



Vitama S.A., ul. Bonifraterska 17, 00-203 Warszawa

Tretoskin kapsułki
20 mg miękkie
Isotretinoinum

**BROSZURA
NA TEMAT
METOD
ZAPOBIEGANIA CIĄŻY**



BROSZURA NA TEMAT METOD ZAPOBIEGANIA CIĄŻY

ANTYKONCEPCJA

Przyjmując lek Tretoskin pacjentka musi stosować nieprzerwanie antykoncepcję, zaczynając na 1 miesiąc przed rozpoczęciem leczenia, podczas całego okresu leczenia oraz przez 5 tygodni po zakończeniu leczenia.

Pacjentka powinna stosować, co najmniej jedną, a najlepiej dwie uzupełniające się metody antykoncepcji, w tym metodę mechaniczną.

Decyzję o wyborze metody antykoncepcyjnej pacjentka powinna podjąć po konsultacji z lekarzem uwzględniając poza stanem zdrowia, również tryb życia, oraz przekonania kulturowe czy religijne.

Cechy idealnej metody antykoncepcyjnej to:

- 100% skuteczności.
- 100% bezpieczeństwa.
- 100% wygody, brak związku z aktywnością seksualną (tzn. niewymagająca dodatkowych czynności przed, w czasie lub bezpośrednio po stosunku).
- 100% odwracalności efektu antykoncepcyjnego – bezpośrednio po zakończeniu stosowania danej metody.
- Przystępność ceny, prosta i bezbolesna droga aplikacji.
- Możliwość stosowania przez kobiety bez nadzoru personelu medycznego.
- Akceptacja niezależnie od kultury, religii, poglądów politycznych i innych względów pozamedycznych.

Obecnie na rynku nie ma idealnej metody antykoncepcji spełniającej wszystkie te kryteria.

SKUTECZNOŚĆ ANTYKONCEPCJI

W związku z teratogennym działaniem (uszkodzenie płodu) leku Tretoskin bezwzględnie najistotniejszą cechą wybieranej metody zapobiegania ciąży jest skuteczność.

Skuteczność antykoncepcyjna jest oceniana przy pomocy nieplanowanych ciąży w grupie 100 kobiet stosujących daną metodę przez rok. W tym celu określany jest tzw. wskaźnik Pearl'a (WP) obliczany za pomocą wzoru:

$$WP = \frac{\text{całkowita liczba nieplanowanych ciąży} \times 1200}{\text{całkowita liczba miesięcy stosowania metody}}$$

Wskaźniki Pearl'a dla wybranych metod kontroli płodności.

Metoda	Współczynnik Pearl'a
Pigułka antykoncepcyjna	0,1 – 1,0
Wewnątrzmaciczna wkładka antykoncepcyjna zawierająca miedź	0,5 – 2
Wewnątrzmaciczna hormonalna wkładka antykoncepcyjna	0,1 – 0,3
Iniekcje hormonalne	0,1 – 1,2
Środki plemnikobójcze	0,1 – 49,5
Prezerwatywa	2 – 15
Naturalne metody kontroli płodności	6 – 25
Bez antykoncepcji	10 – 90

Wartość wskaźnika bliska zeru świadczy o dużej skuteczności metody.

Jednoczesne stosowanie dwóch metod antykoncepcji (zwłaszcza o różnym sposobie działania) znacząco zmniejsza ryzyko zajścia w ciążę.

Antykoncepcja hormonalna

Dwuskładnikowa tabletkowa antykoncepcyjna.

Współczynnik Pearl'a: 0,1 - 1.

Zawiera estrogen i progestagen.

Przyjmowana codziennie przez 3 z 4 tygodni.

Preparaty złożone z tej grupy zapobiegają jajeczkowaniu, powodują, że śluz szyjkowy jest nieprzepuszczalny dla plemników.

Przyjmowanie niektórych leków może obniżyć skuteczność antykoncepcyjną tabletki. Do leków tych zaliczamy: przeciwdrgawkowe (przyjmowane przez pacjentki chore na padaczkę), antybiotyki (np. ampicylina, doksycyklina, tetracyklina, metronidazol, trimetoprim + sulfametoksazol). Również alkohol, kawa mogą osłabiać ich skuteczność.

Dwuskładnikowe tabletki antykoncepcyjne wpływają korzystnie na regulację miesiączek, w terapii bolesnych miesiączek, łagodzą dolegliwości zespołu napięcia przedmiesiączkowego.

Doustne produkty antykoncepcyjne zawierające progestagen (tzw. minitabletki gestagenne).

Współczynnik Pearl: 0,8 - 3.

Minitabletki gestagenne zawierają małe dawki progestagenów.

Tabletki należy przyjmować codziennie o tej samej porze, w sposób ciągły (tj. bez siedmiodniowej przerwy). Działanie antykoncepcyjne polega przede wszystkim na zmianie charakteru śluzu szyjkowego i wpływie na endometrium.

Minitabletka jest zalecana kobietom, które nie mogą przyjmować estrogenów (np. w okresie laktacji lub palących papierosy powyżej 35 roku życia).

Minusem tej metody kontroli jest konieczność ścisłego przestrzegania godziny przyjmowania tabletki (dopuszczalny błąd wynosi 3 godziny) oraz stosunkowo częste występowanie nieregularnych krwawień miesięczkowych i międzymiesięczkowych oraz plamień.

Iniekcje progestagenowe.

Współczynnik Pearl: 0,1 - 1,2.

Jest to metoda antykoncepcji zalecana u kobiet w okresie laktacji, z endometriozą, palących papierosy, które ukończyły 35 rok życia oraz ze schorzeniami serca i naczyń krwionośnych.

Mechanizm działania medroksyprogesteronu polega na zagęszczeniu śluzu szyjkowego, powodowanie zmian w endometrium oraz hamowaniu jajeczkowania.

Istotny jest czas pierwszej iniekcji, aby uzyskać pełną skuteczność metody należy ją wykonać w ciągu pierwszych pięciu dni cyklu miesięczkowego, w przeciwnym razie konieczne jest dodatkowe zabezpieczenie przez 2 tygodnie.

Poziom antykoncepcyjny utrzymuje się, co najmniej 14 tygodni, co powoduje, że jest to jeden z najskuteczniejszych dostępnych środków antykoncepcyjnych.

Przezsłonna antykoncepcja estrogenowo-progestagenowa.

Współczynnik Pearl: < 1.

Metoda ta polega na przezsłonnym podawaniu hormonów za pomocą plastrów zmieniających jeden raz w tygodniu. Po 3 kolejnych plastrach stosujemy tygodniową przerwę analogicznie do stosowania dwuskładnikowej tabletki antykoncepcyjnej. Pierwszy plaster należy zastosować pierwszego dnia cyklu. Plaster przykleja się w dyskretnych miejscach na podbrzuszu, górnej zewnętrznej powierzchni ramienia, pośladkach lub górnej części tułowia. Kluczowe znaczenie ma jego prawidłowe przyklejenie.

Krażek dopochwowy hormonalny.

Współczynnik Pearl: 0,2 - 1,4.

Mechaniczna i hormonalna metoda antykoncepcji zarazem. Krążek jest wykonany ze specjalnego plastiku o średnicy 5,5 cm i nasycony progesteronem i estrogenem. Dawka hormonu jest wchłaniana przez śluzówkę pochwy i przekazywana do krążenia. Funkcjonowanie tej metody porównuje się do tabletek hormonalnych.

Antykoncepcja wewnątrzmaciczna

Dość popularna metoda antykoncepcyjna u kobiet, które już rodziły. Działanie antykoncepcyjne wkładek wewnątrzmacicznych ma miejsce głównie w jamie macicy.

Wkładka nie wpływa na jajeczkowanie i nie jest środkiem poronnym.

Uważa się, że mechanizm działania wkładki polega na wytworzeniu niesprzyjającego plemnikom środowiska wewnątrzmacicznego.

Obecnie dostępne są dwa rodzaje wkładek wewnątrzmacicznych: zawierające miedź oraz uwalniające hormon.

Wkładka zawierająca miedź.

Współczynnik Pearl 0,5 - 2.

Większość antykoncepcyjnych wkładek wewnątrzmacicznych ma konstrukcję w kształcie litery T, wokół jej plastikowego rdzenia owinięty jest drut miedziany lub tulejka.

Mechanizm działania takich wkładek jest oparty na uczulaniu macicy ciałem obcym, powodując wywołanie reakcji miejscowej, w rezultacie, której krwinki białe penetrując tą okolice uniemożliwiają zapłodnienie, a jeśli nawet do tego dojdzie uniemożliwiają zagnieżdżenie czy prawidłowy rozwój już po zagnieżdżeniu.

Działania niepożądane występujące w zdecydowanej większości w ciągu pierwszego roku stosowania metody to wypadnięcie lub zmiana położenia wkładki, będące reakcją „obronną” macicy na ciało obce. Może to powodować osłabienie lub brak efektu antykoncepcyjnego. Inne powikłania to przebicie macicy i zakażenia.

Wadami tej metody antykoncepcji są: zwiększone ryzyko zaistnienia ciąży pozamacicznej, nasilenie obfitości miesiączek, zwiększone ryzyko zakażeń w obrębie miednicy mniejszej.

Wkładka uwalniająca hormon.

Współczynnik Pearl 0,1 - 0,3.

Nową postacią „spirali” wewnątrzmacicznej jest wkładka hormonalna wyposażona w kołnierz wzdłuż ramienia dłuższego wkładki uwalniający syntetyczny progesteron - lewonorgestrel.

Wkładka oprócz wytwarzania reakcji na ciało obce, powoduje dodatkowe działanie hormonu na błonę śluzową endometrium.

Mechanizm działania wkładki to hamowanie implantacji oraz hamowanie kapacytacji, penetracji i przeżycia plemników. Częściowo również hamuje rozwój pęcherzyków jajnikowych i jajeczkowanie, oraz powoduje zagęszczenie śluzu szyjkowego, czyli naturalnej bariery dla plemników.

Skuteczność tej wkładki jest większa niż doustnej tabletki antykoncepcyjnej. Wkładka daje ponadto efekty lecznicze wynikające ze stosowania progestagenu, czyli skrócenie czasu trwania oraz zmniejszenie obfitości i bolesności miesiączek.

W odróżnieniu od tradycyjnych wkładek stanowi zabezpieczenie przed zakażeniami, wpływając na zagęszczenie śluzu tworzącego barierę mechaniczną, zarówno dla plemników jak i bakterii.

Wkładka wewnątrzmaciczna zabezpiecza przed niepożądaną ciążą bezpośrednio po jej założeniu.

Barierowe metody antykoncepcji

Prezerwatywy.

Współczynnik Pearl: 2 - 15.

Obecnie dość powszechna metoda antykoncepcji.

Poza rolą antykoncepcyjną, stanowi zabezpieczenie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz zapaleniem narządów miednicy mniejszej. Prezerwatywa męska jest obecnie jedyną metodą antykoncepcyjną o uznanej skuteczności w zapobieganiu zakażeniu HIV.

Niezwykle istotne dla skuteczności działania prezerwatywy są właściwe warunki oraz konsekwencja jej stosowania. Należy unikać mechanicznego lub chemicznego jej uszkodzenia np. za pomocą wazeliny.

Ogromne znaczenie dla skuteczności tej metody ma prawidłowe nakładanie i zdejmowanie prezerwatywy, dlatego szeroko zalecane jest dodatkowe stosowanie środków plemnikobójczych lub prezerwatyw pokrytych takim środkiem.

Nieprowadzenia związane ze stosowaniem prezerwatyw wynikają z braku konsekwencji ich stosowania oraz nieprawidłowego użycia. Odsetek pęknięć prezerwatywy wynosi około 1-8 przypadków na 100 dopochwowych stosunków płciowych, natomiast odsetek przypadków zsunięcia się prezerwatywy - 1-5%. Jeśli pęknie prezerwatywa lub istnieje prawdopodobieństwo, że doszło do wylania się nasienia lub przecieku, kobieta powinna skontaktować się z lekarzem do 72 godzin. Należy zastosować antykoncepcję doraźną.

Blony dopochwowe, kapturki.

Metoda ta pod warunkiem odpowiedniego stosowania ma podobną skuteczność jak prezerwatywa.

Stosowanie błony dopochwowej zmniejsza częstość występowania zakażeń dwóinką rzeżączki, rzęsistkiem czy chlamydiami, stanów zapalnych miednicy mniejszej oraz niepłodności spowodowanej czynnikiem jajowodowym. Wydaje się, że stosowanie tej metody nie chroni przed zakażeniem HIV.

Skuteczne używanie błony dopochwowej zależy od prawidłowego jej dopasowania.

Wybór właściwej błony dopochwowej i nauka jej dopasowywania wymaga kontaktu z lekarzem. Błonę dopochwową należy zakładać nie wcześniej niż 6 godzin przed stosunkiem płciowym. Przed jej założeniem należy nałożyć środek plemnikobójczy na kopułę błony oraz wokół pierścienia. Błona powinna pozostać w miejscu założenia przez około 6 godzin (do 24 godzin) po stosunku. Kapturek naszyjkowy jest mało popularną w Polsce barierową metodą antykoncepcyjną, jego stosowanie wymaga przestrzegania podobnych zasad jak w przypadku błony dopochwowej.

Środki plemnikobójcze.

Współczynnik Pearl: 0,1 - 49,5.

Są to substancje chemiczne w postaci galaretki, kremu, pianki, lub rozpuszczających się globulek, które inaktywują plemniki w pochwie, zanim dotrą one do górnego odcinka dróg rodnych.

Stosowane są jako uzupełnienie barierowych metod antykoncepcyjnych – prezerwatyw, błon dopochwowych oraz kapturków, powodują zwiększenie skuteczności wybranej metody antykoncepcyjnej. Stosowane samodzielnie także stanowią jedną z metod kontroli płodności skuteczniejszą niż niestosowanie żadnej metody, nie należy jednak zalecać ich stosowania jako antykoncepcji chyba, że akceptuje się odsetek niepowodzeń (nieplanowanych ciąży) z nią związanych.

Są łatwe w użyciu i dostępne bez recepty.

Środki plemnikobójcze należy założyć na 10-30 minut przed stosunkiem płciowym. Galaretki, kremy oraz pianki są skuteczne przez 8 godzin, natomiast tabletki i globulki tylko przez godzinę.

Systematyczne, częste stosowanie może powodować zmiany w nabłonku pochwy o charakterze rumienia oraz zwiększać podatność na zapalenia pochwy.

Przedstawione metody (prezerwatywa, blony, kapturki) w przypadku przyjmowania leku teratogennego (uszkadzającego płód) nie są wystarczające jako samodzielne metody.

Naturalne metody antykoncepcji

Współczynnik Pearl: 6 - 25.

Zaletą naturalnych metod kontroli płodności jest ich akceptacja przez te pacjentki, które odrzucają metody antykoncepcji mechanicznej czy hormonalnej ze względów religijno – etycznych. Łączenie różnych technik naturalnych zwiększa skuteczność działania antykoncepcyjnego.

Podstawową wadą tej grupy metod jest niska skuteczność w porównaniu z innymi metodami, związana prawdopodobnie z nieprzestrzeganiem zasad ich stosowania oraz niewłaściwym przeszkoleniem i nieprawidłowym stosowaniem się do zaleceń.

Z uwagi na fakt, że pacjentka przyjmuje lek o działaniu teratogennym, naturalne metody antykoncepcji są absolutnie niepewne i niewystarczające.

Metoda kalendarzowa.

Współczynnik Pearl: 14 - 47.

Według tej metody kobieta musi powstrzymać się od współżycia w tym okresie cyklu, w którym następuje owulacja, a także w okresie przeżywalności komórki jajowej. Należy również pamiętać o czasie przeżycia plemników w drogach rodnych kobiety. Mając to wszystko na uwadze i biorąc za prawidłowy cykl trwający 26-32 dni zaleca się wstrzemięźliwość w okresie płodnym wypadającym między 8 a 21 dniem cyklu, czyli aż przez 14 dni w każdym cyklu miesięczkowym. Początek okresu płodnego wyznacza się poprzez odjęcie 18 dni od długości najkrótszego cyklu, natomiast określenie jego końca, poprzez odjęcie 11 dni od długości najdłuższego cyklu. Warunkiem skutecznego stosowania tej metody jest oczywiście regularność cykli miesięczkowych, a obserwacja poprzedzająca stosowanie tej metody powinna trwać nie krócej niż 6 kolejnych cykli.

Metoda termiczna.

Współczynnik Pearl: 0,8 - 3,0.

Metoda jest dość prosta, ale wymaga systematyczności i dokładności, ponieważ różnice pomiędzy najwyższą a najniższą temperaturą ciała są niewielkie. Należy także pamiętać, aby temperaturę ciała mierzyć codziennie przed wstaniem z łóżka dokładnie o tej samej porze, tym samym termometrem i w tym samym miejscu (np. w jamie ustnej). Okres płodności przypada na 6 dni niższej temperatury przed jej skokiem, podczas którego następuje zwykle jajeczkowanie oraz 3 dni wyższej temperatury (o około 0.2-0.4 °C) po jej skoku. Obliczając indywidualnie ten przedział dla każdej pacjentki po sześciomiesięcznej obserwacji, wybieramy najkrótszy cykl i najkrótszą fazę niskiej temperatury. Następnie odejmujemy 19 dni od najkrótszego cyklu, co daje nam ilość dni płodnych w środku cyklu. Od najkrótszej fazy niskiej temperatury odejmujemy 6, co daje nam ilość dni okresu nieplodnego licząc od pierwszego dnia krwawienia miesięcznego.

Metoda obserwacji śluzu.

Współczynnik Pearl: 15 - 32.

Polega na porównywaniu śluzu szyjkowego zmieniającego się w kolejnych dniach cyklu. Starannej obserwacji dokonuje się w okolicach zewnętrznych narządów płciowych oraz przedsionka pochwy podczas normalnych czynności fizjologicznych w ciągu dnia. Należy wstrzymać się od współżycia w pierwszym miesiącu obserwacji. Okres nieplodny to okres suchy występujący po miesiączce, po którym następuje okres płodności, kobieta odczuwa wtedy pewną wilgotność w okolicach zewnętrznych narządów płciowych. Przeźroczysty i ciągliwy śluz staje się wtedy podobny cechami do surowego białka jaja kurzego. To uczucie wilgotności, śliskości trwa do momentu wystąpienia owulacji. Należy jednak pamiętać, że szczyt wydzielania śluzu może wystąpić nawet do 48 godzin przed jajeczkowaniem. Okres płodny kończy się 3 dni po szczycie wydzielania śluzu. Po tym czasie następuje znów okres nieplodny trwający do miesiączki. Śluz staje się gęsty i lepki, może częściowo lub całkowicie zanikać.

Stosunek przerywany.

Polega na wycofaniu członka z pochwy przed ejakulacją. Metoda ta ma małą skuteczność ze względu na fakt, że w wydzielinie poprzedzającej ejakulację do pochwy często dostaje się wystarczająca ilość plemników zdolna do zapłodnienia.