki imajo ITM >30, je nevroendokrina kontrola motena, zato imajo nižji LH in normalen odnos FSH/LH. Ob neplodnosti predstavlja kronična anovulacija tudi večje tveganje za nastanek endometrijskega karcinoma (estron >40% vseh estrogenov). Klinično se kronična anovulacija izraža kot oligomenoreja ali amenoreja. Bolnice imajo normalno razvite sekundarne spolne znake.

Zvečana insulinska rezistenca, to je zmanjšanja občutljivost na delovanje insulina, je prisotna pri 90% debelih žensk s PCOS (ITM >28) in pri 40% tistih, ki so vitke (ITM <28). Gre za postreceptorsko motnjo, ki je verjetno genetsko kodirana. Zvečan insulin je v pozitivni korelaciji z zvečanim testosteronom. Insulin deluje na teka celice in zvečuje proizvodnjo androgenov, zvečuje amplitude LH, deluje na jetra in znižuje SHBG in IGFBP. Androgeni usmerjajo distribucijo maščevja v abdominalno regijo (androidna debelost). Pri zvečani insulinski rezistenci se pogosteje razvije diabetes tipa 2.

Zdravljenje

Zdravljenje PCOS je odvisno od vodilnega simptoma ali vodilnega problema. Pri anovulatorni infertilnosti se tradicionalno uporabljajo antiestrogeni, gonadotropini ali kirurški pristop. Pri debelih bolnicah redukcija telesne teže izboljša endokrini profil, vzpostavi se ovulacija. Simptomi hiperandrogenemije, ki se izražajo kot hirsutizem, akne in v ekstremnih primerih kot poraščenost ali virilizacija, se zmanjšajo z antiandrogeni: ciproteron acetat, finasterid, flutamid, spirinolakton. Zmanjšanje izločanja insulina lahko dosežemo z dodajanjem bigvanidina-metformina, ki zavre proizvodnjo glukoze v jetrih in poveča občutljivost periferije na insulin. Metformin zmanjšuje hiperandrogenemijo, normalizira odnose med gonadotropinom, vpliva tudi na menstruacijski cikel in fertilnost, pojača učinek klomifena ali gonadotropinov. Druga zdravila, ki bistveno zmanjšajo

metabolične in reproduktivne abnormnosti pri PCOS, sodijo v skupino tiazolinedionov (rosiglitazone, pyoglitazon).

Zaključek

PCOS je najpogostejša endokrinopatija v reproduktivnem obdobju. Etiopatogeneza še ni dokončno raziskana, vendar vse več dejavnikov kaže, da je temeljni vzrok za razvoj sindroma motnja v receptivnosti za insulin. Skladno s temi ugotovitvami se tudi motnje reproduktivne funkcije zdravijo s preparati, ki povečujejo občutljivost perifernih tkiv za insulin.

Viri

1. Adams J, Franks S, Poson DW, Mason HD, Abdulwahid N, Tucker M, Morris DV, Price J and Jacos HS. Multifollicular ovaries: clinical and endocrine features and response to pulsatile GnRH. Lancet 1985; 1375: 8.
2. Lobo RA, Carmina E. The importance of diagnosing the polycystic ovary syndrome. Ann Intern Med 2000; 132: 989-93.
3. Harborne I. Metformine and weight loss in obese women with polycystic ovary syndrome. J Am Clin Endocrinol Metab 2005; 90: 4593-8.

SINDROM POLICISTIČNIH JAJČNIKOV (PCOS) – METABOLIČNI VIDIK

Tomaž Kocjan, Mojca Jensterle

Uvod

Sindrom policističnih ovarijev (PCOS) je ena izmed najpogostejših endokrinopatij, ki prizadene 5 do 10% žensk v reproduktivni dobi. Edina metabolična komponenta, ki so jo sprva povezovali s sindromom, je bila debelost. Leta 1980 je Burghen s sodelavci prvič opisal povezavo med PCOS in insulinsko rezistenco (IR). Danes velja IR za osnovno metabolično motnjo sindroma z verjetno ključno etiopatogenetsko vlogo.

Definicija

Po definiciji National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) iz leta 1990 opredelimo PCOS po minimalnih kriterijih kot:

- klinični (hirzutizem in/ali androgenetična alopecija in/ali aknavost) in/ali laboratorijski (povišane serumske koncentracije vsaj enega od androgenov: testosteron, androstendion/ DHEAS) znaki androgenizacije,

- kronična anovulacija (z anovulatornimi simptomi: oligomenoreja, primarna ali sekundarna amenoreja, redkeje polimenoreja, metroragija, odsotnost napetosti dojk in odsotnost dismenoreje) in
- odsotnost drugih endokrinopatij, ki bi lahko povzročale podobno klinično sliko (Cushingov sindrom, hiperprolaktinemija, poznonastala kongenitalna adrenalna hiperplazija, androgenizirajoči tumorji).

Ultrazvočni morfološki pojem policističnih ovarijev (PCO) v to definicijo ni vključen, čeprav je znano, da imajo na eni strani ženske s PCOS pogosto UZ prisotno morfološko sliko PCO, in da imajo na drugi strani ženske s PCO večjo prevalenco hiperandrogenemije in IR.

Na pobudo European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) in American Society for Reproductive Medicine (ASRM) so leta 2003 v Rotterdamu oblikovali definicijo PCOS, ki po izključitvi drugih endokrinopatij, vsebuje dva od treh naslednjih kriterijev:

- oligo ali anovulacija,
- klinični in/ali laboratorijski znaki androgenizacije,
- ultrazvočna slika PCO.

Rotterdamski kriteriji ustvarjajo dva dodatna fenotipa bolnic s PCOS. Eden izmed njih v diagnozo PCOS dopušča vključitev bolnic s hiperandrogenizmom in PCO, ki imajo redne ovulatorne menstruacijske cikle. V tej skupini je manjši delež bolnic z IR kot med hiperandrogenemičnimi ženskami z nerednimi menstruacijami, zato se zdi, da Rotterdamska definicija PCOS v primerjavi z definicijo NIHCD slabše zaobsega metabolični vidik PCOS.

Metabolične motnje pri PCOS

Osnovna metabolična motnja pri PCOS je IR. Gre za klinično stanje, pri katerem insulin, ki ima normalno strukturo in biološke aktivnosti, nima dovolj velikih pričakovanih bioloških učinkov. Čeprav so biološki učinki insulina številni, se pojem IR nanaša na sposobnost insulina stimulirati prenos glukoze v tarčna tkiva insulinskega

delovanja. Začetna IR se kaže v kompenzatorni hiperinsulinemiji, kasneje pa pride do popuščanja funkcije beta celic Langerhansovih otočkov in posledično do motene tolerance za glukozo ter razvoja sladkorne bolezni tipa II, dislipidemije, arterijske hipertenzije, pospešene aterogeneze, povečane količine protrombotičnih in antifibrinolitičnih faktorjev. Izrazito IR ugotavljajo pri približno 20-60% bolnic s PCOS, prevalenca v preostali populaciji je 10-25 %. IR pri bolnicah s PCOS prispeva k visokemu deležu motene tolerance za glukozo, ki se v večini raziskav približuje 40%. Pri 10% se razvije od insulina neodvisna sladkorna bolezen do četrte deкаде starosti. PCOS predstavlja vodilni dejavnik tveganja za razvoj SB tip II pri adolescenčnih in predmenopavznih ženskah.

Debelost ugotavljamo pri 35%-40% žensk s PCOS. Maščevje je značilno razporejeno po centralnem tipu. Pri centralnem tipu debelosti prevladuje abdominalno maščevje, ki je v primerjavi s podkožnim maščevjem značilno povezano z metabolnimi motnjami. Abdominalno maščevje je sestavljeno iz velikih adipocitov, ki so odporni na insulin in imajo veliko adrenergičnih receptorjev. Posledično v njih pospešeno poteka lipoliza, izplavljajo se velike količine prostih maščobnih kislin, ki se drenirajo neposredno v portalno veno in povzročijo odpornost na insulin v mišičnem tkivu in jetrih, ter povečano glukoneogenezo v jetrih. IR pri PCOS je sicer intrinzično povezana s samim sindromom in ni odvisna od debelosti, vendar sta incidenca in stopnja IR pri debelih bolnicah s PCOS večja kot pri suhih.

Ker je znana povezava med IR in AH, bi lahko pri bolnicah s PCOS pričakovali višje vrednosti krvnega tlaka, vendar tega vsaj pri ženskah s PCOS v drugi do četrte dekadі starosti zaenkrat niso dokazali. Večjo prevalenco arterijske hipertenzije v primerjavi z zdravimi ženskami so nekateri ugotavljali pri pomenopavznih ženskah s PCOS.

Prevalenca nenormalnega lipidnega statusa pri PCOS je bila v smernicah National Cholesterol Education Program ocenjena na 70%. Močno pozitivne korelacije so ugotovili predvsem s hiperinsulinemijo in debelostjo. Lipidni status bolnic s PCOS največkrat opredeljujejo značilnosti t.i. aterogene dislipidemije, ki se kaže s povišanimi TAG, znižanim HDL in populacijo majhnih gostih, zelo aterogenih LDL (sd LDL) partiklov.

Metabolični sindrom označuje stanje, kjer so poleg IR prisotne še dodatne metabolne in biokemične motnje, ki predstavljajo specifične dejavnike tveganja za srčnožilne bolezni, in sicer centralna debelost, arterijska hipertenzija in dislipidemija. Ženske s PCOS imajo pogosto razvito sliko tega sindroma. Nekatere raziskave o predkliničnih manifestacijah ateroskleroze so z UZ karotidnih arterij uspele dokazati razliko v plakovnem indeksu in debelini intime medie v primerjavi z zdravimi kontrolami, vendar je bila povprečna debelina intime medie pri teh bolnicah s PCOS še vedno pomembno nižja od debeline intime medie pri bolnicah s klinično pomembno aterosklerozo karotidnih arterij. Zdi se, da predklinična oblika ateroskleroze pri ženskah s PCOS ni pomembna do perimenopavznega obdobja, za trdnejše zaključke pa je potrebno počakati na dodatne randomizirane prospektivne raziskave.

Zdravljenje, ki vpliva na metabolične komponente PCOS

Zaenkrat še ne vemo zagotovo, če bolnice s PCOS resnično pogosteje obolevajo in umirajo zaradi srčnožilnih bolezni, jasno pa je, da je PCOS zanesljivo povezan z dejavniki tveganja za te bolezni in sladkorno bolezen. Ker gre pri bolnicah s PCOS pogosto kar za metabolični sindrom, je usmerjeno zdravljenje za izboljšanje občutljivosti za insulin nedvomno upravičeno. IR zmanjšujemo z nefarmakološkimi in farmakološkimi ukrepi.

Če je bolnica debela, je seveda prvi ukrep sprememba življenjskega sloga in zmanjšanje telesne teže; zmanjšanje telesne teže za 10-15% pomembno izboljša pojavnost spontanah ovulacij, plodnost in metabolični profil bolnic s PCOS.

Metformin in rosiglitazon sta zdravili, ki z različnimi mehanizmi zmanjšujeta IR. Metformin pripada skupini bigvanidov. Primarni mehanizem njegovega delovanja je zmanjšanje glukoneogeneze v jetrih. Rosiglitazon pripada skupini tiazolidindionov (TZD). Deluje kot agonist PPAR γ (peroxisome-proliferator-activated receptor γ), jedrnega receptorja, ki regulira transkripcijo več genov, ki so pomembni za metabolizem lipidov in glukoze. O učinkovitosti metformina pri zdravljenju PCOS pričajo številne raziskave in več metaanaliz velikih

randomiziranih raziskav; o učinkovitosti rosiglitazona je zaenkrat manj podatkov. Znano je, da obe zdravili zelo učinkovito izboljšata rednost menstrualnih ciklusov, število ovulacij, indukcijo ovulacije s klomifen citratom, hormonske in presnovne kazalce, metformin pa pomaga tudi pri hujšanju.

Na naši kliniki smo metformin sprva uporabljali za zdravljenje PCOS pri bolnicah z ITM>30 ali pri bolnicah z dokazano IR. V zadnjem času postaja metformin zdravilo prve izbire za vse bolnice s PCOS, ki imajo motnje menstrualnega ciklusa, težave z zanositvijo in pri katerih želimo vplivati na metabolični status. Učinek zdravljenja na hirsutizem, aknavost in androgenetično alopecijo običajno ni zadovoljiv. V tem primeru ima tako še vedno prednost spironolakton ali pa kateri od kontraceptivov z antiandrogeno komponento (ciproteron acetat ali drospirennon). Rosiglitazona zaenkrat v zdravljenju PCOS rutinsko še ne uporabljamo.

Kontraindikacije za zdravljenje z metforminom so ledvična insuficienca, hepatopatija in srčno popuščanje zaradi nevarnosti nastanka laktacidoze. Stranske učinke so oprazili predvsem na prebavnem traktu. Navadno so blagi in prehodni, če zdravilo jemljemo med obroki, kar je zaželeno tudi zaradi zmanjšanja simptomov morebitne postprandialne hipoglikemije. Zdravljenje prekinemo pred načrtovanimi preiskavami s kontrastnimi sredstvi, v času akutnih obolenj in pred večjimi operacijami. Pri dolgotrajnejšem zdravljenju je potrebno nadomeščati folno kislino in B12.

Zaključek

Ker etiopatogeneza PCOS zaenkrat ni poznana, je zdravljenje simptomatsko in usmerjeno glede na klinično sliko in želje bolnic. Razlikovati moramo predvsem med akutnim zdravljenjem neplodnih bolnic, ki želijo zanositi, in kroničnim zdravljenjem bolnic s kliničnimi znaki androgenizacije ali motnjami menstrualnega ciklusa. Novost je preventivno ukrepanje, saj je znano, da imajo bolnice s PCOS številne dejavnike tveganja za razvoj sladkorne in srčnožilnih bolezni. Poleg kliničnega, reproduktivnega in hormonskega statusa opredelimo in spremljamo torej tudi njihov osnovni metabolični profil (lipidogram, OGTT). Zdravljenje PCOS z zdravili, ki zmanjšujejo IR, ugodno

vpliva na reproduktivne in hormonske značilnosti motnje, hkrati pa verjetno tudi na tveganje za razvoj srčnožilnih in sladkorne bolezni.

Viri

1. Azziz R. PCOS: a diagnostic challenge. Review. *Reprod Biomed Online* 2004; 8: 644-8.
2. Dunaif A. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome: mechanism and implications for pathogenesis. *Endocr Rev* 1997; 18: 774-800.
3. Harborne L, Fleming R, Lyall H, Norman J, Sattar N. Descriptive review of the evidence for the use of metformin in polycystic ovary syndrome. *Lancet* 2003; 361: 1894-901.
4. Stout DL, Fugate SE. Thiazolidinediones for treatment of polycystic ovary syndrome. Review. *Pharmacotherapy* 2005; 25: 244-52.

III. Psihosocialni in pravni vidiki spolnosti mladostnikov

ZNAČILNOSTI SPOLNEGA VEDENJA SLOVENSКИH SREDNJEŠOLCEV

Bojana Pinter

Uvod

Mladostniško obdobje je zaradi biološke in socialne nezrelosti zaznamovano z večjo ranljivostjo ob tveganih vedenjih, predvsem tistih, ki so povezana s prenosom spolno prenosljivih okužb ob spolnih odnosih in povezanih reproduktivnih posledic, kot sta neželena nosečnost in kasnejša neplodnost. Število nosečih mladostnic se v Sloveniji v zadnjih dveh desetletjih vztrajno zmanjšuje. Leta 1981 je zanosilo 61/1000 mladostnic starih 15 do 19 let, od tega je rodilo 37/1000 mladostnic, dovoljeno splavilo pa 24/1000; leta 2003 pa je zanosilo 15/1000 mladostnic, od tega je rodilo 6/1000 in dovoljeno splavilo 9/1000 mladostnic.

Raziskave spolnega vedenja slovenskih srednješolcev

Za oceno tveganja, ki so mu izpostavljeni mladi ob spolni aktivnosti, moramo vedeti, kdaj mladi začnejo s spolno aktivnostjo in ali je njihov odnos do lastne spolne aktivnosti odgovoren. Podatki dosedanjih raziskav v Sloveniji kažejo, da več kot polovica mladostnikov začne

s spolno aktivnostjo že v obdobju srednješolskega izobraževanja (raziskavi med ljubljanskimi srednješolci leta 1989 in 1994).

Leta 1996 smo izvedli prvo reprezentativno raziskavo o spolnem vedenju med 4706 slovenskimi srednješolci. Ugotovili smo, da je pri starosti srednješolcev 17 let imelo spolne odnose 38% srednješolcev. Srednja starost (mediana) pri prvem spolnem odnosu je bila 18,4 leta za dekleta in 19,0 let za fante. Ob spolnih odnosih so srednješolci najpogosteje uporabljali kondom (60%), kontracepcijske tablete (14%), prekinjeni odnos (4%), druge metode (3%), 19% pa jih ni uporabljalo nobene kontracepcije.

Spomladi leta 2004 smo ginekologi, ki smo povezani v mreži nosilcev varovanja spolnega in reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji, pod vodstvom Centra za mladostnike Ginekološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani in v sodelovanju z Zavodom za šolstvo RS izvedli reprezentativno raziskavo med 2380 slovenskimi srednješolci 1. in 3. letnikov v 48 naključno izbranih srednjih šolah. Podatke smo zbirali s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika. Nekaj ugotovitev raziskave:

- Zaljubljenih je že bilo 88% srednješolcev v 1. letniku in 92% srednješolcev v 3. letniku; na zmenku jih je bilo 66% v 1. letniku in 82% v 3. letniku; 76% v 1. letniku in 87% v 3. letniku se je že poljubljalo; izkušnje z božanjem pa je že imelo 62% v 1. letniku in 78% v 3. letniku. Malo manjši je delež srednješolcev z izkušnjami s pettingom (božanje spolnih organov pri ljubkovanju) - 36% v 1. letniku in 61% v 3. letniku. Skoraj četrtina (23%) srednješolcev v 1. letniku je že imelo spolne odnose (24% fantov, 21% deklet) in 53% v 3. letniku (52% fantov in 54% deklet).
- Pri prvem spolnem odnosu je kondom uporabilo 75% srednješolcev (74% 1. letnik; 75% 3. letnik), 7% parov je bilo zaščiteneh z kontracepcijskimi tabletami (6%; 7%) in 3% z kondomom in kontracepcijskimi tabletami hkrati (4%; 2%); brez kontracepcije je bilo 9% srednješolcev (9%; 8%). Trije odstotki so uporabili prekinjeni odnos (3%; 4%), 2% varne dni (2%; 2%) in 2% drugo metodo (2%; 2%). Pri zadnjem spolnem odnosu je bilo s kondomom zaščiteneh 55% srednješolcev (65%; 50%), s kontracepcijskimi tabletami

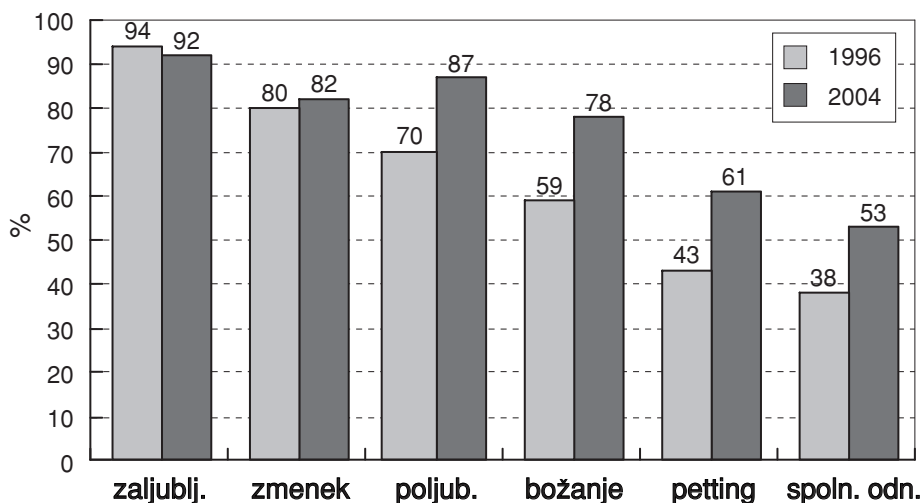
je bilo zaščitnih 25% srednješolcev (11%; 32%) ter 5% z kontracepcijskimi tabletami in kondomom hkrati (6%; 4%). Sedem odstotkov (8%; 7%) jih ni uporabilo nobene kontracepcije, 4% prekinjeni odnos (3%; 4%), 2% varne dni (3%; 1%) in 3% drugo metodo (4%; 2%).

- Na vprašanje o privlačnosti oseb istega spola je 3% fantov in 10% deklet odgovorilo, da jih privlačijo osebe istega spola, 2% fantov in 6% deklet pa je odgovorilo z »ne vem«. Dva odstotka srednješolcev in 10% srednješolk je že imelo vsaj enkrat spolni stik z osebo istega spola (fantje 1% enkrat in 1% pogosto; dekleta 6% enkrat, 3% nekajkrat, 1% pogosto). Med letnikoma ni razlik.

Primerjava med raziskavami

Primerjava raziskave iz leta 2004 z raziskavo iz leta 1996 kaže, da je v spolnem vedenju srednješolcev prišlo do sprememb v intimni komunikaciji. Če so se leta 1996 srednješolci najprej zaljubili, nato šli na zmenek, se kasneje začeli poljubljati, božati, čemur je sledil petting in kasneje spolni odnos, so se leta 2004 poljubljali še preden so bili na zmenku, ob katerem so se tudi že božali (diagram 1).

Diagram 1: Izkušnje v intimnih odnosih pri slovenskih srednješolcih starih 17 let, oba spola (1996, 2004).



Več srednješolcev je tudi spolno aktivnih. Srednja starost ob prvem spolnem odnosu (mediana), ko ima polovica slovenskih srednješolcev že spolne odnose, se je tako znižala iz 18,5 let na 17 let; pri 15. letih je bilo spolno aktivnih 24% fantov in 21% deklet. Po podatkih evropske študije Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) study iz leta 2001/2002, kjer so sodelovali tudi slovenski srednješolci, pa je bilo podobno spolno aktivnih 31% petnajstletnikov in 22% petnajstletnic, kar je nad povprečjem 30 sodelujočih držav (28%, 20%) in nas uvršča na 11. mesto po zgodnjem začetku spolne aktivnosti. Podatki iz Združenih držav Amerike iz študije National Survey of Family Growth (NSFG) pa kažejo, da se lahko začetek spolne aktivnosti tudi odmakne na kasnejši čas: delež spolno aktivnih petnajstletnikov se je od leta 1995 do leta 2002 v ZDA znižal – pri fantih z 21% na 15% in pri dekletih z 19% na 13%.

Kljub neugodni zgodnejši spolni dejavnosti slovenskih srednješolcev, pa se ugodno večja uporaba zanesljive kontracepcije. Leta 1996 je bilo z kontracepcijskimi tabletami zaščiteno 14% spolno aktivnih slovenskih srednješolcev starih 17 let, leta 2004 pa 32%, kar je verjetno vzrok že omenjenega ugodnega zmanjševanja deleža neželenih nosečnosti med mladostnicami. Pomembno je tudi, da se je delež srednješolcev, ki ne uporabljajo kontracepcije, znižal z 19% na 7%. Uporaba kondoma ob prvem spolnem odnosu pri petnajstletnikih (74%) je sredi razpona evropskih podatkov (HBSC – od 64% do 89%), slabša je uporaba kondoma ob zadnjem spolnem odnosu (65%) (HBSC – od 58% do 91%).

Preseneča tudi zviševanje deleža deklet, ki navajajo istospolne spolne stike: medtem, ko je delež fantov z istospolnimi spolnimi stiki bil enak leta 1996 in 2004 (2%), pa je delež pri dekletih narasel iz 2,5% na 10%. Podoben porast istospolnih spolnih stikov med ženskami navajajo tudi v ZDA. Morda je vzrok iskati v večji medijski popularizaciji istospolnosti, predvsem s strani popularne kulture.

A-B-C izbira

Zaskrbljujoča (pre)zgodnja spolna aktivnost nam, strokovnjakom, morda nalaga novo obveznost; da poleg spodbujanja uporabe kontracepcije, predvsem pa dvojne zaščite (hkratna uporaba kondoma in druge zanesljive kontracepcije ali pravilna in dosledna uporaba

kondoma), opozarjamo tudi na vrednost odlaganja prvega spolnega odnosa in vzdržnost od tveganih spolnih odnosov. Morda z A-B-C izbiro:

A-bstinenca: vzdržnost od tveganih spolnih odnosov: odlaganje prvega spolnega odnosa na kasnejši čas – na obdobje večje zrelosti; vzdržnost od spolnih odnosov z nekom, ki ga slabo poznamo; vzdržnost od spolnih odnosov, dokler se s partnerjem oz. partnerko ne spoznamo dobro in dokler odnos ni zaupljiv in zanesljiv; vzdržnost od spolnih odnosov, dokler partnerja nista sposobna poskrbeti za učinkovito zaščito ob spolnih odnosih,

B-odi zvest-a: zveza z enim stalnim zvestim neokuženim partnerjem in uporaba zanesljive kontracepcije; zmanjšanje števila spolnih partnerjev,

C-ondom: kondom: redna uporaba kondoma z ali brez druge zanesljive kontracepcije.

Zaključki

V zadnjem desetletju se je delež spolno aktivnih srednješolcev v Sloveniji zvišal, hkrati pa se je zvišala uporaba zanesljive kontracepcije, predvsem kontracepcijskih tablet. Uporaba kondoma je še vedno na zadovoljivi ravni, vendar pa je potrebno vedno znova spodbujati redno uporabo kondoma, samega ali hkrati z drugo zanesljivo kontracepcijo. Pozornost pa je treba posvetiti tudi zgodnjim spolnim odnosom in spodbujati odlaganje prvega spolnega odnosa.

Viri

1. Pinter B, Tomori M. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev. Zdrav Var 1998;37 (Suppl):133-6.
2. Pinter B, Tomori M. Sexual behavior of secondary-school students in Slovenia. Eur J Contracept Reprod Health Care 2000; 5:71-6 .
3. Currie C, Roberts C, Morgan A et al. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO

regional Office for Europe, 2004. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications>

4. Abma, JC, Martinez GM, Mosher WD, Dawson BS. Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002. Data from the National Survey of Family Growth. Vital and Health Statistics 2004; 23(24). Dostopno na: <http://www.cdc.gov/nchs/nsfg.htm>
5. Cates W. The »ABC to Z« approach. Condoms are one element in a comprehensive approach to HIV/STI prevention. Network 2003; 22 (4): 3-4. Dostopno na: <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/index.htm>

PSIHOLOŠKI VIDIKI SPOLNOSTI MLADOSTNIKOV

Zdenka Zalokar Divjak

Uvod

Kadarkoli želimo odgovoriti na vprašanja o spolnosti mladostnikov, se mi porodi cel kup razmišljanj, ker je potrebno upoštevati otrokovo doživljanje v določenem razvojnem obdobju, starševsko vzgojo in seveda sodobni čas, ki vzgoji naših otrok ni naklonjen.

Pomen poznavanja razvojne dobe mladostništva

Podlegli smo hitrosti sodobnega časa, ko se dogaja paradoksalno stanje. Naši otroci so zaradi boljših življenjskih razmer fizično napredovali, psihično in duhovno pa na marsikaterem področju nazadovali. Govorimo o čedalje občutljivejši in nesamostojni generaciji otrok. Mladostniki hrepenijo po »odraslosti«, kar vidimo v njihovem načinu govora, oblačenja, prezgodnjim spolnim odnosom. Toda to jim omogočamo odrasli. Pozabljamo, da so to še vedno predvsem bitja, ki funkcionirajo na čustveni ravni. Praktično to pomeni, da še niso zreli za odgovorno odločanje o spolnem vedenju.

Naloga staršev in vzgojiteljev je najprej poskrbeti za otrokovo varnost, ki izhaja iz naše ljubezni in skrbi zanj, potem pa ga pogumno

učiti za življenje. Učenje za življenje predvsem pomeni sprejemanje nalog, za katere so otroci na določeni razvojni stopnji sposobni.

V osnovnošolskem in srednješolskem obdobju so to najprej učenje in niz aktivnosti, ki dograjujejo otrokovo osebnost, oziroma samopodobo. Zavedati pa se moramo tudi dejstva, da je osnovna lastnost njihove dobe ravno velika občutljivost, ranljivost, hitra menjava razpoloženj, ker v tem obdobju ni v ospredju razum, temveč čustva. Mladostnik lahko na nekatere stvari gleda zelo zrelo, toda že pri naslednji preizkušnji omaga, in to moramo vedeti, kadar govorimo o formiranju njegove osebnosti.

Duh časa vzgoji ni naklonjen

Duh časa, v katerem živimo, narekuje našim mladostnikom lagodno življenje. Življenje iz dneva v dan in čim več užitkov. Uspeh je postal merilo in vrednota za odrasle in mladi seveda temu sledijo. Mediji imajo pri tem veliko moč, saj se mladi poistovetijo z »zvezdami«, ki so predvsem uspeli večinoma slučajno brez velikega napora. Mladostniki tako gradijo svojo osebnost s prepričanjem, da se jim bo že »ponudila priložnost«, kjer bodo lahko uspešni. Tako želijo prehitro odrasčati, da bi bili čim prej deležni vseh ugodnosti, ki jih prinaša odrasla doba.

Starši in vzgojitelji velikokrat ravno v obdobju pubertete odnehajo in obupajo s svojimi vzgojnimi prijemi. Preslepi jih že fizični videz otrok, ki kaže res podobo odraslega in še bolj psihični pritiski mladostnikov: »Vsi gredo, samo jaz ne smem.«, »Samo vi tečnarite, drugi starši se ne brigajo za družbo svojih otrok.« Ker se starši nimajo časa med seboj pogovoriti o vzgojnih načelih, ki jim bodo sledili, ker so velikokrat komajda kos svojim težavam, se tudi pred otroka ne znajo postaviti s trdnimi stališči.

K takšnemu stanju je veliko pripomogla tudi permissivna pedagogika, ki je v zadnjih desetletjih otrokom in mladostnikom dala veliko pravic in svobode, pozabila pa je terjati odgovorno obnašanje. Toda v vzgojnem pogledu je veliko lažje ogromno stvari narediti namesto otroka, kot pa ga naučiti, da se sam potruzi in tudi konča svoje obveznosti. Vse preveč se z otroki dogovarja in pogovarja o nalogah, ki jih morajo opraviti. Na ta način pa se naučijo manipulacij, izogibanj, laži, ker smo jim takšno vedenje odrasli preprosto omogočili.

Pomen dobrih odnosov v družini

Vedeti pa moramo, da otroci potrebujejo odrasle ravno zato, da jim znamo pokazati smeri in naloge, kako bodo pozitivno gradili svojo osebnost. Kadar otrok začuti, da odrasli tej nalogi nismo kos, si pač mora svoje sogovornike poiskati zunaj družine, šole. Toda povsem jasno je, da bo v primeru, če petnajstletna deklica zanosi, in se ne more ali ne upa zaupati staršem, iskala pomoč pri svojih vrstnicah. Kaj pa ji lahko pomagajo njene vrstnice? Odgovor je jasen. Otrok otroku ne more biti svetovalec v življenjskih vprašanjih, ker enostavno nima življenjskih izkušenj, ampak funkcionira na svoji, predvsem čustveni ravni.

Starši se tudi premalo zavedajo, da veliko otrok vstopi v prezgodnje spolno življenje zato, ker iščejo varnost in sprejetost. V družinah, kjer so slabi ali celo patološki medosebni odnosi, si mladostnik išče zatočišče pri svojih vrstnikih. Deklice pri malo starejših fantih (ki prav tako izhajajo iz takšnih razmer) in seveda slej ko prej pride tudi do spolnih odnosov. V svoji praksi sem imela veliko ravno takšnih primerov, ko mladostnica zbeži od doma k fantu in starši to dejstvo samo sprejmejo. Zelo redki so tisti, ki spoznajo, da so v svoji starševski vlogi zatajili, in da jo to vendarle le še otrok, ki se mora v tem obdobju predvsem ukvarjati z učenjem, športom, branjem, delom, itd.

Apatija in dolgčas

V primerih, ko se mladostnika prepusti samemu sebi, si največkrat izbere življenje v skladu s svojo trenutno naravo in željami. To pomeni, da pristanejo pri pasivnem delu –posedanju pred računalniki, televizijo, poslušanjem glasbe.

Izkušnje nam že leta kažejo, da morajo otroci, ki so navajeni »delati šolo za silo« in nimajo drugih obveznosti, svojo potrebo po dražljajih, uveljavljanju, pripadnosti nadomestiti z umetnimi stvarmi. Začnejo z manjšimi »žuri« in sobotnimi izhodi, potem pa postanejo od družbe, glasbe, izhodov prav odvisni, ker je to njihova duhovna hrana, saj jim zadovolji vse trenutne potrebe. Zavedati se moramo, da je potrebno za vzgojo vrednot učenja, dela, branja, narave, športa in humanosti delati z otrokom prav vsak dan, medtem ko se na zabavo zelo hitro privadijo in zelo težko odvadijo.

Če smo uspeli otroke navdušiti za življenjske naloge, kamor spadajo v prvi vrsti obveznosti, bodo imele tudi zabave in druge stvari svoje mesto. Nikoli se ni problem dogovoriti za izhode, ko obstaja med starši in otroki zaupanje, ko smo poskrbeli, da imajo otroci v svoji glavi na prvem mestu obveznosti in ne zabave, ko so življenjsko aktivni in zadovoljni. Starši smo ob tem njihovi svetovalci, zaupniki pa tudi kontrolorji, saj nas za otroke skrbi. Ko pa naši odnosi niso takšni, se znajdemo na nasprotnih bregovih. Mladostniki mislijo, da so odrasli pri odločanju (ne pa pri obveznostih), starši pa s svojo negotovostjo dopuščajo in popuščajo pri svojih zahtevah.

Zaključek

Otroci potrebujejo za svoje odraščanje predvsem odrasle, ki jim s svojimi vrednostnimi usmeritvami znajo pokazati, da je življenje velika naloga in odgovornost. To pa bo uspelo takrat, ko bomo z mladostniki ustvarili najprej odnos zaupanja, kar pomeni, da imamo starši, pedagogi, zdravniki trdna stališča o življenjskih vprašanjih.

Viri

1. Zalokar Divjak Z. Vzgajati z ljubeznijo. Krško: Gora, 2000.
2. Zalokar Divjak Z. Jaz in ti. Medosebni odnosi v sodobnem času. Krško: Gora, 2001.

MLADOLETNIKI KOT STORILCI IN ŽRTVE SPOLNEGA NASILJA

Vlasta Nussdorfer

Uvod

Nasilje je uporaba moči, potreba po prevladi, nadzoru, sredstvo za doseg ciljev in omejevanje človekovih pravic ter svoboščin.

Vemo, da mu je potrebno postaviti meje, ga zaježiti, mu preprosto reči: NE! A, to ni lahka naloga. Prepletlo je naš vsakdan, se zažrlo v vse pore družbe, srečujemo ga od vrtca do domov za starejše občane. Polni so ga mediji, celo v risankah zmagujejo močnejši; prestreljene žrtve se v filmih dvignejo in živijo naprej. Junak je torej, kdor ima moč; bodisi mišic ali psihe.

In kaj je z otroki, ki naj bi bili naše največje bogastvo? Mnogi med njimi so žal žrtve, nekateri celo storilci kaznivih dejanj. Tudi spolnega nasilja.

Mladoletniki kot storilci

Do dopolnjenega 14. leta so otroci kazensko neodgovorni, kar pomeni, da kot storilci kaznivih dejanj pred sodiščem ne odgovarjajo, o storitvi kaznivega dejanja so obveščeni le pristojni centri za socialno

delo, katerih naloga je spremljanje otroka in njegove družine ter seznanjanje s posledicami po dopolnjenem štirinajstem letu starosti. Storitev kaznivega dejanja pa je tako pri otroku kot tudi mladoletniku lahko signal, morda klic na pomoč.

Kazniva dejanja, ki jih najpogosteje storijo mladoletniki, so usmerjena zoper premoženje, pa tudi življenje oškodovancev. Med njimi prednjačijo premoženjski delikti (tatvine, vlomi, ropi, izsiljevanje,...), pa tudi različne oblike nasilja (grda ravnanja, lahke in hude telesne poškodbe, nasilništvo,...). K sreči so najhujša kazniva dejanja zoper življenje in telo, in med njimi umor, izjemno redka, prav tako spolne zlorabe. Še najpogosteje se pojavi spolno nasilje nad sovrstniki, zlasti v zavodih, kjer so znani t.i. »krsti« novincev. Spolni odnosi brez uporabe sile med sovrstniki namreč niso kaznivi.

Mladoletniki kot žrtve

Definicija spolne zlorabe otroka: Spolna zloraba je tisto dogajanje ali dejanje, ko se odrasli otroka dotika na način, ki ima seksualno obeležje in ga uporabi za zadovoljitev seksualnih potreb. Odrasli zlorabi svojo moč in avtoriteto ter otroka ujame v zanko, ga zavede ali celo na silo potisne v seksualno aktivnost, ki njegovi starosti in razvoju nikakor ni primerna.

Kazensko materialno pravo

Spolna nedotakljivost je vrednota, ki je zaščitena s kazensko zakonodajo, ne glede na starost žrtve. Otroci zaradi nezmožnosti svobodnega sprejemanja odločitev z daljnosežnimi posledicami, pa tudi zaradi svoje otroške ranljivosti, uživajo še posebno varstvo. Tako kazenski zakonik RS ščiti otroke do 15. leta starosti. Spremembe zakonodaje so prinesle zvišanje starostne meje s prvotnih 14 na 15 let. Konvencija o otrokovih pravicah govori o otroku do dopolnjenega 18. leta starosti. Osredotočimo se na »Kaznivo dejanje spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let«. Tu je zakonski tekst:

183. člen Kazenskega zakonika RS: Kaznivo dejanje spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let

1. Kdor spolno občuje ali stori kakšno drugo spolno dejanje z osebo drugega ali istega spola, ki še ni stara petnajst let, pri

čemer obstaja očitno nesorazmerje med zrelostjo storilca in žrtve, se kaznuje z zaporom od enega do osmih let.

2. Kdor stori dejanje iz prejšnjega odstavka z osebo, ki še ni stara deset let ali s slabotno osebo, ki še ni stara petnajst let, ali tako, da uporabi silo ali zagrozi z neposrednim napadom na življenje ali telo, se kaznuje z zaporom najmanj treh let.
3. Učitelj, vzgojitelj, skrbnik, posvojitelj, roditelj, duhovnik, zdravnik ali druga oseba, ki z zlorabo svojega položaja spolno občuje ali stori kakšno drugo spolno dejanje z osebo, ki še ni stara petnajst let in mu je zaupana v učenje, vzgojo, varstvo in oskrbo, se kaznuje z zaporom od enega do desetih let.
4. Kdor v okoliščinah iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena kako drugače prizadene spolno nedotakljivost osebe, ki še ni stara petnajst let, se kaznuje z zaporom do petih let.

Za 1. odstavek omenjenega člena je pomembno, da dejanje stori oseba, pri kateri obstaja očitno nesorazmerje med njegovo zrelostjo in zrelostjo žrtve (dovoljeni so namreč spolni odnosi mladoletnih oseb, pri katerih ne obstaja tako nesorazmerje; praviloma gre za vrstnike, vendar pri teh odnosih ne sme biti uporabljena sila).

Če je dejanje storjeno z osebo, ki še ni stara 10 let ali s slabotno osebo, ki še ni stara 10 let ali slabotno osebo, ki še ni stara 15 let ali tako, da uporabi storilec silo ali zagrozi z neposrednim napadom na življenje ali telo, je moč izreči najvišjo kazen, to je od treh do petnajst let zavora. V 3. odstavku so navedene osebe, ki imajo poseben odnos do žrtve, saj so jim te zaupane v učenje, vzgojo in varstvo in oskrbo, pri dejanjih pa storilci zlorabijo tak položaj. V zadnjem odstavku storilec na drugačen način prizadene spolno nedotakljivost osebe, ki je mlajša od 15 let. V teh primerih gre za nedostojna vedenja, masturbiranja, razkazovanja spolnih organov,...

Pomembno je poudariti, da je ***tudi vsak poskus spolnega napada na otroka oziroma spolnega nasilja ali posilstva nad odraslo osebo kazniv***. Zdravnik je tisti, ki za sum spolne zlorabe ali posilstva lahko izve neposredno od otroka ali odrasle osebe.

Kaj pomeni opustitev ovadbe kaznivega dejanja ali storilca, določa 286. člen KZ. V 1. odstavku je namreč navedeno, da kdor ve

za storilca kaznivega dejanja, za katero je z zakonom predpisana kazen 20 let ali kdor samo ve, da je bilo takšno dejanje storjeno, pa tega ne naznani, čeprav je od take ovadbe odvisno, da se storilec ali dejanje pravočasno odkrijeta, se kaznuje z zaporom do 3 let.

V praksi to pomeni le opustitev ovadb najhujših kaznivih dejanj, to je umorov na grozovit način, iz koristoljubnosti, na zahrbtnen način,... Kazniva dejanja s področja spolnosti nimajo tako visoko zagrožene kazni.

Pomemben je 2. odstavek tega člena, ki pravi, *da uradna oseba, ki vedoma opusti ovadbo kaznivega dejanja, za katerega zve pri opravljanju svoje službe, če je zanj z zakonom predpisana kazen, hujša od treh let, storilec pa se preganja po uradni dolžnosti, se kaznuje z zaporom do treh let.* V tem primeru bi šlo za opustitev ovadbe vseh kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost, a le s strani uradnih oseb. *In vendar velja opozoriti na določbo 3. odstavka tega člena, ki pravi, da tisti, ki opusti tako ovadbo, se ne kaznuje, če mu je storilec zakonec, oseba, s katero živi v zunajzakonski skupnosti, krvni sorodnik v ravni vrsti, brat ali sestra, posvojitelj ali posvojenec ali če je on storilcu zagovornik, ZDRAVNIK ali spovednik.*

Nedvomno pa šteje ovadba kaznivega dejanja za splošno in javno korist, večjo od koristi ohranitve skrivnosti storilca in njegovega dejanja. Tu ni dileme.

Kazensko procesno pravo

O dolžnosti pričevanja in oprostitivi le-teh govori 236. člen Zakona o kazenskem postopku (ZKP), ki v 5. odstavku določa, da so odvetnik, zdravnik, socialni delavec, psiholog ali druge osebe oproščene dolžnosti pričevanja za dejstva, za katere so izvedeli pri opravljanju poklica, če velja dolžnost, da morajo ohraniti kot tajnost tisto, kar so izvedeli, razen v primerih, ko gre za spolne napade na otroke, zanemarjanje mladoletnih otrok in surovo ravnanje.

Ko gre za otroke, ki so žrtve kaznivega dejanja, obstaja tako prijavna dolžnost zdravnika kot tudi dolžnost pričanja zdravnikov.

Komu prijaviti? Kaznivo dejanje, ki ga zdravniki zaznajo v okviru svoje službe, lahko prijavijo neposredno nadrejenim, ti pa:

- policiji,
- pristojnemu centru za socialno delo ali
- neposredno tožilcu.

Za prijavo ni nujno, da je strokovna, dovolj je, da je iz teksta moč razbrati, da je bilo dejanje na škodo določene osebe storjeno oz. obstaja za to sum. Vse ostalo je na organih odkrivanja in kasneje pregona ter sojenja.

Nujni pa so zapisi v zdravstvenih kartonih.

Zaključek

Pomembno je torej vedeti, da so spolni odnosi med vrstniki dovoljeni, če pri njih ni uporabljena sila ali če ne gre za oškodovance kot slabotne osebe. Vsak spolni odnos z uporabo sile pa je kazniv, ne glede na to, kakšno je medsebojno razmerje, starost in zrelost.

Zdravniki – predvsem ginekologi, se pri svojem delu pogosto srečujejo z žrtvami kaznivih dejanj, pa čeprav te o dejanjih govorijo ali ne. Pomembno je, da so pri tem pozorni, saj včasih in to neredko, pridejo k njim tudi zato, da bi jim na neki način odkrili dejanje. Pozorni morajo biti tudi na morebitne »klice na pomoč«, ki so zlasti pri otrocih v spremembah na njihovem zdravju, zunanosti ali celo psihi.

Če pri dejanju zvedo, da je dekle noseče in obstaja sum, da gre za spolno zlorabo, pa je potrebno **splav opraviti tako, da del zarodka ostane za preiskavo DNK**. Ta lahko potrdi storilca kaznivega dejanja. Včasih je to kasneje edini dokaz. Bolje je torej narediti več kot manj.

Viri

1. Kazenski zakonik RS, Uradni list RS, 63/94, 70/94, 23/99, 40/04.
2. Zakon o kazenskem postopku, Uradni list RS, 116/03, 43/04.
3. Zakon o državnem tožilstvu, Uradni list RS, 63/94, 59/99, 14/03.

PRIJAVNA DOLŽNOST ZDRAVNIKA IN SPOLNO NASILJE

Jože Balažic

Uvod

Ko govorimo o spolnem nasilju, imamo pred očmi spolno nasilje nad odraslo osebo in spolno nasilje nad otroci do 15. leta starosti in nad mlajšimi mladoletniki do polnoletnosti. Razdelitev na več skupin je pomembna predvsem z vidika obravnave spolnega nasilja na različnih ravneh zdravstvene oskrbe. Med seboj se tesno prepleta zdravstvena dejavnost na področju pediatrije, ginekologije, šolske medicine in osebnega izbranega zdravnika. Ne smemo pozabiti na pomembno vlogo šolskih psihologov, ki vedno pogosteje zaznajo na tak ali drugačen način prisotnost spolnega nasilja v sredini, kjer delajo predvsem z mladimi. Zdravniku pogosto ni čisto jasno, kaj vse so lahko kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost in zmotno misli, da je to samo posilstvo, ki ga je objektivno lahko dokazal s pomočjo pregleda ali drugih metod (laboratorijsko podprta diagnoza). Pomembno je posebej poudariti, da je borba zoper spolno nasilje tudi zdravnikova prijavna dolžnost kot etična in pravna kategorija.

Pravna odgovornost zdravnika

Pravni red pozna več oblik spolnega nasilja, ki jih opredeljuje kot »Kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost«. Ta dejanja so predvsem posilstvo, spolno nasilje (predvsem fizično), spolna zloraba slabotne osebe, spolni napadi na otroka, krvoskrunstvo, kršitve spolne nedotakljivosti z zlorabo položaja, zvodništvo, posredovanje pri prostituciji ter prikazovanje in izdelava pornografskega gradiva mladoletnim osebam.

Spolno nasilje je prisotno v vseh socialnih in kulturnih okoljih, ne glede na izobrazbo, socialni položaj, premoženjsko stanje in druge okoliščine. Spolno nasilje se lahko zgodi kjerkoli in ne samo v zatemnjenih ulicah in parkih. Pogosto se dogaja tudi v družinah, prav tako pa poznamo tudi istospolno spolno nasilje. Za družbo veljajo splošna načela in sicer:

- če o spolnem nasilju molčiš, se obnašaš, kot da ga ni, v resnici pa ga je veliko,
- če o njem zbijaš šale in praviš, da to ni nič takega, pozabljaš, da ima v resnici za žrtev vedno hude posledice,
- če praviš, da so žrtve spolnega nasilja same krive, potem opravičuješ nasilje in nasilneže, žrtve pa prepuščaš same sebi.

Spolno nasilje že dolgo ni več nekaj, kar se tiče samo žrtve in storilca, temveč sodi med kazniva dejanja, ki jih zakonodaja v različnih državah različno opredeljuje, v vsakem primeru pa ga razume kot tako družbeno škodljivo dejanje, da ga sodno preganja. V ta krog je zdravnik tesno vpet, če to hoče ali pa tudi ne. Najpogosteje se predvsem ginekolog srečuje s posilstvom ali njegovim poskusom. Za kaznivo dejanje posilstva je predviden uradni pregon, kar pomeni, da zadostuje, če žrtev sama ali kdo drug prijavi to kaznivo dejanje ali katerokoli kaznivo dejanje iz skupine spolnega nasilja. Ta »kdo drug« je nedvomno tudi zdravnik katerekoli specialnosti, če tako dejanje zazna, obravnava ali zdravi posledice.

Za prijavo je neposredno odgovoren zdravnik, ki se s pacientom sreča ali ga obravnava. Za sam sum spolne zlorabe lahko izve od otroka ali od odrasle osebe. Kazenski zakonik Republike Slovenije v 286. členu določa med drugim tudi zdravnikovo prijavno dolžnost. To je razvidno predvsem iz drugega odstavka tega člena, ki pravi, da

»uradna oseba, ki vedoma opusti ovadbo kaznivega dejanja, za katerega izve pri opravljanju svoje službe, če je zanj z zakonom predpisana kazen, hujša od treh let, storilec pa se preganja po uradni dolžnosti, se kaznuje z zaporom do treh let«. Če to dikcijo dobro preštudiramo, jo razumemo, da bi v tem primeru šlo za opustitev ovadbe vseh kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost. Obveznost take prijave obstoji vselej takrat, kadar gre za spolno nasilje nad otroci, mlajšimi od 15 let. Prej citirani člen v svojem tretjem odstavku navaja, kdaj opustitev prijave ne pomeni kazni za tistega, ki takega kaznivega dejanja ni prijavil. To je predvsem v primerih, kadar je storilec zakonec, oseba, s katero živi v izvenzakonski skupnosti, krvni sorodnik v ravni vrsti, brat ali sestra, posvojitelj ali posvojenec ali če je »prijavitelj« storilcu, zagovornik, zdravnik ali spovednik. **V spremembi zakonodaje pa je zdravnik dolžan prijaviti vsa kazniva dejanja na škodo mladoletnih otrok, to je vsako obliko spolnega nasilja, zanemarjanja ali surovega ravnanja z otroki, mlajšimi od 15 let.** Zakon na ta način zdravnika avtomatsko odvezuje poklicne skrivnosti, saj se ovadba šteje za splošno javno korist, ki je večja od koristi ohranitve skrivnosti storilčevega dejanja.

Vsaka prijava takega kaznivega dejanja bo povzročila začetek preiskave. Preiskovalni postopek in vsi sodni postopki, ki mu sledijo, vključno z obravnavo na sodišču, bodo tekli neodvisno od zdravnikove volje, ki je opravil prijavno dolžnost. V vseh teh postopkih zdravnik nastopa kot priča in nima pravice do pravnega zastopnika (zagovornika) kot jo ima obdolženi. Priporočljivo je, da si zdravnik dogodek kmalu za tem, ko se je zgodil in ga je obravnaval v svoji ambulanti, zabeleži z vsemi podrobnostmi. Med enim in drugim zaslišanjem lahko poteče več časa; medtem o dogodku morda ne boste več razmišljali ali pa ga boste skušali pozabiti. Tako boste dejansko lahko pozabili podrobnosti, ki bodo pomembne za dokazovanje pred sodiščem. Zdravnik se bo tako pred sodiščem znašel kot priča, lahko pa tudi kot izvedenec, vendar ne kot osebni zdravnik, zdravnik v dežurni službi in podobno, kjer tak zdravnik praviloma ne more biti izvedenec. Poleg navedenega je zdravnik, ki je spolno nasilje zaznal v tej ali oni obliki, dolžan zavarovati vse materialne dokaze (brisi, odvzemi tkiva pri umetni prekinitvi nosečnosti kot posledici kaznivega dejanja, morebitna fotodokumentacija, ipd.).

Poklicna odgovornost zdravnika

Določila Kodeksa medicinske deontologije Slovenije nalagajo zdravniku obveznosti predvsem takrat, kadar opazi zlorabo, mučenje, pomanjkljivo ali kvarno vzgojo. Takrat je dolžan opozoriti odgovorne institucije in tako je dolžan po svojih močeh storiti vse v zaščito otroka. Zdravnik je po kodeksu razrešen poklicne molčečnosti med drugim tudi, če tako določajo z zakonom sprejete posebne določbe. Sankcioniranje zdravnikovih kodeksnih kršitev pa je prepuščeno Razsodišču Zdravniške zbornice Slovenije, ki zdravniku – kršilcu lahko izreče določen ukrep. Prav tako mora zbornično razsodišče v skladu s Pravilnikom o delu razsodišča uvesti postopek zoper zdravnika, ki je bil pravnomočno kaznovan. To bi prišlo v poštev, če bi bila zdravniku izrečena zaporna kazen do treh let zaporar zaradi opustitve svoje prijavnne dolžnosti ugotovljenega ali posumljenega kaznivega dejanja spolnega nasilja do starosti 15 let.

Predpisovanje kontracepcijskih tablet dekletom, mlajšim od 15 let

Dilema, ali je zdravnik dolžan obvestiti starše mladoletnice, mlajše od 15 let, ali si pridobiti njihovo privolitev, kadar predpisuje kontraceptive, ni nova. V smislu Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je prav gotovo krovni zakon na področju zdravstva, je staršem ali skrbnikom prepuščeno popolno odločanje o vseh bolnikovih pravicah v zvezi z zdravljenjem. Podobno dikcijo povzema tudi osnutek zadnje verzije Zakona o bolnikovih pravicah, ki je v proceduri sprejemanja v Državnem zboru. Citirani osnutek zakona natančno definira pojem medicinskega posega, ki je vsako ravnanje, ki ima preventivni, diagnostični, terapevtski ali rehabilitacijski namen in ki ga opravi zdravnik ali drug zdravstveni delavec ali sodelavec. Oba pravna akta sta si enotna pri naštevanju bolnikovih pravic, kjer med drugimi pravicami določata tudi pravico do obveščenosti in sodelovanja pri zdravljenju ter dati soglasje ali odklonitev za kakršenkoli medicinski poseg. V zaključku člena o bolnikovih pravicah prav tako zasledimo popolnoma identično dikcijo: »Za otroke do 15. leta starosti in za osebe pod skrbništvom uveljavljajo pravice iz prejšnjega odstavka njihovi starši oziroma njihovi skrbniki«.

Nobeden od citiranih predpisov natančno ne opredeljuje, kdaj nastopijo dejstva, da mladoletna oseba ni sposobna privolitve v medicinski poseg, ki se sme opraviti le, če ga dovolijo starši oz. skrbniki. Če pravni predpis dobro razumemo, je tudi predpisovne kontraceptivov medicinski poseg, ki ima sicer preventivni namen, je pa hkrati tudi neke vrste zdravljenje, saj pomeni zaužitje kontracepcijske tablete vnos kemične snovi in hormonov v organizem, za kar je potrebna privolitev. Izčrpen pogovor z mladoletnico in njenimi starši bi ob upoštevanju dejstva, da se je aktivno spolno življenje spustilo pod obdobje 15. leta starosti, lahko brez konfliktov dosegel zaželeni cilj.

Zaključek

Iz prikazanega je moč zaključiti, da je zdravnikova prijavna dolžnost podvržena pravnim in kodeksnim predpisom in da je to obveznost, ki jo je zdravnik pri svojem delu dolžan spoštovati. S spoštovanjem in izvajanjem prijavne dolžnosti zdravnik lahko bistveno pripomore k odkrivanju in preganjanju nasilja v naši družbi.

Viri

1. Profesionalna etika pri delu z ljudmi. Zbornik predavanj. Maribor: Univerza v Mariboru, 1996: 5-426.
2. Kodeks medicinske deontologije Slovenije, Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 1992, 1997.
3. Vlada RS. Urad za enake možnosti. Zloženska »To je moje telo«. Dostopno na <http://www.uem-rs.si/slo/publikacije>.
4. Kazenski zakonik Republike Slovenije, Uradni list RS, št. 95/2004. Dostopno na <http://www.aas.si/pravni-viri/kzrs-fr1.html>.

DILEME PRI OBRAVNAVI SPOLNO AKTIVNIH MLADOSTNIC

Andreja Štolfa – Gruntar, Barbara Požlep

Uvod

Današnji otroci pri nas bistveno prej kot vrstniki pred desetletji ali celo stoletjem spoznavaajo spolnost in spolno prakso, saj so sporočila medijev, ki jih gledajo, berejo, poslušajo in vidijo tudi otroci, polna spolne vsebine. Spremenilo se je tudi obnašanje ljudi, ki so v medsebojnih odnosih marsikdaj bolj odprti, spolnost je detabuizirana. Naravna radovednost mladostnikov in njihov prebujeni spolni nagon jih ob zunanjih spodbudah pogosto zelo hitro zaneseta v spolno prakso, čeprav čustveno in socialno še niso zreli za spolno zvezo.

Delo v ginekološki ambulanti z mladostnicami

Mladostnice pridejo prvič v ginekološko ambulanto na pregled pogosto zaradi zelo splošnih težav, kot so npr. dismenoreja, obilen beli tok, motnje menstruacijskega ciklusa, bolečine v trebuhu, na ultrazvočnem pregledu abdomna opažena nepomembna cista itd. Ob takih priložnostih jih največkrat na pregled pospremiijo starši, ki pomagajo pri začetnem pogovoru in pri anamnezi. Po želji dekleta je spremljevalec pri telesnem pregledu prisoten ali pa zapusti ambulanto,

da je dekle z ginekologom samo. Ob nadaljevanju pregleda, ko sta ginekolog in dekle sama, pogosto dobimo še dodatno anamnezo, ki je dekle pred spremljevalcem ni bila pripravljena zaupati, če se tiče staršem nezaupane spolne prakse, saj je ginekologu navadno ne zamolčijo.

Problem nastane pri zapisu stanja v kartoteko in izdaji izvida za drugega, napotnega zdravnika, če dekle prosi, naj zapišemo tako, da starši ne bodo vedeli, da je že imela spolne odnose. Ob eventualni naslednji kontroli lahko pride do neujemanja med zapisanim v kartoteki in povedanim ali zapisanim izvidom za napotnega zdravnika.

Če se ob pogovoru z zdravnikom dekle odloči za zaščito z oralnimi kontraceptivi, pa dekle namerava to skriti pred starši, se zdravnik znajde pred dilemo, ali mora pridobiti soglasje staršev za predpis zdravila. Ginekologi smo pri delu z mladostnicami namreč pogosto v dilemi, kako ravnati, saj moramo po eni strani ohraniti zaupnost do pacientke, po drugi strani pa se zavedamo, da imajo starši pravico in dolžnost, da so obveščeni in odločajo o zdravljenju svojega otroka.

Pri delu v ambulantni si moramo za pregled spolno aktivnega dekleta, ki je mlajše od 15 let, vzeti dovolj časa in jo obravnavati s posebno skrbnostjo. Zakonsko gledano so to otroci in bi morali vsako njihovo spolno aktivnost obravnavati kot potencialno spolno zlorabo, ker so spolni odnosi z otroki mlajšimi od 15 let, v primeru, da gre za očitno nesorazmerje med partnerjema v spolnem odnosu, predmet kazenskega pregona. Zato moramo pri teh dekletih še posebno skrbno vzeti anamnezo, da vemo, da v spolnost vstopajo po lastni izbiri in želji in povprašati jih moramo tudi po spolnih partnerjih (starost, socialno razmerje), da ugotovimo, da ne gre za morebitno spolno zlorabo.

Zgodi se, da mati pripelje na pregled in po zaščito pred nezaželeno nosečnostjo svojo spolno aktivno hčer. Če je hči mlajša od 15 let, je nujno potrebna skrbna anamneza s strani obeh, da se prepričamo, da zagotovo ne gre za eventualno spolno zlorabo. Če smo v dvomih, vključimo po potrebi še pregled pri psihologu ali posvet pri socialnem delavcu in dekle naročimo na ponovno kontrolo. Pomembno je, da je v dvomu ne izgubimo iz obravnave. Če opazimo elemente spolne zlorabe ali ne moremo izključiti spolne zlorabe, napišemo prijavo občinskemu centru za socialno delo ali mladinskemu oddelku kriminalistične

policije. Ginekolog težko sledi nejasnemu ali sumljivemu primeru, saj nima mehanizmov, ki jih lahko uporabita omenjeni dve službi, ki sta v zadnjih letih naredili velike korake pri obravnavi spolnih zlorab in se za to usposobljeni ljudje teh zadev lotevajo na primeren način na kakovostno visoki ravni. Pogosto je pred pismeno prijavo dobro vzpostaviti tudi telefonski stik z usposobljeno osebo.

Nosečnost pri mladostnici

Mladostnica lahko pride na pregled noseča. Velika večina nosečnosti je nenačrtovanih in neželenih in si dekleta želijo umetno prekinitev nosečnosti. Tudi v teh primerih moramo biti pozorni na možnost eventualne spolne zlorabe. Če se zaupajo staršem ali vsaj enemu od njiju, pri reševanju težav z obravnavo take mladostnice sodelujejo starši.

Včasih dekle tudi po pogovoru z ginekologom in obravnavi pri socialnem delavcu odklanja kakršnokoli obveščenost staršev. Po navodilu za izvrševanje Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok iz leta 1977 ima mladoletna oseba pravico, da sama zahteva prekinitev nosečnosti in da se spoštuje njena želja glede obvestila staršem. Dilema nastane, kadar se ob umetni prekinitvi nosečnosti ali po njej pojavijo zapleti zaradi posega. O nastalih zapletih in njihovem zdravljenju morajo biti starši mladoletnih otrok praviloma obveščeni, zdravniki pa vendar svojim mladoletnim pacientkam dolgujemo tudi zaupnost. Tako pogosto v dogovoru z mladostnico ob zapletu v teku hospitalizacije ali po njej posredujemo staršem le del informacij.

Primeri iz prakse

Pri obravnavanju deklic in mladostnic se ginekolog srečuje s številnimi vprašanji, ki jim pogosto ni kos. V razmislek predstavljamo naslednje primere pri nas obravnavanih deklet:

1. BA, 14 let. Prihaja v spremstvu matere zaradi dismenoreje. Po pogovoru z obema skupaj deklico pregledamo brez navzočnosti matere. Takrat nam deklica zaupa, da ima redne spolne odnose do dvakrat tedensko s 17-letnim vrstnikom. Po pregledu deklice v pogovoru, pri katerem je navzoča tudi mama, deklici predlagamo

terapijo s peroralno hormonsko kontracepcijo, vendar mati nasprotuje terapiji.

Ali je prav, da dekličino skrivnost ohranimo zase? Ali ji lahko predpišemo peroralno kontracepcijo brez vednosti staršev?

2. ŠT, 13 let. Pri nas je bila pregledana zaradi obilnega izcedka. Čez 2 meseca želi mati podatek o hčerini nedolžnosti. Deklica je bila nato pregledana pod pretvezo kontrole po zdravljenju izcedka, ob pregledu je bil himen cel. Leto dni kasneje pride deklica (14 let) ponovno na ginekološki pregled, tokrat je himen natrgan.

Ali lahko starši zahtevajo pregled mladoletnice? Z njeno privolitvijo? Brez privolitve?

3. JS, 14 let. Deklica napotena k nam z oddelka za mentalno zdravje psihiatrične klinike zaradi dismenoreje ob hormonski terapiji. Dekle ima redne spolne odnose s skoraj 18-letnim partnerjem. Dekletu predpišemo peroralno kontracepcijo. Ker »je imela težave z drogami (i.v.)«, želi odvzem krvi na teste za aids, tako da dobi izvid v roke.

Ali smo dolžni komu sporočiti izvid testov? Komu?

Zaključek

Ginekolog si mora za pregled mladostnice vzeti veliko več časa kot za pregled odrasle ženske, saj mora vse faze pregleda – anamnezo, pogovor o načinu pregleda, pregled, posvet o zdravljenju – opraviti nadvse skrbno in nežno; zelo pozoren mora biti na probleme, ki jih mladostnica lahko ima, pa jih ne zna izpostaviti. Pregled vedno vsebuje tudi zdravstveno vzgojo in svetovanje mladostnici.

Na številna vprašanja še nimamo odgovorov, zato je pogosto smotrno celosten in timski pristop oziroma sodelovanje ginekologa, socialnega delavca, pediatra, kriminalista, psihologa in osebnega zdravnika.

Viri

1. Požlep B, Štolfa A, Fetih A et al. Spolna zloraba in umetna prekinitev nosečnosti. In: Pinter B, Pretnar-Darovec A (eds).

Umetna prekinitev nosečnosti v Sloveniji. 1. spominski sestanek prof.dr. Lidije Andolšek-Jeras, Ljubljana 19. november 2004. Ljubljana: SPS Ginekološka klinika Klinični center Ljubljana, 2004: 39-45.

2. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Uradni list SRS: 11/1977.
3. Navodilo za izvrševanje zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Uradni list SRS: 15/1977.

IV. Posterji

PROGRAMI VZGOJE ZA VARNO IN ODGOVORNO SPOLNOST V SLOVENSКИH ŠOLAH

Fani Čeh, Bojana Pinter

Uvod

V slovenskih osnovnih in srednjih šolah spolna vzgoja ni sestavni del učnih načrtov. Namesto tega so vsebine spolnega zdravja v osnovnih šolah le delno obravnavane, v srednjih šolah pa le v okviru izbirnih vsebin. Poleg tega ni nobenih enotnih kriterijev o vsebini spolne vzgoje in izvajalcih.

Brez systemske spolne vzgoje je vrednost informacij in vpliv takšne spolne vzgoje omejen. Ker se začetek spolnega življenja med mladostniki v Sloveniji znižuje in tako zvišuje tveganje za neželene posledice spolne aktivnosti, je formalna spolna vzgoja v Sloveniji nujno potrebna.

Programa »O tebi« in »O vama«

Z namenom, da presežemo pomanjkljivosti šolskega sistema in vzpodbudimo učitelje (pretežno učitelje biologije in šolske svetovalce), da obravnavajo teme iz spolnega zdravja, je bil leta 2001 v osnovne šole uveden didaktično-metodični program »O tebi«, ki

ga je razvilo in sponzoriralo podjetje Procter & Gamble. Idejo smo slovenski strokovnjaki nadalje razširili tako, da smo za srednje šole pripravili program »O vama«, ki ga je sponzoriralo podjetje Schering AG Slovenija.

Program **»O tebi«** sestavljajo priročnik za učitelje s šestimi prosojnicami in knjižice za dekleta in fante sedmih oz. osmih razredov osnovnih šol ter starše. Glavni temi sta puberteta in osebna higiena. Vpeljavo programa smo podprli s številnimi seminarji za učitelje. Do sedaj je bilo v ta program vključenih več kot 90 % slovenskih osnovnih šol.

Program **»O vama«** sestavljajo priročnik za učitelje z desetimi prosojnicami in brošure za mladostnike prvih letnikov srednjih šol. Glavne teme so spolno vedenje, kontracepcija in spolno prenosljive okužbe. V prvem letu se je v program vključilo več kot polovica slovenskih srednjih šol, za katere smo pripravili tudi izobraževalne seminarje.

Evalvacija obeh programov je pokazala izjemno dober odziv in potrdila močno potrebo po tovrstni podpori učiteljem ter učencem in dijakom.

Zaključek

Uspešnost programov »O tebi« in »O vama« je potrdila veliko potrebo po sistemski spolni vzgoji v Sloveniji. Ob odsotnosti sistemske podpore se je pomoč farmacevtskih in drugih podjetij izkazala za koristno.

SREČNA MLADOST – ZDRAVA SPOLNOST

Marta Peklar, Renata Toff – Jovan, Olga Kambič

Uvod

V primarnem zdravstvenem varstvu je zdravstvena vzgoja pomembna za doseganje strateških ciljev na področju celostnega zdravja mladih. Zdravstvena vzgoja je prepletanje izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti z namenom informirati in motivirati posameznika, da aktivno skrbi za svoje zdravje. Zdravstveno vzgojni programi naj bi mu z različnimi oblikami in metodami dela omogočili oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja.

Zdravstveno vzgojni projekt »Srečna mladost – zdrava spolnost«

V zdravstvenem domu Ljubljana-Šentvid četrto leto zapored poteka zdravstveno vzgojni projekt »Srečna mladost – zdrava spolnost«, ki ga sofinancira Mestna občina Ljubljana.

Namen svetovalnega dela za mladostnike je, da se mladim fantom in dekletom po doktrinarno izdelanih zamislih svetuje in jih nauči, da živijo polno življenje ob varni spolnosti. Ozaveščen in motiviran mladostnik s pozitivnim odnosom do zdravja je usmerjen

v zdravo vedenje in prevzema večjo odgovornost za zdravo spolnost. Zgodnje spolno življenje prinaša večje tveganje za okužbe s spolno prenosljivimi boleznimi zaradi menjave spolnih partnerjev, prav tako pa predstavlja dejavnik tveganja za zgodnjo obolevnost raka na materničnem vratu. Pomembna naloga zdravstveno vzgojnega dela je tudi učinkovito preprečevanje neželene nosečnosti pri mladostnicah. Nosečnost je tvegana zaradi bioloških, duševnih in socialnih posledic ter je povezana z večjim deležem bolezni v nosečnosti, porodnih zapletov in umrljivosti.

V program so vključeni učenci osmih in devetih razredov osnovnih šol ter dijaki prvih letnikov gimnazije na območju zdravstvenega doma Ljubljana-Šentvid. Odločitev mladostnika za vključitev v program je prostovoljna.

Odgovorna nosilka in izvajalka programa je Marta Peklar, dipl. m.s., pri izvajanju programa sodeluje tim ginekološkega dispanzerja: Renata Toff-Jovan, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, in Olga Kambič, m.s.. Če je potrebno, se pri reševanju problemov mladostnikov povežemo tudi z ostalimi službami v okviru zdravstvenega doma

Zdravstveno vzgojno delo poteka kot nadgradnja sistematskim pregledom. Mladostniki so povabljeni na ogled ginekološke ambulate in pogovor o tem, kdaj, zakaj in kako prvič k ginekologu. Predstavljena jim je posvetovalnica za mlade, tako da vedo, kje poiskati pomoč, ko so v stiski.

V osmih razredih poteka skupinski pogovor ter svetovanje in odgovarjanje na anonimna vprašanja na njihovih osnovnih šolah v okviru pouka. Letošnje šolsko leto bodo vključeni v program tudi gimnazijci prvih letnikov na našem področju.

Cilji programa so:

- kratkoročni: premagovanje strahu, informiranje o kontracepciji in spolno prenosljivih boleznih, oblikovanje stališč do spolno prenosljivih bolezni, reševanje kriznih situacij ter priprava na prvi ginekološki pregled,
- dolgoročni: zmanjševanje neželenih nosečnosti pri mladostnicah ter zmanjševanje spolno prenosljivih bolezni,
- globalni: srečna mladost – zdrava spolnost.

Zaključek

Za vrednotenje mladostniki ocenijo srečanje z anonimno anketo. Analiza dosedanjih anket kaže, da si mladi takih srečanj želijo – celo več, želeli bi, da se naše sodelovanje še razširi.

VPLIV MIKROSATELITNEGA POLIMORFIZMA V GENU SHBG NA SERUMSKE KONCENTRACIJE SHGB PRI ŽENSKAH S SINDROMOM POLICISTIČNIH JAJČNIKOV

Polonca Ferk, Ksenija Geršak, Nataša Teran

Izhodišča

Sindrom policističnih jajčnikov (PCOS) je pogosta endokrina motnja pri ženskah v rodnem obdobju. Glavne značilnosti so hiperandrogenemija in hiperandrogenizem ter kronična anovulacija. Kljub številnim raziskavam patogeneza PCOS še ni zadovoljivo pojasnjena. Glede na pojavljanje v družinah in glede na heterogeno klinično sliko ima PCOS verjetno oligogensko multifaktorsko ozadje.

Bolnice s PCOS imajo pogosto znižane serumske nivoje specifičnega vezavnega globulina za spolne hormone (SHBG), ki so lahko vzrok za večje koncentracije in s tem močnejše učinke biološko razpoložljivih androgenov. Gen *SHBG* je eden od možnih genov kandidatov za PCOS. Mikrosatelitni polimorfizem (TAAAA)_n v njegovem promotorju vpliva na transkripcijsko aktivnost tega gena *in vitro*. Namen naše raziskave je bil ugotoviti, ali imajo genetske različice SHBG vpliv tudi na serumske koncentracije SHBG pri ženskah s PCOS.

Material in metode

V raziskavo smo vključili 123 bolnic s PCOS (študijska skupina) in 110 žensk z rednim menstruacijskim ciklom (kontrolna skupina). Z verižno reakcijo s polimerazo smo določali število ponovitev TAAAA v genu *SHBG*. V serumskih vzorcih, pridobljenih v zgodnji folikularni fazi menstruacijskega cikla oz. naključno pri bolnicah z amenorejo, smo s standardnimi biokemičnimi metodami določili koncentracije SHBG ter celokupnega testosterona (TT).

Rezultati

V obeh skupinah preiskovank smo ugotovili prisotnost šestih alelov *SHBG*, s 6-11 ponovitvami TAAAA. Frekvence alelov in genotipov so bile podobne v študijski in kontrolni skupini. V obeh skupinah preiskovank so bile serumske koncentracije SHBG pri homozigotih 6/6 značilno večje kot pri homozigotih 8/8 in 9/9. Pri bolnicah so bile v primerjavi z zdravimi ženskami serumske koncentracije SHBG značilno manjše, indeks telesne mase ter serumske koncentracije TT pa značilno večje. Pri homozigotnih preiskovankah smo z analiziranim polimorfizmom pojasnili približno tretjino raznolikosti v serumskih koncentracijah SHBG.

Zaključek

Sklepamo, da je polimorfizem (TAAAA)_n v genu *SHBG* pomemben genetski dejavnik tveganja pri bolnicah s PCOS s prevladujočo hiperandrogeno klinično sliko.

