

Made Laanpere, Kai Part, Helle Karro (Tartu Ülikool), 2012



E-kursuse "Praktiline kontratseptsioon" materjalid

Aine maht 1,5 EAP

Made Laanpere, Kai Part, Helle Karro (Tartu Ülikool), 2012

Õppematerjal

Õppematerjal „Rasestumisvastased meetodid ja nõustamine“ annab ülevaate kõigist rasestumisvastasest meetoditest, mida Eestis on võimalik kasutada ja abistab nõustajat, et leida igale inimesele sobivaim, ohtuim ja võimalusel lisahüvesid pakkuv rasestumisvastane meetod.

Õppematerjali läbinu:

1. Teab, millised on erinevad rasestumisvastased meetodid (RVM), milline on nende tõhusus, koostis ja toimemehhanism.
2. Oskab kaaluda iga RVM riske ja hüvesid.
3. Teab, kellele ja miks konkreetne RVM sobib ja kellele ei sobi (RVM näidustused ja vastunäidustused).
4. Oskab nõustada RVM esmakasutajat ja jälgida pidevat kasutajat.
5. Teab ja oskab lahendada probleeme, mis võivad RVM kasutajal tekkida.
6. Oskab igakülselt nõustada nii sobivate RVM valikute kui praktilise kasutamise suhtes.
7. Teab, kuidas selgitada välja ja kummutada väärarvamusi RVM kohta.

Õppematerjal "Rasestumisvastased meetodid ja nõustamine" on koostatud eesmärgiga tõsta tervishoiutöötajate, eriti naistearstide, ämmaemandate, perearstide ja pereõdede sellealaseid teadmisi. Õppematerjal sobib ka neile, kes seksuaaltervisealaseid teadmisi, sh ka teadmisi kontratseptsioonist õppe- või nõustamistöös jagavad. Õppematerjal on koostatud nii, et iga rasestumisvastase meetodi kohta antakse teavet selle toimemehhanismist, tõhususest, näidustustest, vastunäidustustest, kõrvaltoimetest, riskidest, hüvedest, kasutamisest ja sellega kaasnevatest võimalikest probleemidest. Samuti käsitleb õppematerjal nõuandeid nõustamise kohta ja vastab korduma kippuvatele küsimustele.

Õppematerjali läbitöötamiseks kulub orienteeruvalt 10-12 tundi. **Tekstis on sinise taustaga tabelites meelde jätmiseks oluline informatsioon ja halli taustaga tabelites lisalugemine.**

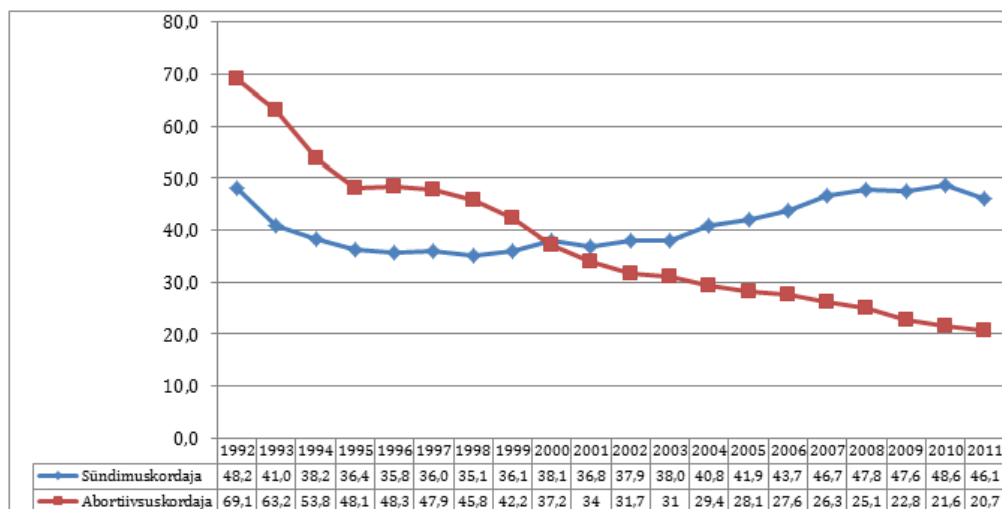
Sissejuhatus

Kontratseptsioon, kuigi seda terminit kasutatakse soovimatust rasedusest hoidumise kohta vähem kui 100 aastat, ei ole ei kaasaja väljamõeldis. Juba muistsed egiptlased püüdisid leida vahendeid soovimatust rasedusest hoidumiseks. Suurim murrang saabus eelmise sajandi kuuekümnendatel koos esimese „antibeebipilliga“ ning paljude arvates on see olnud koos vaksineerimise ja antibiootikumide avastamisega üks eelmise sajandi kümnest tähtsamast meetmest rahvatervise parandamisel.¹

Samuti ei ole kontratseptsioon, ehkki see nii võib tunduda, pelgalt inimeste isiklik probleem. Ükski ühiskond ei ole ükskõikne oma järelkasvu suhtes. Ikka ja jälle püütakse seda teemat politiseerida ja vastavalt reguleerida. Seetõttu saab arusaadavaks ka see, et rasestumisvastaste vahendite suhtes esineb nii palju vääruskumusi. Müüdid on sageli ohtlikumad kui valed, sest neid, erinevalt valedest, on raskem ümber lükata.

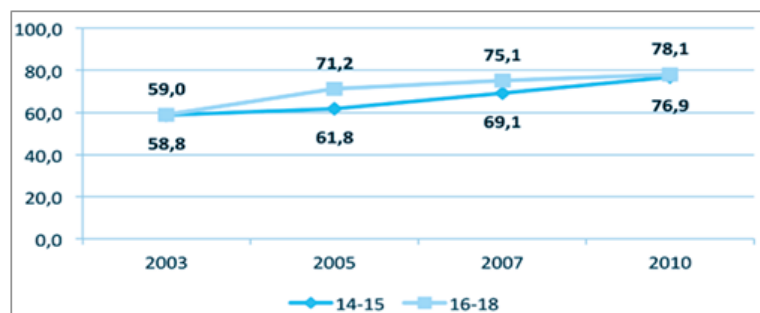
Kontratseptsioon on reproduktiiv- ja seksuaaltervise oluline osa ja selle kättesaadavus on üks inimõiguste hulka kuuluvatest seksuaalsetest õigustest.²

Eestis on alates iseseisuvuse saavutamisest aastal 1991 astunud edasi pikk samm selle inimõiguse realiseerimise suunas ja kaasaegsed kontratseptsioonimeetodid, informatsioon nende kohta ja vajalikud tervishoiuteenused on kättesaadavad. Koolides on kohustuslik seksuaalharidusalates 1996. aastast. Need muutused kajastuvad olulistes seksuaaltervise indikaatorites. Abortiivsuskordaja (abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta) on Eestis sel ajal vähenenud enam kui kolm korda.³



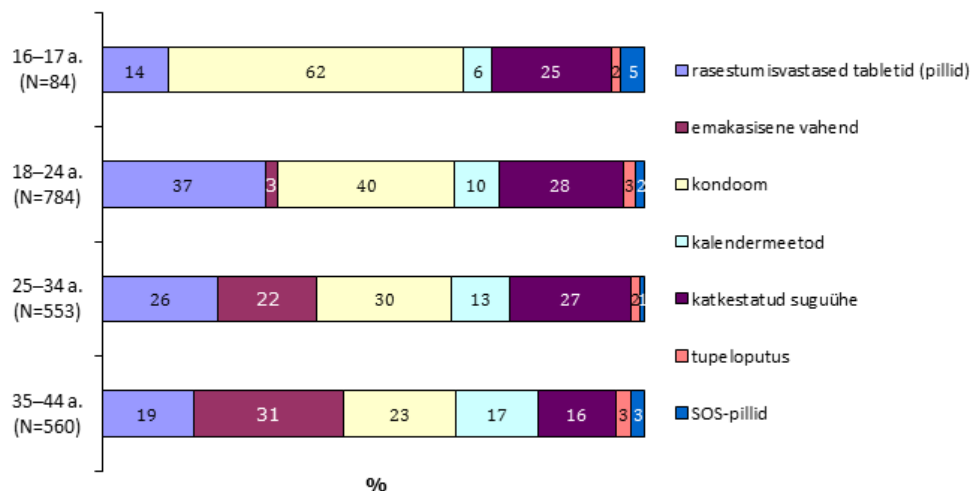
Joonis 1. Sündimus- ja abortiivsuskordajad 1992–2012 Eesti Meditsiinilise Sünniregistri ja Raseduskatkestusandmekogu põhjal.³

Ei ole kahtlust, et rasestumisvastaste meetodite kasutamine on paranenud, ehkki täpseid suundumusi ei saa olemasolevate uuringute põhjal hinnata. Siiski, esmasseksuaalvahekorra ajal kasutatakse kondoomi järjest enam, seda kinnitavad Tervise Arengu Instituudi poolt läbi viidud regulaarsed uuringud „HIV/AIDS-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noore hulgas“ alates aastast 2003.



Joonis 2. Kondoomi kasutamine esmasseksuaalvahekorras 14–15-aastaste ja 16–18-aastaste vanusrühmas uuringuaastate lõikes.⁴

Eesti Naise Tervise uuring aastal 2004–2005 näitas, et viimases seksuaalvahekorras kasutati siiski endiselt palju mitteusaldusväärseid rasestumisvastaseid meetodeid (kalendermeetodit, katkestatud suguühet ja isegi tupelopotust) kõigis vanusrühmades.



Joonis 3. Rasestumisvastaste meetodite kasutamine viimases seksuaalvahekorras 16–44-aastaste naiste seas Eesti naiste tervise uuringu põhjal (N=1981)⁵.

Meie käsutuses on palju erinevaid rasestumisvastaseid meetodeid. Nõustamise eesmärgiks on tagada igale inimesele parim valik lähtudes tema individuaalsetest vajadustest, võimalustest ja ohutusest. Iatogeensed (arsti poolt „soositud”) soovimatud rasedused on reaalsus. Ei tohi unustada, et enamik usaldusväärseid RVM vajab retsepti või arstlikku protseduuri. Kuidas nappivat aega kõige paremini eesmärkide saavutamiseks kasutada, püüab edastada käesolev õppematerjal.

Kasutatud kirjandus:

- Centers for Disease Control and Prevention. Ten great public achievements. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1999;48:241-3. Kättesaadav: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.htm>
- Sexual rights: an IPPF declaration. Kättesaadav: <http://ippf.org/resources/publications/sexual-rights-ippf-declaration>
- Eesti Meditsiiniline Sünniregister ja Raseduskatkestusandmekogu. Tervise Arengu Instituut. Kättesaadav: <http://www.tai.ee/tegevused/registrid/eesti-meditisiiniline-sunniregister-ja-raseduskatkestusandmekogu>
- Trummal jt 2011. HIV-i teemaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Uuringuraport 2010. Kättesaadav: http://www.tai.ee/valjaanded/trukised-ja-infomaterjalid?limit=10&filter_catid=30&filter_year=0&filter_typeid=0&filter_languageid=3&filter=&filter_order=p.publish_year&filter_order_Dir=DESC
- Part K, Laanpere M, Rahu K, Haldre K, Rahu M, Karro H. Eesti naiste tervis: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervisehoiuteenuste kasutamine. Tartu 2007. Kättesaadav: http://www.ut.ee/ARNS/Eesti_naise_tervis1.pdf

Lühendid ja mõisted

1. **Cavum Douglas** e *Douglas'*e õõs - alumine sopp väikeses vaagnas emaka taga
2. **Cu-ESV** - vaske sisaldav emakasisene vahend
3. **DSG** - desogestreel (sünteetiline progestageen)
4. **DMPA** - depoo-medroksüprogesteroonatsetaat (sünteetiline progestageen)
5. **Düsmenorröa** - menstruatsioonide valulikkus
6. **EE** - etinüülöstradiool (sünteetiline östrogeen)
7. **Endomeetrium** - emaka limaskest
8. **ESK** - emakasisene kontratseptsioon
9. **ESS** - emakasisene süsteem
10. **ESV** - emakasisene vahend
11. **FSH** - folliikuleid stimuleeriv hüpofüüsi hormoon
12. **GSD** - gestodeen (sünteetiline progestageen)
13. **HPV** - inimese papilloomiviirus
14. **KATE** - kopsuarteri trombemboolia
15. **KHK** - kombineeritud hormonaalne kontratseptsioon, so pill (suukaudne KHK), plaaster (nahakaudne KHK), tüperõngas (tuppe asetatav rõngakujuline KHK)
16. **KHK-vaba periood** - see on periood, mil katkestatakse pillide, plaastri või tüperõnga kasutamine ja tekib menstruatsioonitaoline veritsus (enamasti igal neljandal nädalal)
17. **Kontratseptsiooninõustaja** - arst (naistearst, perearst vm erialaarst) või ämmaemand, kes tegeleb kontratseptsiooni väljakirjutamisega ja sellega kaasneva nõustamisega
18. **KMI** - kehamassiindeks
19. **Lähisugulane** - ema, isa, õde, vend, laps
20. **LMT** - luu mineraalne tihedus
21. **Menorraagia** - vererohke menstruatsioon
22. **LH** - luteiniseeriv hormoon (toodetakse hüpofüüsis)
23. **LNG** - levonorgestreel (sünteetiline progestageen)
24. **LNG-ESS** - levonorgestreeli vabastav emakasisene süsteem
25. **Läbimurdeveritsused** - veritsused, mis tekivad rasestumisvastase meetodi kasutamise ajal sel perioodil, mil veritsus ette nähtud ei ole
26. **Menarhe** - vanus esimene menstruatsiooni ajal
27. **NET** - noretisteroon (sünteetiline progestageen)
28. **Ovulatsioonisündroom** - ovulatsiooniga seotud valud alakõhus (*saksa k* Mittelschmerz)
29. **Pikaajalised rasestumisvastased meetodid** (*ingl k* long-acting reversible contraception, *lüh* LARC) - emakasisene vahend, emakasisene süsteem, rasestumisvastane implantaat
30. **PID** (*ingl k* pelvic inflammatory disease) - väikevaagna põletik
31. **PCOS** (*ingl k* polycystic ovary syndrome) - polütsüstiliste munasarjade sündroom
32. **PCR** - polümeraasi ahelreaktsioon, tehnoloogia, mille abil tehakse uuringumaterjalis kindlaks uuritavale haigusetekiitajale omane pärilikkuseaine
33. **PMS** - premenstruaalne sündroom
34. **Postkoitaalne kontratseptsioon** - seksuaalvahekorra järgselt kasutatavad kontratseptsioonimeetodid
35. **Progestageenimeetodid** - minipill, süstitav progestageen, implantaat ja LNG-ESS
36. **RR** (*ingl k* relative risk) - suhteline risk
37. **RVM** - rasestumisvastane meetod
38. **SLE** - süsteemne erütematoosne luupus
39. **STLI** - seksuaalsel teel levivad infektsioonid
40. **Topeltmeetod** - efektiivse rasestumisvastase meetodi (nt pill, plaaster, tüperõngas jt hormonaalsed meetodid, samuti emakasisene vahend ja süsteem) kasutamine koos kondoomiga
41. **Trombofiilia** - kaasasündinud või omandatud häire, mille korral on tõusnud risk VTE tekkeks
42. **VTE** - venoosne trombemboolia

Kontratseptsiooninõustamise ja rasestumisvastase meetodi (RVM) valiku üldised põhimõtted

A. Kontratseptsiooninõustamise põhimõtted

MEELESPEA:

- Enamik rasestumisvastaseid meetodeid (RVM) sobib enamikule kasutajatest.
- Rasestumisvastased meetodid omavad toimet vaid siis, kui neid korrektselt kasutatakse.
- Nõustamine peab olema pädev.
- Nõustaja peab arvesse võtma patsiendi soove ja vajadusi.
- Patsiendile peab andma teada, kuhu küsimuste korral pöörduda.
- Kontratseptsiooninõustamist tuleb aktiivselt algatada ja kasutada motiveerivat nõustamist.
- Seksuaalsel teel levivate infektsioonide (STLI) eest kaitseb ainult kondoom.

1. Enamik rasestumisvastaseid meetodeid (RVM) sobib enamikule kasutajatest.

Nõustaja ülesanne on selgitada igale patsiendile kõiki turvalisi võimalusi, mis tal rasedusest hoidumiseks on. Kui patsiendil esineb/ilmneb mõni vastunäidustus, peab nõustaja aitama individuaalselt sobiva meetodi valikul.

Näide 1. 25-aastasel patsiendil, kes oli tarvitanud 8 aastat kestnud partnersuhtes pille, tekkisid migreenihood (aurata migreeni on vastunäidustus KHKle juhul, kui esineb lisaks veel teisi arteriaalse süsteemi riskitegureid). Eriarstile suunamisel sai ta nõuande pillide tarvitamine katkestada. Mingit muud RVMt patsiendile ei soovitatud. Patsient katkestas koheselt pillide tarvitamise ja rasestus soovimatult juba järgmisel kuul.

Näide 2. 38-aastane patsient soovis RVMna hakata kasutama tuperõngast. Isiklikus ja pereanamneesis KHKle riskitegureid ja vastunäidustusi ei olnud. Vererõhu mõõtmisel selgus, et see on 160/100 mmHg (vastunäidustus KHKle). Patsiendil alustatati uuringuid hüpertooniatõve suhtes, kuid tuperõngast ja muud RVMt ei soovitatud ega kirjutatud välja. Patsient rasestus soovimatult mõne kuu pärast.

2. Rasestumisvastased meetodid omavad toimet vaid siis, kui neid korrektselt kasutatakse.

Näiteks pillide või kondoomi puhul on vaja kasutaja üsna kõrget teadlikkust. Nõustaja saab toetada rasestumisvastaste meetodite korrektset kasutamist, nõustades patsienti, kuidas meetodit kasutada, millised kõrvaltoimed võivad esineda ja mida sel puhul teha (või kas on vaja üldse midagi teha) ja kust vajadusel abi saada.

Näide 3. 17-aastane tütarlaps alustas seksuaalelu ja soovis lisaks kondoomile kasutada ka pille. Vastunäidustusi ei esinenud. Esmasel nõustamisel ei räägitud pillide kõrvaltoimetest. Kohe tekkis kerge vereeritus tupest pillide võtmise ajal (KHK sageli esinev kõrvaltoime esimesel kasutuskuul). Patsiendile tundus see hirmutav ja ta katkestas pillide tarvitamise. Mõne kuu pärast purunes seksuaalvahekorra ajal kondoom, patsient ei olnud teadlik ka SOS-pillidest ja rasestus soovimatult.

Näide 4. 23-aastane naine hakkas pärast aborti kasutama pille. Samaaegselt tundis patsient ennast depressiivsena ning arstist sugulase soovitusel katkestas pillide võtmise (arvates, et tegemist on pillide kõrvaltoimega). Kahe kuu pärast patsient rasestus uuesti. Rasedus oli endiselt soovimatu. Tagantjärele leiab patsient, et depressiivsus oli tingitud pigem soovimatust rasedusest mitte pillidest ning pillivõtmist jätkates oleks ta saanud teise raseduse tekkimist ära hoida.

3. Nõustamine peab olema pädev

Nõustajal peavad olema nii tehnilised oskused kui ka head kontratseptsioonialased teadmised. Emakasisese vahendi paigaldamine eeldab küll paigaldusoskust, kuid samas peab teadma, kas ja missugused analüüsid on eelnevalt vajalikud, millal võib vahendit paigaldada, milliseid kõrvaltoimeid võib oodata jne.

30-aastane patsient kasutas emakasisest vahendit (ESV) probleemideta 5 aastat ja otsustas sama meetodi kasuks edaspidi. Selleks oli vaja eemaldada ESV ja paigaldada uus. Arst eemaldas ESV ja kutsus patsiendi uue ESV paigaldamiseks järgmise menstruatsiooni ajal. Mingit muud RVMt patsiendile selleks ajaks ei soovitatud. Patsient rasestus soovimatult enne uue vahendi paigaldamist.

35-aastane patsient, kes on alustas peale pausi seksuaalelu, soovis "hormoonspiraali" (levonorgestreeli sisaldav emakasisene süsteem), vastunäidustusi ei esinenud. Enne paigaldamist võeti günekoloogilise läbivaatuse ajal analüüs (PCR) klamüüdiale ja bakterioloogiline külv. Klamüüdiaanalüüs oli negatiivne. Labor leidis streptokoki ja andis antibiogrammi, mille järgi tehti patsiendile antibakteriaalset ravi. Selle tulemusena tekkis seenpõletik, mida raviti seenvastaste preparaatidega. Tehti uus külv, labor leidis endiselt streptokoki. Patsient sai teistkordselt ravi ja kuuendal korral pöördus ta arsti poole soovimatu rasedusega.

4. Nõustaja peab arvesse võtma patsiendi soove ja vajadusi

Enamasti on patsiendid juba esimesel pöördumisel eelnevalt mõne meetodi enda jaoks välja valinud ning see osutubki sageli parimaks valikuks. Lisaks nõustajapoolsete vastunäidustuste väljaselgitamisele ja riskide-hüvede kaalumisele vajab patsient sageli enda jaoks sobiva meetodi kasuks otsustamisel vaid informatsiooni ja nõustajapoolset juhendamist. Kui patsient tunneb, et on ise otsuse vastuvõtja, siis kasutab ta edaspidi valitud meetodit hoolikamalt ja korrektsemalt.

22-aastane naine, kes kasutas paari aasta jooksul erinevaid RVMd, otsustas, et soovib "hormoonspiraali" (levonorgestreeli sisaldav emakasisene süsteem), kuna oli kirjandust lugedes leinud, et see on tema individuaalsete vajadustega kõige

sobivam. Oluliseks osutusi kindel partner, pidev pillide, plaastri või tuperõnga unustamine ja kõrge rasestumisvastane efektiivsus. Kuna teadaolevalt emakasisene RVM ei ole sünnitamata naiste jaoks esmavalik, siis keeldus arst selle paigaldamisest. Patsient kasutas edasi väljakirjutatud pille, kuid unustas jälle ja rasestus soovimatult.

5. Patsiendil peab olema teada, kuhu küsimuste korral pöörduda

Paljud kontratseptsioonikasutajad on kasutatava meetodiga rahul, kuid võimalike murede ja probleemide korral on oluline, et patsient pääseks takistusteta usaldusväärse nõustaja vastuvõtule või saaks oma küsimustele muul moel vastused. Selleks tuleb teda teavitada, kui sageli on tarvis arstlikus kontrollis käia, kust ja kuidas saab küsimuste või erinevate kõrvaltoimete tekkimisel lisainformatsiooni; kuhu pöörduda, et saada uut retsepti/vahendit, kas on võimalik telefoni teel konsulteerida jne.

18-aastane patsient tarvitas pille probleemideta kaks aastat. Tal tekkis akne ja ta pöördus nahaarsti poole, kes kirjutas lokaalselt klindamütsiini sisaldavat ravimit. Patsient luges ravimiinfolehel, et võimalikud on pillide ja antibiootikumide koostoimed ja oli segaduses, mida peaks ette võtma - kas pillide tarvitamine lõpetada või ravimi tarvitamisest loobuda. Patsient pidas nõu pereõega, kelle asjatunlikul soovitusel jätkas nii pillide tarvitamist ja samal ajal alustas lokaalse aknevastase ravimi kasutamist.

6. Kontratseptsiooninõustamist tuleb aktiivselt algatada ja kasutada motiveerivat nõustamist.

Viljakas eas naise lastesaamisplaanid vajavad väljaselgitamist. See peab olema iga visiidi osa sõltumata sellest, mis oli patsiendi pöördumise põhjuseks. Selliste küsimuste esitamine võib mõnikord tunduda ebamugav või väheoluline, kuid ilma selle infota, ei saa te oma patsiente tegelikult aidata.

Võite näiteks küsida: „Kas te kasutate rasestumisvastast vahendit?“

- Kui „jah“, siis millist? (kaaluge, kas see on piisav patsiendi lastesaamissoove, vastunäidustusi, riske ja hüvesid silmas pidades).
- Kui „ei“, siis kas te planeerite rasedust? Selleks pole vajadust (pole partnerit ega seksuaalvahekorda)?

Ei piisa sellest, kui patsient ütleb, et ta ei vaja RVMt või kasutab RVMt. Näiteks arvavad üle 40-aastased naised mõnikord, et nad ei ole enam viljakad. Ka kondoomi puhul tuleb täpsustada, kas kondoomi kasutatakse alati ja igas seksuaalvahekorras või ainult nn ohtlike päevade ajal (võrdub kalendermeetodi efektiivsusega). Siamaani on naise, kes usuvad, et tupeloputus on rasestumisvastane vahend. Kui selgub, et patsient võib rasestuda, kuid ta ei kasuta rasestumisvastaseid vahendeid või kasutab ebatohusaid vahendeid (tegelikult katmata kontratseptsioonivajadus), siis on alati hea küsida: „Mida te teeksite, kui te praegu rasestuksite?“. Kui patsient vastab, et ta tõenäoliselt katkestaks raseduse, siis tuleb edasi minna nõustamisega, et valida sobiv ja efektiivne RVM.

22-aastane patsient pöördus kaebustega kipitusele, kihelusele ja kohupiimataolisele voolusele tupest, mis viimase poole aasta jooksul on esinenud paaril korral. Paaril korral oli see ise taandunud, ühel korral oli perearst kirjutanud välja retseptiravimeid (klotrimasooli sisaldavad tupeküünlad). Küsimusele, kas te kasutate RVMd, vastas patsient jaatavalt. Tupe seenpõletiku ravi määramisel patsiendiga kokkuleppel suukaudse ravina. Poole aasta pärast tuli patsient tagasi kahtlusega soovimatule rasedusele. Selgus, et oli RVMna oli ta aasta vältel kasutanud katkestatud suguühet, sest kartis pillide kõrvaltoimeid.

7. Seksuaalsel teel levivate infektsioonide (STLI) eest kaitseb ainult kondoom.

Patsiendi huvides on alati vaja nõustada nii soovimatu raseduse kui ka kaitse eest STLI suhtes. Tähelepanu pööramine mõlemale vajadusele kuulub kvaliteetse kontratseptsiooninõustamise juurde. Seetõttu tuleb soovitada topeltmeetodit - efektiivse rasestumisvastase meetodi (nt pillid, plaaster, tuperõngas jt hormonaalsed meetodid, samuti emakasisene vahend ja süsteem) kasutamist koos kondoomiga.

21-aastane naine oli siiani kasutanud oma püsipartneriga kondoomi. Ta arvas, et võiks hakata kasutama pille ja loobus kondoomi kasutamisest ja ka selle kaasaskandmisest. Juhuslikult kohatud partneriga ta kondoomi ei kasutanud, sest ka partneril ei olnud seda kaasas. Patsient tuli testimise STLI suhtes, klamüüdiainfektsioon sai õigeaegselt avastatud ja ravitud, kuid kahjuks oli ta nakatanud ka oma püsipartneri.

B. RVM valiku üldpõhimõtted

MEELESPEA:

Iga meetodi korral tuleb võimalikke riske vaadelda tasakaalus: mis on nõustatava inimese tervisele ohtlikum, kas soovimatu rasedus või tema poolt soovitud rasestumisvastane meetod.

RVM valikul on abiks, kui kogute informatsiooni **nelja** patsiendi elu- ja tervisevaldkonna kohta:

1. Milline on nõustatava seksuaalkäitumine - kas partnereid on üks või paralleelselt mitu, kas on tegemist ühe kindla pikajalise partneriga ja/või lühiajaliste suhetega. Kas esineb STLI haigestumise ohtu?

Lühike, kuid vajalik seksuaalelu anamnees peaks kuuluma iga visiidi juurde sõltumata sellest, millist RVMt kasutatakse. Samas see ei tohiks olla ülearu stressi tekitav. Küsige näiteks: „Millal teil oli viimane seksuaalvahekord?“ ja seejärel: „Millal oli viimane seksuaalvahekord kellegi teisega?“ Et võimalikke paralleelsuhteid ja nendes kondoomi kasutamist võib olla keeruline välja selgitada, siis soovitage alati lähtuda topeltmeetodi põhimõttest (efektiivse rasestumisvastase meetodi kasutamine koos kondoomiga). Patsiendile tuleb lihtsalt meenutada, et seksuaalsel teel levivate nakkuste eest kaitseb VAID kondoom. Riskirühmadele (alla 25-aastased, need, kellel olnud viimase aasta jooksul rohkem kui üks seksuaalpartner või olnud partneri vahetus) tuleb pakkuda ka STLI (klamüüdia ja HIV) testi.

2. Kas on vajalik pikaaajaline või lühiajaline kontratseptsioon - kui pika aja jooksul planeeritakse rasestumisest hoiduda, kas soovitakse lapse sündi edasi lükata või on kõik soovitud lapsed olemas?

Kui naine ei soovi enam lapsi, siis võib talle soovitada ka pöördumatuid meetodeid (sterilisatsiooni). Kui lapse sündi soovitakse edasi lükata, siis tuleks patsiendiga arutada, millal järgmist last soovitakse. Näiteks sünnitusjärgsel nõustamisel on hea teada, kas patsient soovib lähema paari aasta jooksul veelkord rasestuda (sellisel juhul sobib pigem lühiajaline kontratseptsioon, nt pillid, plaaster, tuperõngas). Kui patsient arvab näiteks, et lähima paari aasta jooksul tal pole plaanis rasestuda, siis sobivad lisaks ka pikaajalisemad meetodid nagu emakasisene vahend.

RVM valikul on määravaks, kuivõrd kindlalt soovitakse rasedusest hoiduda ja vähem tähtis on seejuures, kui sageli toimuvad seksuaalvahekorrad. Näiteks kombineeritud hormonaalse kontratseptsiooni kasutamist pole otstarbekas katkestada, kui ajutiselt on seksuaalvahekordi harvemini või seksuaalelu puudub, kuid samas soovitakse kindlalt rasedusest hoiduda.

3. Millised terviseriskid on seotud võimaliku rasedusega, millised on kaasuvad haigused?

On haigusi, mille puhul raseduse ja sünnitusega seotud riskid on tunduvalt suuremad kui RVM kasutamisega seotud riskid. Näiteks mitmete ravile hästi alluvate leukeemiate korral on rasedus patsiendi seisundit ja ravitulemust halvendav. Mõnikord on põhihaiguse raviks kasutatav ravim loote väärarendite riski tõstev ja seetõttu on rasestumine ravi ajal ebasoovitav.

4. Millised on nõustatava lähisuhted ja elustiil (sh paarisuhtevägivalla esinemine, rahalised võimalused, töö iseloom jms).

RVMd võib jagada ka partnerist sõltuvaks (nt kondoom) või sõltumatuks (nt KHK või emakasisesed vahendid). Olukorras, kus esineb lähisuhtevägivald või on kahtlus selle esinemisele, tuleks kindlasti soovitada vaid partnerist sõltumatuid meetodeid.

Kui naise elustiil või sissetulek ei võimalda näiteks retsepti alusel saadavate meetodite kasutamist, siis tuleb soovitada odavamaid ja retsepti hankimisest sõltumatuid meetodeid (nt emakasisest vahendit). Kui töö iseloom ei soodusta nt pillide regulaarset kasutamist (komandeeringud, öötöö), siis tuleb kaaluda mugavama manustamisviisiga meetodeid (plaaster, tuperõngas, ESV).

RVM efektiivsus

MEELESPEA:

Haiguste puhul, mille kulgu rasedus halvendab, tuleb alati eelistada efektiivseid RVMd.

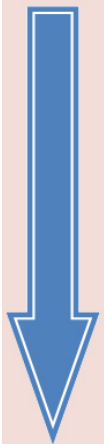
RVM efektiivsust peetakse sageli kõige olulisemaks tunnuseks, mille järgi valiku tegemist alustada. Patsiendile meetodi efektiivsusest rääkides tuleb kasutada väljendeid: **väga efektiivne, efektiivne ja väheefektiivne**. Alati tuleb ka selgitada, millised ravimid RVM efektiivsust mõjutavad (vaata iga RVMi koostained).

Üks olulisemaid RVM efektiivsust mõjutavaid tegureid on ravijärgimus. Eristatakse korrektset ja tüüpilist kasutamist. Esimesel juhul on tegemist meetodi enda efektiivsusega ideaalsetes oludes ja teisel juhul võetakse arvesse inimese käitumisega seotud asjaolusid, mis tegelikkuses võivad meetodi efektiivsust vähendada. Näiteks on väga suur kasutamisevigade võimalus kondoomi puhul, pillide igapäevasel kasutamisel on unustamise võimalus suurem kui tuperõngast kasutades, emakasisese vahendi efektiivsus sõltub kasutajast vähe.

Teaduskirjanduses kasutatakse meetodite efektiivsuse võrdlemiseks **Pearli indeksit**, so RVM eksimussagedust. Pearli indeks näitab raseduste arvu 100 naise kohta esimesel 12 kasutamiskuu (aasta jooksul). Näiteks Pearli indeks 4 näitab seda, et 4 inimest 100st rasestuvad seda meetodit kasutades aasta jooksul. Mida suurem on Pearli indeks, seda väiksema efektiivsusega on RVM ja seda suurem on võimalus selle meetodi kasutamisel soovimatult rasestuda.

NB! Erinevates allikates esitatud Pearli indeksid võivad olla erinevad, kuna erineb uuringumetoodika. Sellest hoolimata jääb erinevate RVM efektiivsuse järjekord ja jaotus väga efektiivseteks, efektiivseteks ja väheefektiivseteks ikkagi samaks.

Pearli indeks erinevate RVM korrektse ja tüüpilise kasutamise korral (kohandatud kirjanduse allikate põhjal).

RVM	Korrektne kasutamine	Tüüpiline kasutamine	Efektiivsus
Süstitav progesterooni sisaldav depoopreparaat (<i>Depo-Provera</i>)	0	0	Väga efektiivsed 
Mehe steriliseerimine	0,15	0,1	
Progesterooni sisaldavad implantaadid*	0	0-0,3	
Naise steriliseerimine	0,5	0,5	
Emakasisene hormonaalne süsteem (<i>Mirena</i>)	-	0,09	
Vaske sisaldav emakasisene vahend (vaskspiraal)	-	0,16-1,26	
Kombineeritud hormonaalsed meetodid			
pill	0-1,26	0-2,18	
nahakaudne plaaster	0,59-0,99	0,71-1,24	
tuperõngas	0,31-0,96	0,25-1,23	
Progesterooni sisaldavad pillid (minipillid)	0,14	0,41	
Mehe kondoom	2	15	Efektiivsed
Kalendermeetod	1-9	25	Väheefektiivsed
Katkestatud suguühe	4	19	
Spermitsiid	18	29	
Ei kasuta meetodit	85	85	

*ei ole Eestis saadaval

Kasutatud kirjandus:

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO: 2009.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html
2. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: a review of the literature. Eur J Contracept Reprod Health Care 2010; 15:19-31.

Rasestumisvastaste meetodite meditsiinilise lubatavuse kriteeriumid

Väljaanded, mis on abiks RVM lubatavuse kriteeriumite hindamisel

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on alates 1996. aastast koostanud väljaannet, mis annab tabelülevaate rasestumisvastaste meetodite meditsiinilise lubatavuse kriteeriumitest (näidustused ja vastunäidustused). Väljaanne on praktiliseks abiks RVM nõustamisega tegelevatele medikutele, andes informatsiooni turvaliste kontratseptsioonivalikute kohta erinevate (haigus)seisundite puhul naistel ja meestel. See on vabalt saadaval internetis ja soovitage selle alla laadida. See on inglise ja vene keeles, kuid on ilmselt arusaadav kõigile. Kui teil tekib selles osas küsimusi, saate pöörduda kursuse õppejõudude poole foorumis: **Teated, küsimused, vastused**.

Väljaanne sisaldab tabelitena iga RVMi (nt KHK, emakasise vahendi jne) lubatavuse kriteeriumeid konkreetse seisundi, riski või haiguse puhul (nt vanus, perekondlik hüperlipideemia, äge hepatiit jne). Viimases osas on koondtabel, kus iga seisundi puhul on vaadeldud koos kõiki olulisemaid meetodeid. **NB! Seda dokumenti on teil vaja hiljem situatsiooniülesannete lahendamisel.**

WHO soovitusel põhinevad süstemaatilisel teadusuuringute ülevaatel. Väljaannet on regulaarselt uuendatud (1996, 2000, 2004), praegu kehtiv versioon on aastast 2009:

Inglise keeles:

WHO. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Fourth edition, 2009.

Pdf-fail - http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/

Vene keeles: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562668_rus.pdf

Paralleelselt annab WHO välja juhust praktiliseks kontratseptsiooninõustamiseks. Praegu kehtiv versioon sisaldab 33 nõuannet erinevatel teemadel (millal RVMga alustada, kuidas käsitleda kõrvaltoimeid, kuidas kasutada postkoitaalset kontratseptsiooni jne): **Inglise keeles:** WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition, 2004. Update 2008.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html

Vene keeles: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.17_rus.pdf

WHO väljaannete eeskujul on mitmed maad välja andnud oma RVM meditsiinilise lubatavuse kriteeriumid, mis arvestavad kohalikke iseärasusi ja on kohati detailsemad võrreldes WHO väljaandega.

- Inglismaa: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

The UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use - November 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf>

- USA: U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5904.pdf>

WHO meditsiinilise lubatavuse kriteeriumid

WHO järgi jagatakse RVM kasutamise lubatavus konkreetse (haigus)seisundi puhul **neljaks kategooriaks**.

- WHO 1 – piiranguid RVM kasutamiseks ei ole
- WHO 2 – eelised (hüved) kaaluvad üle võimaliku riski
- WHO 3 – võimalikud riskid on suuremad kui RVM eelised, st üldreeglina tuleb eelistada alternatiivset meetodit; vajadusel (teadlikul nõusolekul) võib kasutada ettevaatusega
- WHO 4 – terviseriskid ei ole aktsepteeritavad, st RVM on absoluutselt vastunäidustatud

Näiteks kui alla 35-aastane naine suitsetab, siis on see seisund, mis KHK kasutamiseks on klassifitseeritud kui WHO2 (eelised kaaluvad üle võimaliku riski). Kui aga naine on üle 35-aastane ja suitsetab 15 sigaretti päevas, siis on see seisund klassifitseeritud kui WHO3 (võimalikud riskid on suuremad kui RVM eelised) ning seetõttu pole KHK kasutamine üldreeglina soovitatav, kui alternatiivsed meetodid on kättesaadavad ja sobivad. Kui naine on üle 35-aastane ja suitsetab rohkem kui 15 sigaretti päevas, siis on see seisund klassifitseeritud kui WHO4, st KHK on absoluutselt vastunäidustatud, sest kaasnevad võimalikud terviseriskid ei ole aktsepteeritavad.

Suhteliste vastunäidustuste (WHO2 ja WHO 3) koosesinemisel tuleb silmas pidada sünergismi – mitme suhtelise ja võimaliku terviseriski samasuunaliselt mõjutava riskiteguri koosesinemine võib olla absoluutseks vastunäidustuseks!

LISALUGEMISEKS

Mis vahe on suhtelisel riskil ja absoluutsel riskil?

Absoluutne risk näitab mingisse haigusesse haigestumise tõenäosust teatud ajaperioodi jooksul. Haiguse riski kirjeldamiseks kasutatakse erinevaid mõõdikuid (nt esmahaigestumus *ing k incidence* või levimus *ing k prevalence*). Kui öeldakse, et absoluutne risk haigestuda elu jooksul on üks kümnele (1:10), siis see on sama, kui öelda, et absoluutne risk on 10% või et absoluutne risk on 0,1 elu jooksul.

Suhteline risk (*RR, relative risk*) võrdleb mingisse haigusesse haigestumise riske kahes inimeste rühmas, täpsemalt mõjutegurile eksponeeritud rühmas ja eksponeerimata rühmas. Näiteks suitsetajad ja mitesuitsetajad, KHK kasutajad ja mittekasutajad. See suhe näitab, mitu korda esineb haigus eksponeeritud inimeste rühmas (nt KHK kasutajad või suitsetajad) sagedamini kui eksponeerimata inimeste rühmas.

Kui RR 1,0, siis on haiguserisk võrreldavates inimrühmades võrdne.

- Näiteks on uuringutes leitud, et KHK kasutamine ei suurenda suhtelist riski haigestuda aju hemorraagilisse insulti võrreldes mittekasutajatega

Kui $RR > 1$, siis on haiguserisk eksponeeritud inimrühmas kõrgem kui eksponeerimata inimrühmas (ehk konkreetse ekspositsiooni puhul on tegemist riskiteguriga).

- Näiteks on uuringutes leitud, et KHK kasutajatel on ligi kaks korda suurem suhteline risk (tõenäosus) haigestuda VTE-sse võrreldes mittekasutajatega.

$RR 1,9$ = KHK kasutajate risk VTE-ks on mittekasutajatega võrreldes 1.9-kordne ehk tõusnud 90% võrra.

Kui $RR < 1$, siis on haiguserisk eksponeeritud inimrühmas madalam kui eksponeerimata inimrühmas (ehk konkreetse ekspositsiooni puhul on tegemist kaitseteguriga).

Näiteks on uuringutes leitud, et KHK kasutamine vähendab suhtelist riski haigestuda munasarja- ja endomeetriumivähki võrreldes mittekasutajatega: $RR 0,6$ = kasutajate risk VTE-ks on mittekasutajatega võrreldes 0,6-kordne ehk vähenenud 40% võrra.

Mõne ekspositsiooniga seotud madal suhteline risk võib põhjustada rahvastikus rohkem lisanduvaid haigusjuhtusid kui konkreetse haiguse levimus on kõrge (absoluutne risk on suur). Ja vastupidi, suur suhteline risk ei pruugi oluliselt suurendada lisanduvate haigusjuhtude arvu, kui antud haiguse levimus väike.

Näiteks on teada, et venoosse trombemboolia (VTE) absoluutne risk viljakas eas naistel on 50–100: 100 000 naise-aasta kohta (Heinemann LAJ, Dinger JC. *Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women. Contraception* 2007;75:328–36) ehk 0,05–0,1% - see on madal esinemissagedus. On ka teada, et KHK (pilli, plaastri, rõnga) tarvitamisel on VTEsse haigestumise suhteline risk kahekordne võrreldes mittekasutajatega. KHKst tingitud kahekordsest suhtelisest riskist hoolimata jääb VTE absoluutne risk siiski rahvastikus madalaks, kuna selle haigusseisundi esinemissagedus on madal.

Kombineeritud hormonaalsed kontratseptiivid (KHK)

MEELESPEA:

- KHK on väga efektiivne ja taaspöörduv, enamikule patisendidest sobiv RVM.
- KHK kasutamise alustamiseks ei ole vaja teha günekoloogilist läbivaatust ega laboratoorseid teste.
- KHK alustamiseks ei pea alati ära ootama uut menstruatsiooni.
- KHK tarvitamist alustatakse madala annusega.

Kõik kombineeritud hormonaalse kontratseptsiooni (KHK) meetodid sisaldavad naissuguhormoone: östrogeeni ja progestageeni.

Östrogeenid

Kõige esimestes rasestumisvastastes tablettides (pillides), mis võeti kasutusele 1957. aastal, oli östrogeeni sisaldus 90 µg, praeguseks on kasutusel juba 15µg etinüülöstradiooli (EE) sisaldavad pillid. Vahel arvatakse, et madalama östrogeenisaldusega pillid on vähem efektiivsed, kuid tegelikult see nii ei ole, sest peamist kontratseptiivset efekti avaldab KHKs sisalduv progestageen. Kuna östrogeenide põhiline ülesanne pillides on menstruatsioonitsükli kontroll (endomeetriumi stabiilsuse tagamine, progesteronireseptorite arvu suurendamine endomeetriumis), siis võib madalama annusega pillide korral esineda sagedamini ebasoovitavaid läbimurdeveritsusi. Kõige sagedamini kasutatakse pille, mille EE sisaldus on 20µg ja neid tuleks alustamisel eelistada.

Kuni viimase ajani oli KHKs kasutusel sünteetiline östrogeen etinüülöstradiool, kuid viimasel ajal on KHK arendus läinud selles suunas, et see asendada naturaalse östrogeeni 17β- östradiooliga. Viimast kasutatakse ka üleminekuea hormoonpreparaatides. Naturaalsel östrogeenil on nõrgem toime maksale ja muudele kudedele, mistõttu loodetakse, et nende kasutamine võib vähendada pillide kasutamisega kaasnevaid harvaesinevaid, kuid potentsiaalselt ohtlikke kõrvaltoimeid ja terviseriske. Seni on võrdlevad uuringud läbi viidud EE/LNG sisaldavate pillidega ja leitud, et naturaalse östrogeeni mõju vere hüübimissüsteemile, lipiidide ja veresuhkru ainevahetusele on tagasihoidlikum või olematu võrreldes EEga. Kas need teadmised ka kliinikus realiseeruvad, selgitavad välja edasised teadusuuringud, praegu arvestame naturaalseid östrogeene sisaldavate pillide korral samade teadaolevate riskidega. Ka Eestis on saada kaks naturaalselt östrogeeni sisaldavat preparaati, ühes on östradiool kombineeritud dienogestiga (*Qlaira*) ja teises nomegestroolatsetaadiga (*Zoely*).

Progestageenid

KHK teine komponent on progestageen, mille peamine ülesanne on tagada rasestumisvastane toime:

- hüpotaalamus-hüpofüüs ja gonaadide seose pärssimine
- follikulogeneesi pärssimine
- ovulatsiooni pärssimine

Lisaks muutub progestageenide toimel emakakaela sekreet spermatoosidele raskesti läbipääsetavaks ja endomeetrium õheneb ja selles ei toimu tsüklilisi muutusi. See ongi KHK **toimemehhanism**.

Progestageenid on pillides erinevad ja sageli jaotatakse need vastavalt kasutuselevõtu ajale erinevateks põlvkondadeks. Juhime tähelepanu, et selline jaotus on tinglik ja ei räägi konkreetse progestageeni toimest. Mõistagi on ka progestageenide arenduses püütud saavutada paremaid tulemusi, tegelikkuses on pigem saavutatud erinev kõrvaltoimete profiil. Sellest on sageli hea lähtuda pillide individualiseeritud valikul. Progestageenid võivad toimida teistele steroidretseptoritele nii agonistina kui antagonistina, omades vastavat kliinilist mõju. Näiteks, antiandrogeense toimega progestageenidel (tsüproteroonatsetaat, kloormadinoonatsetaat) on akne ja naha rasusust vähendav toime enam väljendunud. Diogenest on tugeva toimega endomeetriumi vähendades enam menstruatsiooniaegse vere hulka. Drospirenoonil on antimineralkortikoidne toime, mistõttu kasutajatel on vähem võimalikku pillide alustamisel tekkivat vedelikupeetust ja sellega seotud kaebusi nagu rindade valulikkus või kehakaalu tõus.

KHKs on kasutusel järgmised progestageenid:

1. 19-nortestosterooni derivaadid: noretisteroon (NET), levonorgestreel (LNG), gestodeen (GSD), desogestreel (DSG), etonogestreel, norgestimaat, dienogest;
2. 19-norprogesterooni derivaadid: tsüproteroonatsetaat, kloormadinoonatsetaat, nomegestroolatsetaat;
3. 17-alfa-spirolaktooni derivaat: drospirenoon.

Manustamisviisid

KHKd manustatakse suu kaudu (pill), naha kaudu (plaaster) ja tupe kaudu (tuperõngas). Rasestumisvastane toimemehhanism on kõigil samasugune. Hormoonide imendumine toimub vereringesse vastavalt soolestiku limaskestalt, naha kaudu või tupe limaskestalt. Kahel viimasel juhul ei läbi ravimi koostisosad esmast maksaringet, kuid praegust teadmiste kohaselt ei ole sel kliinilist tähendust, mistõttu kehtivad kõigile meetoditele samad vastunäidustused ja riskide/hüvede profiil. Pille on saadaval monofaasilistena (östrogeenide ja progestageeni koostis on kogu tsükli vältel sama)

ja mitmefaasilistena (östrogeenide ja progestageeni koostis muutub tsükli vältel). Tänapäeval on teada, et monofaasiliste pillide menstruatsioonitsükli kontroll on parem (nad põhjustavad vähem läbimurdeveritsusi) ja on seetõttu eelistatud. Manustamisviis on eelkõige patsiendi valik.

KHK efektiivsus

KHK on väga efektiivne RVM, mille efektiivsus sõltub ka kasutajast (vt RVM efektiivsus).

Risk raseduseks on suurem, kui alustada järgmist pillipakki või paigaldada plaaster või tuperõngas pärast 7-päevast pausi enam kui kolm päeva hiljem või unustada kolm või enam pilli pillipaki alguses või lõpus. Efektiivsus tundub olevat suurem plaastri ja rõnga kasutamisel, kuna unustamiseks on vähem võimalusi. On arvatud, et suur kehamassi indeks võib KHK efektiivsust mõjutada, nt on teada, et kehakaal üle 90 kilogrammi vähendab plaastri efektiivsust, kuid see ei ole KHK kasutamise vastunäidustus.

Viljakuse taastumine

Viljakus taastub koheselt peale kasutamise lõpetamist.

Kaitse STLI eest

Puudub.

Kust leida infot KHK koostise kohta?

Kui tahate teada täpset ravimi koostist, siis Eesti Ravimiameti lehelt <http://www.sam.ee/> saate vaadata Eestis registreeritud kontratseptiivide ravimomaduste kokkuvõtteid ja patsiendi infolehti. Selleks valige paremalt menüüst: Humanitaarravimite register ja sisestage prepraadi nimi. Kui tahate infot erinevate kontratseptiivide kohta, siis sisestage ATC koodi lahtrisse G03A → otsi. Antiandrogeenide kombinatsioonid leiate ATC koodi G03HB alt (tähelepanu, nende hulgas olev Climen ei ole kontratseptiiv vaid üleminekuea hormoonasendusravi preparaat). Juhime tähelepanu, et kõik need preparaadid ei ole Eestis saadaval. Selleks, et leida need, mida turustavad Eesti apteegid, aitab teid [www.ravimiinfo](http://www.ravimiinfo.ee/), kus saate infot ka hindade kohta.

Kasutatud kirjandus:

1. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
2. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.

KHK kõrvaltoimed

MEELESPEA:

- Tänapäevastel madala annusega KHK kasutajatel esineb kõrvaltoimeid väga vähe.
- Kuna KHK vajatakse sageli aastaid, siis KHKga seostatavate kõrvaltoimete korral tuleb alati mõelda ka teistele võimalikele põhjustele.
- Muuhulgas võivad kõrvaltoimed olla seotud patsiendi ärevusega või psühhoseksuaalse probleemiga.

Kõrvaltoimeid ei teki tänapäevaste madala annusega KHK kasutamisel kuigi tihti ja enamik kõrvaltoimetest on mööduvad. Kuna pille on saada erinevate östrogeenide annustega, peaks kõrvaltoimete minimeerimiseks nende valiku üks printsiip olema, et alustatakse madala EE doosiga (20 µg).

Erinevad inimesed reageerivad kõrvaltoimetele erinevalt, mõned on selles osas tundlikumad kui teised. Selleks, et meetodi kasutamist ei katkestataks, tuleb iga patsienti võimalikest kõrvaltoimetest informeerida. Patsient peab teadma, et ei ole olemas häid ja halbu KHKd, vaid pigem inimeste individuaalsed iseärasused (peamiselt absorptsiooni ja metabolismi iseärasused, mis mõjutavad eksogeensete hormoonide seerumitaset) mõjutavad võimalike kõrvaltoimete profiili. Tuleb selgitada, et kõrvaltoime ei ole haiguse või terviserikke märgiks. Mõned patsiendid arvavad ekslikult, et konkreetse KHK sobivust saab enne välja selgitada. Alati tuleb KHK määramisel rõhutada, et kui kõrvaltoimed ei möödu kolme-nelja kuuga, tekib vajadus KHKd vahetada.

Patsiendile tuleb öelda, et mõned kasutajad võivad esimestel kasutuskudel kogeda:

- vaheveritsusi
- peavalusid
- pearinglust
- iiveldust
- rindade turset/valulikkust
- vähest kehakaalu tõusu, mis tingitud vedeliku peetusest
- tuju muutusi

Mida teha sagedasemate kõrvaltoimete korral?

Mõne kõrvaltoime korral (nt iiveldus, pearinglus) võib olla kasu sellest, et patsient võtab pilli õhtul enne magamaminekut.

1. Veritsusega seotud probleemid on kõige sagedasemad.

Nendeks võib olla ka KHK oodatud kõrvaltoime - menstruatsiooniaegse **veritsuse vähenemine**. Mõned patsiendid võivad asjatult tunda muret selle üle, miks menstruatsiooniaegne veritsus on lühikeseks ja väheseks jäänud.

Harvem võib tekkida ka **amenorröa** ja esmalt tuleb siis lülitada välja rasedus. Tervise seisukohalt ei ole menstruatsioonide toimumine oluline ja seda teades on mõned patsiendid menstruatsioonide puudumisega väga rahul. Paljudes aga tekitab see ebakindlust, kuna pole kindlat märki pillide efektiivsusest toimest ja see vallandab korduvate rasedustestide tegemise voo. Seda peaks patsiendi käest küsima ja vajadusel muutma KHK tüüpi.

Vaheveritsuste tekkimisel või nende püsimisel üle kolme kuu tuleks esimesena välja lülitada kontroll-lehel (vt. allpool) olevad probleemid ja mitte kohe "süüdistada" KHKd. Kõige sagedasem põhjus on unustatud pill.

Eriti pillide puhul võib juhtuda, et patsient ei ole ise unustamist märganud, kuid see on ikkagi tõenäoline. Selle kahtlusele võib kaaluda plaastri või rõnga kasutamist, mis nõuavad vähem meelepidamist.

Vaheveritsuste kontrolleht

PROBLEEM	MIDA TEHA?
Unustatud KHK	Patsiendi veelkordne nõustamine
Haigus (klamüüdiainfektsioon, emakakaelavähk, emakakaela polüüp)	Günekoloogiline läbivaatus, PCR test klamüüdia avastamiseks ja PAP test
Rasedusaegne veritsus	Rasedustest
Ravimid	Maksaensüümide indutseerijad (Vt

	<i>Koostoimed</i>), rohke suitsetamine
Oksendamine, kõhulahtisus	Oksendamine 2 tundi pärast pillide sissevõtmist, kõhulahtisuse korral peab olema tegemist tugeva paar päeva kestva kõhulahtisusega
Imendumise probleemid	Peale soolte resektsiooni

Kui need võimalused on välja lülitatud, siis tuleb kaaluda KHK vahetust:

- kas valida suurema östrogeeni annusega KHK,
- trifaasilise preparaadi korral vahetada see monofaasilise vastu või vastupidi,
- võib kasutada erineva progestageeniga pilli,
- võib kasutada tritsüklilist tarvitamist (*Vt KHK praktiline kasutamine*)

2. Muud kõrvaltoimed võivad olla põhjustatud kas östrogeenist või progestageenist arvestades nende metaboolseid toimeid. Tabeli teises veerus on nimetatud patsientidel esineda võivad haigused või seisundid, mille puhul kehtivad samasugused KHK valiku reeglid.

Östrogeeni suhteline liig

Sümptom	Haigus/seisund, mille puhul kehtivad samad KHK valiku reeglid
Iiveldus	Healoomulised rinnakasvajad
Pearinglus	Emakamüoom
Tsükliline kehakaalu tõus vedeliku peetusest või rindade suurenemine	Endometrioos
Tupevoolus (mis ei ole põletikuline ega düsbioos)	
SOOVITUS: Valige madala östrogeenisaldusega pillid, vahetage progestageeni. Tursete korral kasutage antimineralokortikoidse toimega drospirenooni sisaldavaid pille.	

Progestageeni suhteline liig

Sümptom	Haigus/seisund, mille puhul kehtivad samad KHK valiku reeglid
Tupekuivus	Akne/seborröa
Tuju langus, roidumus, loidus	Hirsutism
Rindade tundlikkus	
SOOVITUS: Valige kõrge östrogeenisaldusega pillid, vahetage progestageeni. Akne/seborröa või hirsutismi puhul kasutage antiandrogense omadustega progestageene sisaldavaid pille.	

Sageli kiputakse kõrvaltoimetena käsitleda isegi neid sümptomeid, mida suguhormoonid mingil juhul tekitada ei saa. Kuna KHK vajatakse sageli aastaid, siis KHKga seostatavate kõrvaltoimete korral tuleb alati mõelda ka teistele võimalikele põhjustele. Kõrvaltoimete tekkerisk on suurem neil, kes on juba ette KHK suhtes negatiivselt meelestatud. Ei tohiks ka unustada, et muuhulgas võivad kõrvaltoimed olla seotud patsiendi ärevusega või psühhoseksuaalse probleemiga.

Kasutatud kirjandus:

1. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.

2. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.

KHK absoluutsed vastunäidustused (WHO4)

KHK sobib enamikule naistele.

Alljärgnev KHK absoluutsete vastunäidustuste loetelu on pikk, kuid enamiku loetletud vastunäidustuste puhul on nende esinemine viljakas eas naistel (KHK vajavate naiste hulgas) üliharv.

Meedikute kartused võimalike KHK vastunäidustuste ees ka juhtudel, kus vastunäidustusi tegelikult ei esine, on üks **olulisematest barjääridest RVM soovitamisel.**

NB! Kui tõepoolest esineb mõni allpool loetletud vastunäidustustest, tuleb patsiendile kindlasti soovitada sobiv RVM.

1. Kardiovaskulaarne haigus käesoleval hetkel või anamneesis

- Venosne või arteriaalne tromboos (süvaveeni tromboos/KATE, müokardi infarkt, ajuinsult)
- Südame isheemiatõbi või stenokardia
- Üksikud või kombineeritud riskitegurid venosseks või arteriaalseks tromboosiks (nt KMI ≥ 40 , vanus $>35a.$ + suitsetamine, vaskulaarsete tüsistustega diabeet, hüpertensioon $>160/95$ mmHg)
- Ravile allumatu perekondlik hüperlipideemia
- Teadaolevad protromboolised seisundid:
 - kaasasündinud ja omandatud trombofiilid
 - Klippel-Trenaunay-Weberi sündroom (teadmata etioloogiaga haigus, mille puhul esinevad veresoonte malformatsioonid ühel jäsemel)
 - plaanilise ulatusliku või jalaoperatsiooni eelselt vähemalt 2 (soovitavalt 4) nädalat kuni 2 nädalat pärast pärast täieliku liikumisvõime taastumist
 - jala immobilisatsioon (nt pärast luumurdu kipsfiksatsioon) või veenilaiendite skleroteraapia/laserravi
 - viibimine üle 4000 m kõrgusel, kui lisanduvad täiendavad riskitegurid
- Migreen auraga
- Kindel aura ilma järgneva peavaluta
- Transitoorne isheemiline atakk
- Ajuhemorraagia anamneesis
- Pulmonaalne hüpertensioon (mistahes põhjusega)
- Südameklapi haigus/šunt/vaheseinade defekt, kui lisaks esineb arteriaalse või venosse tromboosi risk (näiteks pärast kirurgilist ravi, kodade virvendus või laperdus, vasaku vatsakese funktsioonihäire, tsüaanootiline südamerike, kopsuturse, anamneesis subakuutne bakteriaalne endokardiit). **Alati vajalik konsulteerida kardioloogiga, sest sageli ei pruugi olla tegemist WHO4 seisundiga.**

2. Maksahaigused

- Aktiivne maksahaigus (maksafunktsiooni näitajad pole normis)
- Dekompenseeritud maksatsirroos
- Maksa adenoom, kartsinoom
- KHKga seotud kolestaatiline ikterus anamneesis (anamnestiliselt raseduse ajal WHO3)
- Dubin-Johnsoni ja Rotori sündroom (kaasasündinud hüperbilirubineerima)
- Äge hepatiline porfüüria

3. Anamneesis suguhormoonidest mõjutatud või KHKga seotud haigusseisundid

- Süsteemne erütematoosne luupus, mille puhul esinevad antifosfolipiidantikehad (ilma WHO2)
- KHK-indutseeritud hüpertensioon
- Pankreatiit tingituna hüpertriglütserideemiast
- Rasedusaegne pemfigoid (harvaesinev rasedusaegne autoimmuunse geneesiga bulloosne dermatoos)
- *Chorea*
- Stevens-Johnson'i sündroom (*Erythema multiforme*), kui tingituna KHK-st
- Hemolüütilis-ureemiline sündroom ja trombotsütopeeniline purpura

5. Rasedus

6. Teadmata põhjusega veritsus suguteedest

7. Östrogeen-sõltuvad kasvaja

- Rinnavähk
- Rinnabiopsial leitud epiteeli atüüpia

8. Muud põhjused

- Allergia KHK koostisainetele
- Varasem healoomuline intrakraniaalne hüpertensioon
- *Amaurosis fugax* (transitoorne nägemiskadu reetina isheemia tõttu)
- Hüperkaleemia korral on drospirenooni sisaldavad KHKd vastunäidustatud
- Sturge-Weberi sündroom (harvaesinev kaasasündinud neuroloogiline ja naha haigus, mille puhul esineb ajuarterite proliferatsioon ja arteriovenoossed malformatsioonid-KHK kasutamisel tõuseb insuldi risk).
- Sünnitusjärgselt 6 nädala jooksul

Kasutatud kirjandus:

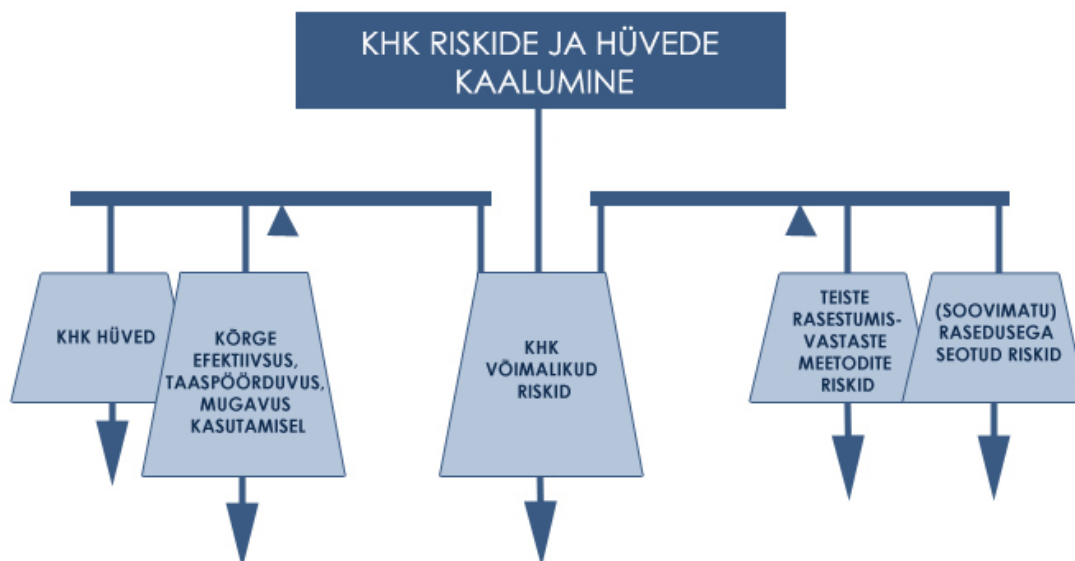
1. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.

KHK hüved ja riskid

MEELESPEA:

Riskide ja hüvede kaalumisel tuleb alati:

- Tasakaalustatult vaadelda iga kasutaja individuaalseid KHKga seotud riske ja võimalikke hüvesid.
- Arvesse võtta riske, mille tooks kaasa soovimatu rasedus.
- Mõelda, millised on alternatiivsed meetodid ning nende hüved ja riskid.



Adapteeritud Guillebaud, J. (2009)¹ järgi.

Meedias ja elanikkonna hulgas ringleb hulgaliselt liialdatud ja müütilisi arusaamu KHK võimalike riskide ja kõrvaltoimete kohta, samal ajal on tasakaalustatud informatsioon KHK mitte-kontratseptiivsete hüvede ja KHK positiivsete süsteemsete mõjude kohta puudulik. Samuti kajastatakse sageli ebapiisavalt KHK eeliseid, milleks on efektiivsus, pöörduvus ja lihtne kasutamine. Ka soovimatu rasedus ja rasedusega kaasnevad riskid, samuti teiste rasestumisvastaste meetodite plussid ja miinused võrreldes KHKga on teemad, mis peaksid esmasel kontratseptsiooninõustamisel kindlasti jutuks tulema. Näiteks, teatud seisundite korral, mille puhul küll riskid kaaluvad üles hüved, võib alternatiivide puudumisel või KHK muu toime saavutamiseks seda kasutada. Sellisel juhul on vajalik hoolikas monitoorimine ja patsiendi enda kõrge teadlikkus. Näiteks auraga migreen polütsüstiliste ovaariumitega patsiendil.

Kuna KHK tarvitajaid on palju ning tegemist ei ole klassikalise haiguste raviks kasutatava ravimrühmaga, on kõrgendatud tähelepanu arusaadav. Enamike KHKga otseselt või kaudselt seotud (haigus)seisundite korral on KHK enda riskid mitmete teiste riskitegurite kõrval väikese tähtsusega (kehakaal, suitsetamine, vanus). Samas on KHK kasutamine just see tegur, mida kõige kergemini saab mõjutada (ära jätta). Suitsetamise terviseriskid on teada ja see omab KHKga võrreldes kordades suuremat rolli näiteks arteriaalsete haiguste (müokardi infarkti), maksavähi või emakakaelavähi riski tõusus. Või ülekaal, millel on VTE tekkimises kordades suurem roll kui KHKl.

Peamised teadaolevad ja tõenäolised hüved ja riskid KHK kasutajatel

Teadaolevad hüved tervisele	Teadaolevad riskid tervisele
Menstruatsioonitsükliga seotud hüved • väheneb menstruaalvere hulk • väheneb düsmenorröa • vähenevad PMS kaebused • väheneb ovulatsioonivalu • väheneb risk rauavaegusaneemiaks • menstruatsioonitsükkel muutub regulaarseks	Väga harva Tõuseb • venoosse trombemboolia (VTE), KATE risk • emakakaelavähi risk teiste kaasuvate riskitegurite olemasolul

Vähenevad liigse rasueritusega seotud probleemid (seborröa, akne)	Üliharva Tõuseb - arteriaalsete haiguste (müokardiinfarkt, ajuinsult) risk - primaarse hepatotsellulaarse maksakartsioomi risk - hepatotsellulaarse maksaadenoomi risk
Väheneb: - endomeetriumi vähi risk - ovaariumi vähi risk - healoomuliste ovariaalsete tsüstide tekkerisk - emakavälise raseduse risk - healoomuliste rinnanäärme kasvaja risk - emakamüoomi põhjustatud veritsus - väikese vaagna põletikulise haiguse risk	
Tõenäoliselt väheneb: - endometrioosi progresseerumise risk - trihhomoniasia risk - kilpnäärme (hüpo - kui hüpertüreoosi) risk - pärasoolevähi risk - reumatoidartriidi risk - toksilise šoki sündroom	

Hüved

KHK annavad peaaegu 100% **kaitse soovimatu raseduse eest**, nende tarvitamine **ei sõltu seksuaalvahekorra**st ja kasutajad kogevad regulaarseid, **lühikesi, valutuid, vähese vereeritusega menstruaaltsükli veritsusi**. See on oluline hüve. KHK-ga seotud mittekontratseptiivsed hüved võivad olla näidustuseks nende kasutamisel ravi eesmärgil. Näiteks düsmenorröa või polütsüstiliste munasarjade sündroomiga (PCOS) naistel on KHK kasutamine eelistatud sõltumata sellest, kas patsient parasjagu elab või ei ela seksuaalelu.

Ülal asuvas tabelis on toodud ära teadaolevad tõestatud või tõenäolised KHK hüved. Enamik (nt ovaariumi vähi riski ↓, endomeetriumi vähi riski ↓, healoomuliste munasarja tsüstide ↓, emakavälise raseduse ↓) realiseerub tänu ovulatsiooni inhibeerimisele. Kaitse väikese vaagna põletikuliste haiguste suhtes realiseerub seetõttu, et progestageenid muudavad emakakaela sekreedi raskesti läbipääsetavaks nii seemnerakkudele kui haigustekitajatele. Osade hüvede mehhanismid ei ole selged (nt kolorektaalvähi riski ja trihhomoniasia riski vähenemine).

Lisaks tabelis toodud hüvedele võib nimetada, et ovariaalse vaegtalitluse korral mõjub KHK soodsalt luu mineraalsele tihedusele. Perimenopausaalses perioodis mõjub KHK klimakteerilisi sümptomeid leevendavalt.

Leitud on, et KHK kasutajatel on vähem duodenaalhaavandeid, kuid samas on arvatud, et see võib olla hea näide segavatest teguritest uuringutes - KHK kasutajaid ise erinevad KHK mittekasutajatest. Sellise, sageli psühhosomaatilise geneesiga, haiguse nagu duodenaalhaavandi korral võib olla, et ärevad naised on enam mõjutatud pillide kohta käibelolevatest väärarvamustest ja tarvitavad neid harvemini.

KHK ületarvitamisel, ka suurtes kogustes, ei teki kunagi tokseemiat, esineda võib oksendamist, lastel võib tekkida mööduv veritsus tupest umbes nädal või enam hiljem.

Ja lõpuks tuleb arvestada ka sotsiaalseid hüvesid, mida võimaldavad KHKd hoides ära soovimatuid ja valesi ajastatud rasedusi.

Riskid

Vähirisk ja KHK

MEELESPEA:

- Ulatuslik Suurbritannias läbi viidud uuring, milles vaadati haigestumust erinevatesse vähiliikidesse, näitas, et KHK kasutajatel võrreldes mittekasutajatega on statistiliselt oluliselt väiksem risk haigestuda ja surra kõikidesse vaadeldud vähiliikidesse kokku.
- KHK vähendavad riski haigestuda endomeetriumi, ovaariumi ja kolorektaalvähki.
- KHK ei tõsta rinnavähi riski.
- Emakakaelavähki tekitab inimese papilloomiviirus, millesse nakatumist KHK ei mõjuta. KHK võib olla kaastegur tervise riskikäitumisele, mis kokkuvõttes tõstab emakakaelavähi riski.

2007. a. avaldati Suurbritannias läbi viidud prospektiivse kohortuuringu tulemused, milles jälgiti 46 112 naist 39 aasta jooksul ja hinnati nende suremust KHK kasutajate ja mittekasutajate hulgas. Vähiliikidest vaadeldi kolorektaalvähki, maksavähki, kopsuvähki, melanoomi, rinnavähki, emakakaelavähki, endomeetriumi, ovaariumivähki, kesknärvisüsteemi/hüpopüüsi vähki, teadmata algkoldega vähki ja kõigi ülejäänud paikmetes kokku esinevaid vähke. Uuring näitas, et pillide kasutamine oli seotud statistiliselt oluliselt väiksema riskiga surra kõikidesse vaadeldud vähiliikidesse kokku (RR 0,85; 95%CI 0.78-0.93)⁶. 2010. aastal avaldati sama kohordi vähihaigestumuse riski tulemused, mis näitasid samuti haigestumise riski langust pillide kasutajatel (RR 0,88; 95% CI 0,83-0,94).²

Rinnavähk

Rinnavähk on sagedaseim naiste pahaloormuline kasvaja, mille olulisemateks riskiteguriteks on vanus, varane menarhe ja hiline esmassünnitus. Mõistetavalt on rinnavähi esinemissagedus viimastel kümnenditel nende riskitegurite tõttu suurenenud, õnneks on samal ajal, tänu vähivähi edusammudele, elulemus paranenud. Teaduskirjanduse andmed rinnavähi ja KHK seoste kohta on olnud vasturääkivad. Kaua aega toodi selles osas näiteks 1996 a. avaldatud metaanalüüsi, mis näitas, et pillide kasutamise ajal oli rinnavähi haigestumise risk veidi tõusnud (RR 1,24), kümme aastat pärast pillide kasutamise lõpetamist oli aga risk pillikasutajatel sama suur kui nendel naistel, kes polnud kunagi pille kasutanud. Pillide kasutamise kestus ega naise vanus pillide kasutamise alustamisel ei omanud olulist tähendust rinnavähi tekke seisukohast. Pillide kasutamise ajal tekkinud rinnavähivormid olid vähem agressiivsed kui pille mittekasutanud naistel esinevad vähivormid.³ Mitmed hilisemad uuringud ei ole leidnud seost rinnavähi ja KHK kasutamise vahel või erinevate koostisega pillide ja rinnavähi vahel.^{2,4}

SOOVITUSED:

- KHK ei tõsta rinnavähi riski.
- Iga naine vajab õpetust ja nõuannet rindade enesekontrolliks.
- Kui KHK kasutajal leitakse rinnavähk või kahtlustatakse rinnavähki, siis tuleb KHK kasutamine lõpetada ja valida alternatiivne mitte-hormonaalne meetod. Rinnavähi korral anamneesis, millel pole retsidiive 5 aasta jooksul pärast ravi lõppu, ületavad KHK kasutamisel saadavad riskid hüvesid (WHO 3).
- Rinnavähk perekondlikus anamneesis ei ole vastunäidustus ega käsitletav riskitegurina (WHO1). Päriliku rinnavähi (geenimutatsiooni BRCA1, BRCA2, harvem CHEK2 ja TP53 kandjad) on kõigist rinnavähkidest 5-10%. Sellise mutatsiooni esinemissageduse tõenäosus on suurem, kui perekondlikus anamneesis on ema- või isapoolses suguvõsas esinenud rinnavähki kolmel või enamal inimesel või mõnel lähisugulasel on esinenud rinnavähki enne 50. eluaastat. Sellisel juhul võib soovitada geneetiku konsultatsiooni. KHK kasutamine ei tõsta riski ja ei ole vastunäidustatud BRAC1/2 kandjatel.

Emakakaelavähk

Emakakaelavähi tekke eelduseks on nakatumine inimese papilloomiviirusega (HPV) seksuaalsel teel ja harvem ka nahakontakti kaudu. On leitud, et üle 5 aasta KHK kasutamine tõstab emakakaelavähi haigestumise riski (RR 1,90; 95% CI 1,69–2,13), mis teisisõnu tähendab, et 10 aastat KHK kasutamist 20–30ndates eluaastates tõstab kumulatiivset emakakaelavähiriski 50. eluaastaks 3,8 juhult 4,5 juhuni 1000 naise kohta.⁵ KHK ei ole isoleeritud riskitegur ega etioloogiline faktor, emakakaelavähi risk on tugevalt seotud seksuaalse riskikäitumisega ja on suurem varasema esmasseksuaalvahekorra, rohkemate partnerite ja kondoomi mittekasutamise korral. Kõik need tegurid annavad võimaluse nakatuda HPVsse ja on samas sageli seotud ka KHK kasutamise. KHK võimalik toime HPVst põhjustatud muutuste progresseerumisele kuni vähi tekkeni ei ole teada. Arvatavasti on tegemist soodustava kaasteguriga muude riski tõstvate asjaolude olemasolul ja kokkusattumisel. Risk tõuseb koos kasutamisaajaga, mis on sarnane suitsetamisega kaasneva riskiga, kuid omab suitsetamisest oluliselt väiksemat mõju emakakaelavähi riskitegurina.

Emakakaelavähi suremuse riski KHK kasutamine ei mõjuta (RR 1,34; 95% CI 0,74–2,44).⁶

Tänapäevase seisukoha järgi ei ole KHK emakakaelavähi riski tõstval toimeel kliinilist tähendust, kuna see ei ole sõltumatu riskitegur. Emakakaelavähi eelnevaid muutusi on võimalik skriinida ja vähki haigestumist ennetada regulaarsete PAP testide abil. Eestis on käivitunud emakakaelavähi sõeluuring ja on saadaval HPV vastane vaktsiin.

Teadmised, et KHK kasutamine võib olla kaasteguriks emakakaelavähi riski suurenemisel ei muuda KHK kasutamise praktikat ja hüved ületavad riskid (WHO2).

SOOVITUSED:

- Patsienti tuleb infomeerida emakakaelavähi tekkemehhanismist ja PAP testi vajadusest (sõeluuring, muidu vastavalt näidustusele/vajadusele).
- Sõeluuringute vanusrühma (30–59 a.) kuuluvaid patsiente peaks motiveerima osalema sõeluuringutel.
- Pole mingit põhjust muuta KHK kasutamist ükskõik millise emakakaelalt leitud rakulise või koelise muutuse korral, mis ei ole vähk, st kuni diagnoosi selgumiseni võib kasutatavat meetodit jätkata.
- Emakakaelavähi puhul rakendatakse kirurgilist ravi ja peale seda kontratseptsiooni vajadus enamasti puudub.

Maksavähk ja maksahaigused

On mõningaid uuringuid, mis näitavad, et hepatotsellulaarse maksavähi haigestumise risk on KHK kasutajatel tõusnud. Tegemist on üliharuldase haigusega (1–3 juhtu 1 000 000 naise kohta aastas), mis on fataalse kuluga. USAs ja Rootsis ei ole suuremus sellesse haigusesse alates 1960ndatest tõusnud, ehkki KHK kasutamine on laialdane, ja vastupidiselt Jaapanis, kus KHKd peaaegu ei kasutata, on suuremus sellesse haigusesse oluliselt suurenenud. See räägib ilmselt põhjusliku seose vastu.

SOOVITUSED:

- Maksavähk anamneesis, hepatotsellulaarne maksadenoom ja raske maksatsirroos on KHK absoluutsed vastunäidustused (WHO4).
- KHK ei tohi alustada ägeda hepatiidi korral (WHO3/4), kuid nende kasutamise jätkamisel juhul, kui haigestutakse ägedasse hepatiiti, ületavad hüved riskid (WHO2).
- KHK kasutamine ei halvenda maksahaiguste kulgu ja neid võib kasutada kroonilise hepatiidi ja kerge maksatsirroosi (mõlemad WHO1) ja fokaalse nodulaarse hüperplaasi puhul (WHO2).

Ägeda jooksul on KHKi püütud seostada ka teiste vähkide (melanoom) või healoomuliste kasvaja progresseerumisega (trofoblasti haigused, prolaktinoom), kuid tänaseks ei ole leitud nende seisundite ja KHK vahel põhjuslikke seoseid.

Venoosse trombemboolia (VTE) risk ja KHK

MEELESPEA:

- Kuigi KHK kasutajatel on kahekordne suhteline risk VTE tekkeks võrreldes mittekasutajatega, on samal ajal viljakas eas naistel VTE absoluutne risk madal.
- VTE/trombofiilia esinemine on absoluutne vastunäidustus KHK kasutamisele.
- Rutiinne skriinimine trombofiiliate suhtes enne KHK väljakirjutamist ei ole vajalik.
- Lähisugulasel idiopaatilise VTE esinemine alla 45-aastasena õigustab uuringuid trombofiilia suhtes.
- KHK väljakirjutamisel tuleb eeskätt juhinduda kasutaja eelistustest arvestades nii võimalikke hüvesid, vastunäidustusi ja riske, sh ka VTE riskitegureid.
- Vajalik on mõelda ka erakorraliste VTE riskitegurite peale (nt immobilisatsioon).

Venoosne trombemboolia (VTE) hõlmab süvaveenitromboosi ja kopsuarteri trombembooliat (KATE). Väga harva tekib süvaveeni tromboos atüüpilises asukohas (mesenteriaal-, portaal-, põma, reetinaveenid) või peaaegu venoossetes siinustes.

VTE absoluutne risk (esinemissagedus) viljakas eas naistel on väike, kuid see võib olla kõrgem kui seni on arvatud – arvatavalt 50–100 juhtu 100 000 naise-aasta kohta ehk 0,05–0,1%, so ligi kümme korda enam kui varasemast teada.^{7,8} Arvatavalt on VTE esinemissageduse tõus seotud mitmete tegurite koosmõjuga: tõeline VTE esinemissageduse tõus (muutused VTE riskitegurites, nt ülekaalulisuse suurenemine), kuid ka korrektsem uuringumetoodika, täpsemad VTE diagnoosi kriteeriumid ja diagnoosimisvõimalused.⁹ Hoolimata VTE võimalikust sagedasemast esinemisest viimastes uuringuandmetes, on ikkagi VTE absoluutne risk viljakas eas naistel madal.

VTE teadaolevad riskitegurid:

- kaasasündinud ja omandatud trombofiiliad,
- omandatud riskitegurid (vanus, ülekaalulisus, pahaloomuline kasvaja/ravi, pindmiste veenide tromboos, suitsetamine).
- ajutised riskitegurid (rasedus ja vahetu sünnitusjärgne periood, KHK ja hormoonasendusravi kasutamine, kirurgiline

operatsioon, immobilisatsioon, pikamaareis jm)

VTE saab jagada ka:

- idiopaatiline – riskifaktor pole teada;
- provotseeritud – riskifaktor on teada.

Trombofiiliad

Trombofiilia on kaasasündinud või omandatud häire, mille korral on märkimisväärselt tõusnud risk VTE tekkeks.

Omandatud trombofiilia võib esineda sidekoehaiguste korral, millega kaasneb antifosfolipiidantikehade teke (antikardiolipiini antikehad, luupusantikoagulant). Sel puhul esineb nii VTE kui ka arteriaalse tromboosi risk. Seetõttu on süsteemne erütematoosne luupus (SLE) koos antifosfolipiidantikehade esinemisega KHK tarvitamise vastunäidustuseks (WHO4).

Trombofiiliate esinemissagedus:¹⁰

- antitrombiin III puudulikkus - 0,02%,
- antifosfolipiidsündroom (omandatud)
- proteiin S puudulikkus - 0,7%,
- proteiin C puudulikkus - 0,2-0,4%,
- faktor V geeni Leideni mutatsioon e APC-resistentsus, heterosügootne - 5%,
- faktor V geeni Leideni mutatsioon e APC-resistentsus, homosügootne - 0,2%,
- protrombiini geeni 20210 G>A mutatsioon - 2%,

Võimalik seos trombootilise predispositsiooniga:

- hüperhomotsüsteineemia (omandatud) - 3%,
- düsfibrinogeneemia

Trombofiiliate suhtes rutiinselt sõeluuringute tegemine enne KHK väljakirjutamist pole kulutõhus ega otstarbekas. VTE esinemine lähisugulasel ei viita alati pärilikule trombofiiliale, sest VTE võis olla provotseeritud sündmus (nt sünnitusjärgsel või immobilisatsiooni tõttu). Teisipidi, kui isiku lähisugulasel on esinenud VTE, siis negatiivne tulemus ei välista ikkagi mõne harvaesineva trombofiilia olemasolu.

KHK kasutamine ja VTE

Kuigi KHK kasutajatel on ligikaudu kahekordne suhteline risk VTE tekkeks võrreldes mittekasutajatega, jääb see tunduvalt madalamaks kui näiteks raseduse ja vahetu sünnitusjärgse perioodiga seotud VTE risk.

Kuigi prokoagulatoorsed muutused on seostatavad peamiselt EEga, on varasemates uuringutes leitud, et eri progestageenidel võib kombinatsioonis EEga olla mõnevõrra erinev VTE risk, kuid see võimalik erinevus on tõenäoliselt väike. On leitud, et EE/LNG ja EE/NET, ning võimalik, et ka EE/norgestimaati sisaldavatel pillidel on veidi väiksem VTE risk võrreldes teiste progestageenidega. See erinevus võib olla tõeline või olla tingitud kallutatud VTE riskide hindamisest varasemates uuringutes.¹² Hilisemates uuringutes pole leitud eri progestageenidega pillidel erinevusi VTE riski tekkes ja KHK väljakirjutamisel tuleb juhendada eeskätt kasutaja eelistustest, VTE riskiteguritest, vastunäidustuste olemasolust ja võimalikest hüvedest, seejuures sobivad VTE riskiteguriteta naisele esmavalikuna kõik müügilolevad madala EE sisaldusega KHK preparaadid. Varasemate soovitude kohaselt võib KHKga esmakordselt alustajatele või mõne riskiteguriga patsiendile pakkuda esmavalikuna LNG või NET sisaldavad suukaudset KHK (juhul, kui vastavad preparaadid on müügil – Eestis on müügil vaid üks selline - LNG sisaldav tritsükliline preparaat).

EURAS uuringus (andmed 58 000 naise kohta) leiti kahekordne suhtelise riski tõus VTE tekkeks suukaudse KHK tarvitajatel võrreldes mittetarvitajatega, seejuures ei leitud erinevusi erinevate progestageenidega KHK puhul.

VTE risk EURAS¹¹ uuringu andmetel:

- Terved mitterasedad - 44 (24–73)/100 000 naise-aasta kohta
- EE/drospirenooni sisaldavad pillid - 91 (59–133)/100 000 naise-aasta kohta
- EE/LNG sisaldavad pillid - 80 (52–117)/100 000 naise-aasta kohta
- Teised pillid - 99 (74–130)/100 000 naise-aasta

kohta

- Rasedus - 291 (60–828)/100 000 naise-aasta kohta
- Vahetu sünnitusjärgne periood - 3000–4000/100 000 naise-aasta kohta

VTE risk on suurenenud esimestel KHK kasutuskudel ja edaspidi väheneb, jäädes siiski pisut kõrgemaks kuni KHK kasutamise lõpetamiseni.¹³

Progestageeni sisaldavatel meetoditel (minipill, süstitav progestageeni sisaldav depopreparaat, implantaat ja LNG-ESS) ei ole leitud seost suurenenud VTE riskiga¹³, mistõttu muude vastunäidustuste puudumisel sobivad nad alternatiivseks meetodiks KHKle.

Siiani publitseeritud andmed KH plaastri ja tüperõnga seostest VTE riskiga on ebapiisavad, et tuua välja nende võimalikke erinevusi ja kehtivad samad seisukohad kui pillide suhtes.

Kirurgiline operatsioon/immobilisatsioon ja KHK

Plaanilise ulatusliku (kestusega üle 30 minuti) kirurgilise operatsiooni puhul või kui eeldatakse kaasnevat immobilisatsiooni >48 tunni, tuleb lõpetada KHK kasutamine 2–4 nädalat enne operatsiooni ja jätkata 2 nädalat pärast liikumisvõime taastumist. Patsiendile tuleb soovitada ümber lülituda RVMle, millega ei kaasne ajutist VTE riski (nt minipillid, süstitav progestageeni sisaldav depopreparaat).

Eriolukorras (nt trauma, erakorraline mahukas kirurgiline operatsioon), kui KHK ei ole eelnevalt katkestatud, tuleb see kaasneva immobilisatsiooni puhul kohe katkestada ja rakendada tromboprofülaktilik.

VTE suhtes riskantsemad on üldkirurgia, ortopeedia, traumadega seotud ja neurokirurgilised ulatuslikud operatsioonid. Kui ulatuslikule kirurgilisele operatsioonile ja/või immobilisatsiooniga seotud olukorda satub fertiilses eas naine, siis tuleb alati küsida KHK tarvitamise kohta ja kohe KHK lõpetada. Ka erinevad operatsioonid jalgadel (artroskoopia, jala pindmiste veenide kirurgiline ravi, skleroteraapia jm) on seisundid, mil tuleb katkestada KHK tarvitamine vähemalt 2 nädalat eelnevalt, jätkates KHK tarvitamist kuni kompressioonidemete eemaldamiseni (WHO4).

Väiksemate operatsioonide puhul, millele ei järgne immobilisatsiooni, pole vaja KHK tarvitamist katkestada (WHO1).

WHO kriteeriumid VTE riskitegurite hindamiseks (kohandatud Guillebaud 2007¹⁴).

	Absoluutne vastunäidustus	Suhtelised vastunäidustused		Märkused
Riskitegur	WHO4	WHO3	WHO2	
Trombofiilia/ VTE isiklikul või lähisugulasel*	VTE praegu või anamneesis; kaasasündinud või omandatud trombofiilia; lähisugulasel trombofiilia või idiopaatiline VTE <45a. + patsiendi trombofiilia staatus teadmata	lähisugulasel provotseeritud VTE <45a. (nt operatsiooni- või sünnitusjärgselt) + patsiendi trombofiilia staatus teadmata	VTE lähisugulasel ≥45-aastaselt või teise astme sugulasel; lähisugulasel idiopaatiline või provotseeritud VTE <45a. + patsiendil trombofiilia skriining negatiivne	Kui lähisugulasel esines <i>idiopaatiline</i> VTE <45a., siis on võimalusel näidustatud trombofiiliate suhtes skriining. Kui lähisugulasel esines <i>provotseeritud</i> VTE, siis ei ole skriining vajalik.
Kehamassiindeks	≥40	30–39	25–29	
Immobilisatsioon	voodirežiim >48 tunni mistahes põhjusel; kipsfiksatsioon	ratastooli kasutaja; liikumispuudega haigus	vähenenud liikuvus muudel põhjustel	Kirurgiline operatsioon immobilisatsioonita ei ole KHK vastunäidustus (WHO1).
Varikoossed veenid	reie pindmiste veenide tromboos praegu;		anamneesis jala pindmiste veenide tromboos	Pindmiste veenide tromboos ei tekita KATet, kuid võib olla markeriks tulevase süvaveenide tromboosi

	käimasolev skleroteraapia/laserravi, kirurgiline ravi			suhtes. Varikoossed veenid (põletikuta, tromboosita) ei ole KHK vastunäidustus(WHO1).
Suitsetamine		≥15 sigaretti päevas	<15 sigaretti päevas	Sigarettide arv on mõneti meelevaldne VTE puhul, kardiovaskulaarsete riskide puhul on suitsetamine olulisem
Vanus	>35 a., kes suitsetavad/ on lõpetanud suitsetamise <1a tagasi	>35 a., kui on endine suitsetaja	>35 eluaastat	

*lähisugulane – ema, isa, õde, vend, laps.

Kehtib suhteliste vastunäidustuste sünergism. Näiteks kui esineb kaks WHO2 suhtelist vastunäidustust, siis on see kokku WHO3; kui WHO3 vastunäidustusele lisandub WHO2 vastunäidustus, siis võib olla tegemist absoluutse vastunäidustusega (WHO4). Näide: kui ülekaaluline naine (KMI 32) suitsetab kuni 15 sigaretti päevas, siis tähendab see absoluutset vastunäidustust KHK kasutamiseks.

Ajutised VTE riskiseisundid ja KHK

Viibimine üle 4000 m kõrgusel võib soodustada tromboosi nii arteriaalses kui venoosses vereringes. Pikamaareisijatel võib olla ajutiselt tõusnud VTE risk.

Kui esineb täiendavaid lisariskitegureid (dehüdratatsioon; tarvitatakse kõrgmäestiku taluvust suurendavat ravimit atsetasoolamiidi, millel on diureetiline toime; tekib trauma või on kiire mäkke tõus), siis võib olla KHK kasutamine pigem vastunäidustatud (WHO3 või 4).

Pikk lennureis (>6 tundi) iseenesest ei ole KHK kasutamise vastunäidustuseks (WHO2), kuid lennureisimisega kaasnevad kombineeritud patofüsioloogilised muutused, mis soodustavad VTE teket: sundasend (seda tuleb silmas pidada ka pikamaa bussi- ja autoreisidel), hüpoksia salongis, dehüdratatsioon (sh alkoholi ja kofeiini diureetilise efekti tõttu).

Tõeline pika lennureisiga seotud VTE esinemissagedus pole teada, kuna lennureisimisega seostatav VTE ei ole alati sümptomaatiline ega diagnostiliste uuringutega kinnitatud. Lisaks, VTE võib tekkida ka kuni 1 kuu pärast lendu, sagedamini siiski 1-2 nädalat pärast lendu.¹⁵

Individuaalsed riskitegurid pikamaareisimisega seotud VTE tekkel on:¹⁵

- reisi pikkus üle 6 tunni,
- vanus > 40 a.,
- sugu (naised),
- KHK või hormoonasendusravi kasutamine,
- alajäseme varikoossed veenid,
- ülekaal KMI >30,
- trombofiilide esinemine

Üldmeetmetena soovitatakse pikamaareisijatel:

- kanda reisi ajal mugavaid, mitte kitsaid riideid;
- tarvitada reisi ajal rohkelt mittealkohoolseid jooke, et vältida dehüdratatsiooni;
- liikuda võimalusel salongi vahelkäigus ning teha spetsiaalseid harjutusi, et tugevdada jalgade lihaspumpa ja sellega tugevdada verevoolu südame suunas.

Individuaalsed VTE riskiteguritega lennureisijatele soovitatakse lisaks kanda kompressioonpõlvikuid (sukki), mille rõhk hüppeliigese kohal on 15-30 mmHG. Kui lisaks KHK kasutamisele esineb veel VTE riskitegureid, siis võib naistearst/perearst soovitada manustada ennetavalt madalmolekulaarset hepariini. Süstitakse ühekordselt kõhunaha alla vahetult enne reisi ja

enne tagasilendu. Antiagregantide (aspiriin) efektiivsus pole VTE ennetamisel tõestust leidnud.^{15,16}

Arteriaalse haiguse risk ja KHK

MEELESPEA:

- Viljakas eas naistel on MI ja insuldi absoluutne risk väga väike.
- Ainuüksi KHKst on MI ja isheemilise riski tõus minimaalne või puudub, KHK kasutamisel pole seost hemorraagilise insuldi riskiga.
- MI ja insuldi riskiteguriteks on suitsetamine, hüpertensioon, diabeet ja ülekaalulisus – neid riskitegureid tuleb ka KHK kasutajal hinnata.
- KHK kasutamine on vastunäidustatud suitsetavatel ja üle 35-aastastel naistel.
- Migreen on isheemilise insuldi iseseisev riskitegur, võimalik on koosmõju KHKga. Seetõttu on auraga migreen absoluutne vastunäidustus KHK kasutamisele.

Siin käsitletavat arteriaalsed haigused on müokardi infarkt, peaauguinfarkt (isheemiline insult), peaaugu hemorraagia (hemorraagiline insult), ja üliharva teised, üksikutes arterites (mesenteriaal- ja reetinaarterites), esinevad infarktid.

Arteriaalsete haiguste teadaolevad riskitegurid:

- hüpertensioon,
- vanus >45a.,
- suitsetamine,
- diabeet,
- ülekaalulisus.

Müokardi infarkt (MI) ja KHK

Viljakas eas naistel on MI absoluutne risk väga väike. Ainuüksi KHKst on riski tõus minimaalne või puudub.^{11,17-20}

Suitsetamine on oluline MI riskitegur, risk on sõltuv suitsetatud sigarettide arvust: <15 sigareti puhul päevas on MI riski tõus pea kahekordne, >15 sigareti puhul päevas on risk enam kui neljakordne. KHK kasutamise ja suitsetamise **koosmõju** suurendab MI suhtelist riski pea 20-kordseks. Suitsetamisest tingitud MI esinemissagedus ja suuremus suureneb vanusega, seetõttu on KHK vastunäidustatud suitsetajatel pärast 35. eluaastat (WHO4).^{21,22}

Hüpertensioon on iseseisev MI riskitegur, suurendades KHK kasutajatel MI riski kuni kolm korda. Teadaolevalt esineb KHK kasutajatel väheoluline normi piiridesse jääv vererõhu tõus, mis on seotud EE toimega (Na peetus, vereplasma mahu tõus, angiotensinogeeni süntees maksas).

Isheemiline insult ja KHK

Viljakas eas naistel on isheemilise insuldi absoluutne risk väga väike, kuid risk suureneb vanusega. Ainuüksi KHKst on riski tõus minimaalne või puudub.^{20,23-26}

Isheemilise insuldi iseseisvaks riskiteguriteks on eeskätt migreen, võimalik on **koosmõju** KHKga. Metaanalüüsis leiti, et isheemilise insult ohustab just auraga migreeni patsiente ning et KHK kasutamine suurendab riski veelgi. Seetõttu on auraga migreen absoluutne vastunäidustus KHK kasutamisele (WHO4).²⁷

Isheemilise insuldi iseseisvateks riskiteguriteks on hüpertensioon ja ülekaalulisus (mõlema korral risk suureneb 3 korda).²⁸ Seetõttu on vererõhk $\geq 160/95$ mmHg absoluutne vastunäidustus KHK kasutamisele.

Ülekaalulisus suurendab nii MI, insuldi kui ka VTE riski ja ülekaalulistel patsientidel tuleb KHK sobivust hoolikalt hinnata koos teiste arteriaalsete haiguste riskiteguritega.

Hemorraagiline insult ja KHK

Viljakas eas naistel on hemorraagilise insuldi absoluutne risk väga väike.

KHK kasutajatel ei ole leitud suurenenud riski hemorraagilise insuldi tekkeks.^{25,29} Hemorraagilise insuldi riskiteguriteks on vanus, hüpertensioon (risk suureneb 10 korda) ja suitsetamine (risk suureneb 3 korda).

WHO kriteeriumid arteriaalsete haiguste riskitegurite hindamiseks (kohandatud: Guillebaud 2007¹⁴).

	Absoluutne vastunäidustus	Suhtelised vastunäidustused		Märkused
Riskitegur	WHO4	WHO3	WHO2	
Lähisugulasel	Patsiendil püsiv, ravile allumatu,	Lähisugulasel perekondlik	Patsiendil ravile alluv	Kui lähisugulasel <45a.

hüperlipideemia või arteriaalne tromboos	perekondlik hüperlipideemia,	hüperlipideemia või idiopaatiline arteriaalne tromboos <45a. või patsiendil lipiidide profiil teadmata või ravile alluv hüperlipideemia	hüperlipideemia (mitte perekondlik); lähisugulasel arteriaalne tromboos <45a. riskiteguri foonil (nt suitsetamine) või patsiendil lipiidide profiil teadmata	idiopaatilise arteriaalse tromboosi esinemine või kui on teadaolev perekondlik hüperlipideemia, siis tuleb patsiendil määrata lipiidide profiil. Kui see on patsiendil normis, siis tähendab see, et vastunäidustusi ei ole sõltumata pereanamneesist (WHO1)
Suitsetamine	≥40 sigaretti päevas	15-39 sigaretti päevas	<15 sigaretti päevas	Sigarettide arv on mõneti meelevaldne
Diabeet (nii insuliinsõltuv kui mitteinsuliinsõltuv)	Raske, vaskulaarsete tüsistustega diabeet või kauakestnud (>20a.) diabeet		Vaskulaarsete tüsistusteta diabeet	KHK ei oma toimet veresuhkru kontrollile ega progresseeruvat toimet vaskulaarsetele tüsistustele. Vastunäidustuste kaalumisel tuleb eelkõige lähtuda haiguse kulust ja tüsistuste esinemisest.
Hüpertensioon	≥160/95 mm Hg	140-159/90-94 mm Hg; ravile alluv hüpertooniatõbi	korduvalt 140/90 mmHg lähedal; preeklampsia anamneesis	WHO järgi: ≥160/100 mmHg (WHO4)
Kehamassiindeks	≥40	30-39	25-29	Ülekaalulisus põhjustab nii arteriaalseid kui venoosseid riske
Migreen	Migreen auraga; aura ilma peavaluta; migreen ilma aurata, mis kestab >72h	Migreen ilma aurata + lisanduv arteriaalne riskitegur (vanus ≥35a, suitsetamine, hüpertensioon, KMI>30, diabeet, hüperlipideemia, lähisugulasel idiopaatiline arteriaalne tromboos <45a.)	Migreen ilma aurata	Migreen on isheemilise insuldi iseseisev riskitegur
Vanus >35a.	Vanus >35a., kui jätkuvalt suitsetaja	Vanus >35a., kui endine suitsetaja vähem kui 1	Vanus >35a., kui ei ole suitsetaja ja pole muid	

		aasta	riskitegureid; endine suitsetaja enam kui 1 aasta	
--	--	-------	---	--

Kehtib suhteliste vastunäidustuste sünergism. Näide: kui suitsetamisele >15 sigaretti päevas lisandub vanus >35a., siis tähendab absoluutset vastunäidustust KHK kasutamiseks.

Lisalugemiseks:

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception. Green-top Guideline No. 40. July 2010. <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/venous-thromboembolism-and-hormonal-contraception-green-top-40>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Combined Hormonal Contraception (<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceCombinedHormonalContraception.pdf>). Clinical Guidance. October 2011. http://www.fsrh.org/pages/clinical_guidance.asp

Kasutatud kirjandus:

1. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
2. Hannaford PC, Selaraj S, Elliott AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study. BMJ 2007;335:651-59.
3. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet 1996;347:1713-27.
4. Marchbanks PA, Curtis KM, Mandel MG, Wilson HG, Jeng G, Folger SG, McDonald JA, Daling JR, Bernstein L, Malone KE, Wingo PA, Simon MS, Norman SA, Strom BL, Ursin G, Weiss LK, Burkman RT, Spirtas R. Oral contraceptives formulation and risk of breast cancer. Contraception, 2012;85:342-50.
5. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. Lancet 2007;370:1609-214.
6. Hannaford PC; Iversen L; Macfarlane TV; Elliott AM; Angus V; Lee AJ. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. BMJ 2010;340: c927.
7. Heinemann LAJ, Dinger JC. Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women. Contraception 2007;75:328-36.
8. Committee on Safety of Medicines; Medicines and Healthcare products, Regulatory Agency. Combined oral contraceptives containing desogestrel or gestodene and the risk of venous thromboembolism. Current Problems in Pharmacovigilance 1999;25:11-12.
9. Reid RL, Westhoff C, Mansour D, de Vries C, Verhaeghe J, Boschitsch E, et al. Oral contraceptives and venous thromboembolism: consensus opinion from an international workshop. J Fam Plann Reprod Health Care 2010; 36: 117-122.
10. Høibraaten E, Qvigstad E, Andersen TO, Mowinckel MC, Sandset PM. The effects of hormone replacement therapy (HRT) on hemostatic variables in women with previous venous thromboembolism--results from a randomized, double-blind, clinical trial. Thromb Haemost. 2001 May;85(5):775-81.
11. Dinger JC, Heinemann LAJ, Kuehl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance study on oral contraceptives (EURAS-OC) based on 142,475 women-years of observation. Contraception 2007;75:344-54.
12. Lewis MA, Heinemann L, MacRae KD, Bruppacher R, Spitzer WO. The increased risk of venous thrombo-embolism and the use of third generation progestogens; role of bias and in observational research. Contraception 1996;54:5-13.
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Venous Thromboembolism and Hormonal Contraception. Green-top Guideline No. 40. July 2010. Kättesaadav: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/venous-thromboembolism-and-hormonal-contraception-green-top-40>
14. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.
15. Gavish I, Brenner B. Air travel and the risk of thromboembolism. Intern Emerg Med. 2011;6:113-6.
16. Pöder A, Sukles K, Kaljusaar H. Reisimisega seotud tromboos. Kättesaadav: http://tromboos.ee/?page_id=51.
17. Lewis MA, Heinemann LAJ, Spitzer WO, MacRae KD, Bruppacher R. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Contraception 1997;56:129-40.
18. Margolis K, Adami HO, Luo J, Ye W, Weiderpass E. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. Contraception 2007; 88: 310-316.
19. World Health Organization. Collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Acute myocardial infarction and the combined pill: results of an international multicentre case control study. Lancet 1997;349: 1202-9.
20. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. N Engl J Med 2012;366:2257-66.
21. Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study. BMJ 1989;298:165-8.
22. Dunn N, Thorogood M, Farahar B, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, et al. Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study. BMJ 1999;318:1579-84.
23. Baillargeon JP, McClish DK, Essah PA, Nestler JE. Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab 2006;90:3863-70.
24. Siritho S, Thrift AG, McNeil JJ, You RX, Davis SM, Donnan GA. Risk of ischemic stroke among users of the oral contraceptive pill. The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. Stroke 2003; 34: 1575-80.
25. Yang L, Kuper H, Sandin S, Margolis KL, Chen Z, Adami HO, et al. Reproductive history, oral contraceptive use, and

the risk of ischemic and hemorrhagic stroke in a cohort study of middle-aged Swedish women. *Stroke* 2009;40:1050–58.

26. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med* 2012;366:2257–66.
27. Schurks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009;339:b3914.
28. Curtis KM, Mohllajee AP, Martins SL, Peterson HB. Combined oral contraceptive use among women with hypertension: a systematic review. *Contraception* 2006;73:179–188).
29. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *Lancet* 1996;346:505–10.

Alljärgnevalt on loetletud mõned paljudest seisunditest, mille puhul KHK kasutamist pole vaja piirata (WHO1 või WHO2).

- Abordijärgselt
- AIDS/HIV (va maksaensüüme indutseerivate ravimite tarvitamisel)
- Anamneesis emakaväline rasedus
- Anamneesis rasedusaegne HELLP sündroom
- Aneemiad
- Bronhiaalastma
- Depressioon
- Emakamüoom
- Emakakaela düsplaasiad (CIN)
- Endometrioos
- Enamik pahaloomulistest kasvajatest (kui ei ole hormoonsõltuvad kasvajakasvaja ja pole tromboosiriski)
- Gestatsioonidiabeet anamneesis
- Haavandiline koliit
- Healoomulised ovariaaltuumorid
- Healoomulised rinnanäärme tuumorid
- Hodgkini lümfoom
- Krooniline hepatiit
- Neerudialüüs
- Pingepeavalud
- Reumatoidartriit (kui patsient ei ole immobiliseeritud)
- Sapikivahaigus (koletsüstektoomia teostatud, asümptoomne)
- Sarkoidoos
- Seksuaalsel teel leviv infektsioon
- Kilpnäärmehaigused
- Väikese vaagna põletikuline haigus (PID)
- Vanus (muude vastunäidustuste puudumisel ei ole vanuse alampiiri, KHK võib kasutada kuni menopausini)
- Varikoossed veenid
- Väikesemahuline operatsioon ilma immobilisatsioonita
- Trofoblasti haigused

KHK esmane väljakirjutamine

MEELESPEA:

KHK ohutu kasutamise tagamiseks tuleb esmasel nõustamisel:

- põhjalikult selgeks teha individuaalne ja pereanamnees, pöörates eriti tähelepanu individuaalsetele kardiovaskulaarsetele riskidele,
- mõõta arteriaalset vererõhku,
- teavitada patsienti, kuidas ja kuhu pöörduda korduvvisiidile - nõuande või kordusretsepti saamiseks.

KHK individuaalne sobivus ja ohutus tehakse kindlaks hoolika **individuaalse ja pereanamneesi** kogumise käigus.

Oluline on:

- hinnata, kas on absoluutsed vastunäidustusi,
- märgata võimalikke individuaalseid riskitegureid (WHO1–4) ja nende sünergismi.

Eraldi tuleb seejuures küsida venoossete ja arteriaalsete trombooside kohta individuaalses ja pereanamneesis, samuti kaasnevate haiguste nagu migreeni, hüpertensiooni, trombofilia ja hüperlipideemia ning suitsetamise kohta.

Riskide ja hüvede suhe võib olla erinev siis, kui KHK on kirjutatud ravi eesmärgil (nt polütsüstiliste ovaariumide sündroomi, düsmenorröa vms korral).

Patsiendilt tuleb küsida ravimite tarvitamise kohta (retseptiravimid, käsimüügiravimid, taimsed preparaadid).

Hoolika anamneesi kogumist võib hõlbustada [kontroll-lehe kasutamine](#).

Anamneesi võtmisel selgub, kas on vaja teha täiendavaid uuringuid (vastava anamneesi korral näiteks lipiidide taseme hindamine vms). Enamasti pole uuringud vajalikud. Igal juhul tuleb **mõõta ja dokumenteerida arteriaalne vererõhk** ja fikseerida KMI (KMI > 30 puhul ületavad KHK riskid kasu). Günekoloogiline läbivaatus pole kaebuste puudumisel ja eriti noorte naiste (iseäranis teismeliste) korral esmasel KHK väljakirjutamisel vajalik, seda võib teha ka korduvvisiidil.

Pärast anamneesi võtmist väärib iga naine **isiklikku nõustamist**, mille käigus saab käsitleda kasutajat huvitavaid küsimusi seoses valitava meetodiga ja hinnata, kuidas KHK mõjutab inimese elukvaliteeti (meetodist saadavad kontratseptiivsed ja mitte-kontratseptiivsed hüved). See on vajalik selleks, et patsient saaks langetada informeeritud valiku, millist meetodit kasutama hakata.

Seetõttu on esmakordsel visiidil varuda nõustamiseks aega! Kasutaja eelistused meetodi ja preparaadi valikul on olulised, sest see tagab parema ravijärgimuse.

Esmakordsel kasutamisel võib alustada ükskõik millise madaladoosilise preparaadiga (20-30 µg EE). See, kas valitud kombinatsioon kasutajale sobib või mitte, selgub pärast pillide 2-3-kuulist kasutamist.

Patsient peab KHKd tarvitama hakates teadma, missuguste kaebuste või sümptomite korral on vajalik koheselt arstiga konsulteerida ja vajadusel KHK lõpetada, et välja selgitada ja otsustada, kas kaebuste põhjuseks võib olla tõsise arteriaalne või venoosne haigus.

Järgmine visiit võiks riskiteguriteta patsiendil toimuda 6 kuu pärast, et hinnata vererõhu väärtust ja võimalike probleemide esinemist. Siis on ka sobiv aeg teha ettepanek günekoloogiliseks läbivaatuseks, kui seda pole tehtud eelneva aasta-poolteise jooksul Kui KHK tarvitamine kulgeb probleemideta, siis võib edaspidi väljastada kordusretsepti maksimaalseks lubatud ajaks ja julgustada patsienti pöörduma küsimuste tekkimisel.

[Trüki soovi korral välja!](#)

ABIKS KASUTAJALE

Nõuanded esmasele kombineeritud hormonaalse kontratseptsioonimeetodi (KHK) kasutajale:

1. Küsimuste ja probleemide korral tuleb alati *nõu küsida* – võimalusel helistada või nõustamisele pöörduda.
2. Valitud meetod on efektiivne vaid siis, kui seda *korrektselt kasutada* (iga pillipaki, plaastri ja tüperõnga alustamine langeb samale nädalapäevale).
3. Unustamise korral tuleb küsida nõu, lugeda patsiendi infolehel või kaasa antud voldikust, *mida unustamise puhul tuleb teha* – vajalikud võivad olla lisakaitseabinõud: lisakaitsevahendi või SOS-pillide tarvitamine või KHK pidev tarvitamine ilma 7-päevase pausita.

4. Esimestel kuudel võivad esineda *ohutud ja enamasti ajutised kõrvaltoimed* nagu vaheveritsused ja iiveldus.
5. Isegi kui 7-päevase pillivaba pausi (osadel preparaatidel on pillivaba paus 4 päeva) ajal tekkinud veritsus ei ole veel lõppenud, tuleb ikkagi alustada uue pillipakiga/plaastriga/tuperõngaga *ettenähtud ajal*.
6. Rasestumisvastane *kaitse on olemas ka pillivaba pausi ajal*, kui selle möödudes jätkatakse pillitarvitamist (sama kehtib plaastri ja tuperõnga puhul).
7. *Oksendamise* korral 2 tunni jooksul pärast pillitarvitamist tuleb võtta uus pill ja jätkata meetodi tarvitamist tavapäraselt. *Väga tugeva kõhulahtisuse* korral, mis kestab >2 ööpäeva, võivad samuti lisakaitseabinõud vajalikud olla. Oksendamine ja kõhulahtisus ei mõjuta plaastri ja tuperõnga toimet.
8. *Ravimite kasutamise* korral uuri ja küsi nõu, kas nende koostarvitamisel KHKga on vajalikud täiendavad lisakaitseabinõud.
9. Arstiga tuleb kohe ühendust võtta, kui tekivad **kaebused ja sümptomid, mille puhul on vajalik koheselt arstiga konsulteerida** – vajalik võib olla KHK lõpetamine (vt nimekiri pöördel).
10. KHKd *võib kasutada ilma pausideta*, et vereeritusi edasi lükata – selleks jätke ära 7-päevane KHK-vaba paus ja tarvitage järjest järgmine pillipakk/plaastrid/rõngas.
11. KHK *ei kaitse seksuaalsel teel leviva nakkuse ja HIVi eest*. Igaks juhuks tuleb alati (uue partneriga) lisaks ka kondoomi kasutada (topeltmeetod).

Kaebused ja sümptomid, mille puhul on vajalik koheselt arstiga konsulteerida:

Alljärgnevate kaebuste ja sümptomite esinemisel on vajalik koheselt arstiga konsulteerida. Loetletud nähtude esinemisel ei ole enamasti tegemist KHKst tingitud raske haigusega, samas peab arst nende kaebuste põhjuse välja selgitama ja otsustama, kas pillide/plaastri/tuperõnga tarvitamist tohib jätkata (alternatiivse meetodina sobib jätkata progestiinmeetodiga, nt minipillidega).

- tugev valu ja/või turse ühes jalas
- äkki tekkinud tugev valu rindkeres
- äkki tekkinud tugev kõhuvalu
- äkki tekkinud tugev õhupuudustunne või veriköha
- ebatavaliselt tugev või pikaajaline peavalu, kõne- ja nägemishäired
- käte või jalgade tuimus või nõrkus, tuimus ühes kehapooles
- äkki tekkinud seletamatu põhjusega minestamine
- tõsine peapööritus, ühe kehapoole nõrkus või tasakaaluhäire
- krampihoog
- naha või silmavalgete kollasus
- äkki tekkinud lööve üle kogu keha
- kõrgenenud vererõhk $\geq 160/95$ mmHg
- voodireziim – nt pärast jalaluu murdu, ulatuslikku operatsiooni või jalal toimunud operatsiooni

KHK koostoimed teiste ravimitega

MEELESPEA:

- Enne KHK väljakirjutamist ja igal korduval visiidil tuleb küsida, milliseid ravimeid KHK kasutaja tarvitab ning patsienti teavitada, et iga haiguse ja ravimeetodi korral tuleb ka oma raviarsti KHK kasutamisest informeerida.
- Maksaensüümide indutseerijate ja antiretroviirusravi preparaatide toime võib KHK toime nõrgeneda.
- KHK toime võib lamotrigiini toime nõrgeneda.
- Laia toimespektriga antibiootikumid ei vähenda KHK efektiivsust.

Kombineeritud pillides sisalduvad naissuguhormoonid imenduvad peensoole ülaosast ja metaboliseeritakse maksas. Tagasi soolde jõudnud östrogeense hormooni metaboliidid reaktiveeritakse soole mikrofloora poolt ja need läbivad nn. enterohepaatilise ringe, st jõuavad uuesti maksa ja sealt uuesti vereringesse ja sihtorganitesse. Maksa ensümaatilise aktiivsuse tõusu mõjutavad ravimid võivad vähendada östrogeenide ja progestageenide tõhusust. Muude manustamisviiside korral (plaaster, tuperõngas) ei toimu esmast maksaringet, kuid teine ringe on analoogiline pillidele ja seetõttu tuleb arvestada samade koostoimetega.

Ravimid, mille toime võib KHK toime nõrgeneda

1. Maksaensüümide indutseerijad:

a) Peamiselt tuberkuloosi ravis kasutatavad ravimid

- *rifampitsiin*
- *rifabutiin*

b) Antikonvulsandid

- *barbituraadid*
- *fenütoiin*
- *karbamasepiin*
- *primidoon*
- *topiramaat*
- *okskarbasepiin*

2. Mao pH tõstvad ravimid

- *prootonpumba inhibiitorid*
- *antatsiidid*
- *H₂ retseptori antagonistid*

3. Muu

- *modafiniil* (analeptikum)
- *bosentan* (pulmonaalse arteriaalse hüpertensiooni ravim)
- *aprepitant* (antiemeetikum)

SOOVITUS: eelpool nimetatud ravimite pideval kasutamisel tuleks valida muu RVM. Ei sobi minipillid (WHO3), kuid sobivad vaske sisaldav emakasisene vahend ja hormonaalne emakasisene süsteem (LNG-ESS) ning süstitav progestageeni sisaldav depoopreparaat (*Depo-Provera*). Juhul, kui valikut ei ole või patsient kindlasti soovib kasutada KHK, tuleb valida võimalikult kõrge EE-sisaldusega (alates 30 µg) pill ja kasutada tritsüklilist manustamist lühendades pillivaba perioodi neljale päevale seitsme asemel (ei sobi siiski rifampitsiini ja rifabutiini puhul). Plaastri ja tuperõnga kasutamisel paralleelselt maksaensüümide inhibiitoritega tuleb kasutada lisakaitsevahendit. Läbimurdeveritsuse tekkimisel tuleb EE doosi veelgi suurendada. Ravimi kasutamise lõpetamisel tuleks arvestada, et maksa talitus taastub endisele tasemele nelja nädala pärast ja sellel ajal tuleb jätkata lisakaitsevahendi/alternatiivse RVM kasutamist.

4. Antiretroviirusravi:

- *mittenukleosiid-pöördtranskriptaasi inhibiitorid*
- *ritonavir ja temaga võimendatud ravimid (darunavir, nelfinavir, fosamprenavir, lopinavir)*
- *efavirenz*

SOOVITUS: HIV raviks kasutatavatel preparaatidel on potentsiaalne toime mõjutada KHK komponentide biosaadavust ja seetõttu soovitakse alati kasutada lisakaitset kondoomi lisaks sellele, et vältida viiruse ülekandmist.

Käsimüügiravimite puhul tuleks arvestada, et *naistepuna sisaldavatel prepraatidel* on tõenäoliselt KHK toimet vähendav mõju ja neid tuleks vältida.

Ravimid, mille toime võib KHK toime nõrgeneda või tugevneda

1. Antikonvulsandid

- *lamotrigiin*

SOOVITUS: kombinatsiooni tuleks vältida.

2. Ravimid millel esineb veel kliiniliselt olulisi koostoimeid KHKga

- *tsüklosporiin* (immunosupressant)

SOOVITUS: KHK mõjutab tsüklosporiini metabolismi tõstes seerumitaset. Kombinatsiooni tuleks vältida.

NB!

Veel hiljuti arvati, et laia toimespektriga antibiootikumide lühiajalisel ravil võib olla mõju KHK efektiivsusele, kuid tänapäevaste teadmiste kohaselt ei vähenda nende kasutamine KHK efektiivsust ja lisakaitset ei ole vaja.

Lisaks on ravimeid, mis võivad tõsta KHK komponentide seerumitaset ja anda seetõttu ravi ajal KHKle iseloomulikke kõrvaltoimeid. Mõnedel ravimitel on täheldatud koostoimeid KHKga, mis võivad vahel olla kliiniliselt olulised. See võib küll tekitada vajaduse ravi monitoorida, kuid ei koos kasutamine ei ole otseselt vastunäidustatud. Selle kohta saab vaadata täpsemalt tabelitest: <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidancedruginteractions hormonal.pdf>, lk 21-22

Kasutatud kirjandus:

1. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
2. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.
3. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Clinical Guidance. Drug interactions with hormonal contraception. Clinical Effectiveness Unit. January 2011.(Updated January 2012). Kättesaadav: <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidancedruginteractions hormonal.pdf>

Kontrollküsimustik kombineeritud hormonaalse kontratseptsiooni (KHK = pillid, plaaster, tuperõngas) esmasel väljakirjutamisel

Küsi patsiendilt järgmisi küsimusi. Kui patsient vastab kõikidele küsimustele eitavalt, siis võib ta hakata kasutama KHKd (täiendavad uuringud ja analüüsid ei ole vajalikud). Kui ta vastab mõnele küsimusele jaatavalt, siis järgige edasisi juhiseid.

1. Kas Te olete sünnitanud eelneva 6 nädala jooksul ja samal ajal Te ei imeta?

Ei **Jah** → Pärast sünnitust võib KHK kasutamist alustada seitsmendal sünnitusjärgsel nädalal (43. päeval pärast sünnitust). Vajadusel soovitage kondoomi.

2. Kas Te imetate alla 6-kuulist last rinnaga?

Ei **Jah** → Siin tuleb arvestada sünnitusest möödumise aega. Kui pt imetab täielikult või peaaegu täielikult ja samal ajal on amenorröa, siis annab see väga tõhusa rasestumisvastase kaitse 6 kuu jooksul pärast sünnitust ja KHK pole vajalik. Osalise imetamise korral (kui rinnapiim ei ole enam lapse peamine toit), siis võib KHK kasutamist alustada alates 7. sünnitusjärgsest nädalast (vt eelmine).

3. Kas Teil on kunagi olnud (jala) süvaveeni tromboosi või kopsuarteri trombembooliat (VTE/KATE), südameinfarkti, ajuinsulti või muid tõsiseid südame- ja aju vereringehaigusi? Kas Teie lähisugulasel (isa, ema, vend, õde, laps) on enne 45. eluaastat esinenud VTE/KATE, südameinfarkt või ajuinsult?

Ei **Jah** → Kui pt-l on olnud VTE/KATE, südameinfarkt, ajuinsult, aju transitoorne isheemiline atakk, ajuhemorraagia, stenokardia või südame isheemiatõbi, pulmonaalne hüpertensioon või tromboosiriskiga südameklapihaigus/šunt/vaheseinadefekt, siis ärge kirjutage KHKd ja aidake valida ilma östrogeenita rasestumisvastane meetod (sobivad minipillid, emakasisene vahend ja süsteem). Kui lähisugulasel on <45a esinenud VTE/KATE ja pt trombofiilia staatus on teadmata, siis ärge kirjutage KHKd. Kui lähisugulasel on <45a esinenud südameinfarkt või ajuinsult ja pt lipiidiprofiil on normis, siis on KHK lubatud.

4. Kas Teil esineb kaasasündinud või omandatud suurenenud trombitekke riskiga seisundeid (trombofiiliad, luupus antifosfolipiidantikehadega)? Kas Teie lähisugulasel esineb kaasasündinud suurenenud trombitekke riskiga seisundeid?

Ei **Jah** → ärge kirjutage KHKd ja aidake valida ilma östrogeenita rasestumisvastane meetod (minipillid, Depo-Provera, emakasisene vahend ja süsteem). Antifosfolipiidantikehadega luupuse korral sobib vasega emakasisene vahend (KHK on absoluutselt vastunäidustatud ja minipillide ja Depo-Provera puhul võivad riskid ületada kasu)

5. Kas Te suitsetate?

Ei **Jah** → Kui pt on >35-aastane ja suitsetab, siis ärge kirjutage KHKd. Kui pt mistahes vanuses suitsetab ≥40 sigareti päevas, siis ärge kirjutage KHKd. Nõustage suitsetamiseks loobumiseks ja aidake valida sobiv rasestumisvastane meetod (võivad sobida progestageenmeetodid, emakasisene vahend ja süsteem).

6. Kas Teil on olnud/on kõrgeenenud vererõhk? Mõõtke vererõhk:

Ei **Jah** → Kui RR on ≥160/95 mm Hg, siis ärge kirjutage KHKd. Kui varem on olnud RR kõrgeenemist ja te ei saa hetkel vererõhku mõõta, siis ärge kirjutage KHKd. RR <140/90 mmHg → KHK võib kasutada.

Kui ühekordsel mõõtmisel RR ≥140/90 mmHg, siis ärge kirjutage KHKd (WHO3) ja aidake valida ilma östrogeenita rasestumisvastane meetod kuni korduvate vererõhu mõõtmisteni (sobivad minipillid). Kui järgmisel korral on RR <140/90 mmHg, siis võib kasutada KHK. Kui RR jääb kõrgeenuks, siis ärge kirjutage KHKd, aidake valida sobiv rasestumisvastane meetod (sobivad minipillid, emakasisene vahend ja süsteem) ja suunake patsient edasisteks uuringuteks.

7. Kas Teil esineb diabeet, millega kaasneb veresoonte, silmade, neerude ja närvisüsteemi kahjustus või on diabeet kestnud pikka aega (>20a)?

Ei **Jah** → ärge kirjutage KHKd ja aidake valida ilma östrogeenita rasestumisvastane meetod (sobivad minipillid, emakasisene vahend ja süsteem).

8. Kas Teil esineb kõrgeenenud lipiiditase hoolimata ravist?

Ei **Jah** → ärge kirjutage KHKd. Aidake valida ilma östrogeenita rasestumisvastane meetod (sobivad minipillid, emakasisene vahend ja süsteem).

9. Kas Teil on tõsiseid või kombineeritud seisundeid, mis suurendavad VTE/KATE, südame- ja ajuveresoonkonna haiguste tekkeriski (nt KMI ≥ 40 , vanus >35 a. + suitsetamine, tüsistunud diabeet, hüpertensioon $>160/95$ mmHg)?

Ei **Jah** → ärge kirjutage KHKd. Aidake valida ilma östrogeenita rasestumisvastane meetod (sobivad minipillid, emakasisene vahend ja süsteem).

10. Kas Teil esineb tugevaid pulseerivaid peavalusid, mis on tihti ühepoolsed, millele sageli kaasneb iiveldustunne ja mis võivad kesta mõnest tunnist mõne päevani (migreeni)? Migreenile võivad eelneda tajuhäired, kõige sagedamini nägemishäireid – vaatevälja värisemine, siksakiline nägemine või valgusesähvatused, kuid ka ühepoolne tundlikkusehäire, jõuetus ja kõnehäired (auraga migreen)?

Ei **Jah** → 1 auraga migreeni/ aura puhul/kui aurata migreen kestab >72 h, siis ärge kirjutage KHKd. Migreeni puhul >35 -a. naisel ärge kirjutage KHKd. Aidake valida sobiv rasestumisvastane meetod. Sobib vasega emakasisene vahend (WHO1), emakasisene süsteem (WHO2) ja minipillid (WHO2). Aurata migreeni puhul <35 -aastaselt naisel võib alustada KHKd.

11. Kas Teil esineb hetkel äge hepatiit või muid maksahaigusi (maksakasvaja, raske maksatsirroos)? Kas pt skleerad on ikteerilised? Kas Teil esineb sapikivitõbi? Kas Teil on esinenud varasemalt KHK kasutamisel nahakollasust?

Ei **Jah** → aktiivne maksahaigus (maksafunktsiooni näitajad pole normis) ja varasem KHKga seotud kolestaatilise ikterus on vastunäidustused KHK kasutamiseks. Aidake valida mittehormonaalne rasestumisvastane meetod. Dekompenseeritud maksatsirroosi puhul on sobiv vasest emakasisene vahend (progestageenmeetodite puhul riskid ületavad kasud). Konservatiivselt ravitav sapikivitõbi – pigem WHO3, opereeritud sapikivitõbi – WHO2.

12. Kas Teil esineb sapikivitõbi, mis põhjustab kaebusi/kasutate sapikivide tõttu ravimeid?

Ei **Jah** → KHK riskid võivad ületada kasu (WHO3). Vajadusel aidake valida sobiv rasestumisvastane vahend (võivad sobida minipillid ja *Depo-Provera*, emakasisene vahend ja süsteem)

13. Kas Teil on või Teil kahtlustatakse rinnavähki?

Ei **Jah** → ärge kirjutage KHKd ja aidake valida mittehormonaalne rasestumisvastane meetod (vasest emakasisene vahend).

14. Kas Te kasutate mingeid ravimeid?

Ei **Jah** → Kui pt tarvitab maksaensüümide indutseerijaid (nt rifampitsiin, rifabutiin, barbituraadid, fenütoiin, karbamasepiin, primidoon, topiramaat, okskarbasepiin), prootonpumba inhibiitoreid, antatsiide, H2 retseptori antagonistide, modafiniili, bosentani, aprepitanti või osasid antiretroviirusravi preparaate (ritonavir, darunavir, nelfinavir, fosamprenavir, lopinavir, efavirenz) või naistepuna sisaldavad käsimüügiravimeid, siis ärge kirjutage KHKd ja aidake valida teine rasestumisvastane meetod (ei sobi minipillid, kuid sobivad emakasisene vahend ja emakasisene süsteem ning *Depo-Provera*). Kui valikut ei ole või pt kindlasti soovib kasutada KHK tuleb valida kõrge EE-sisaldusega (≥ 30 µg) pill, kasutada tritsüklilist manustamist ja kasutada lisakaitsevahendit. Plaastrit ja tüperõngast tuleb kasutada tritsükliliselt ja kasutada lisakaitsevahendit.

Kui pt kasutab lamotrigiini või tsüklosporiini, siis ärge kirjutage KHKd ja aidake valida ilma östrogeenita rasestumisvastane meetod (sobivad minipillid ja *Depo-Provera*, emakasisene vahend ja süsteem).

15. Kas Teil on plaanis ulatuslik (>30 min) kirurgiline operatsioon või operatsioon, mille järgselt peate lamama enam kui kahe ööpäeva jooksul või operatsioon jalal (artroskoopia, veenilaiendite skleroteraapia/laserravi/kirurgiline ravi)?

Ei **Jah** → vähemalt 2, soovitatavalt 4 nädalat enne ulatuslikku plaanilist operatsiooni lõpetage KHK kasutamine. Pärast operatsiooni võib KHK kasutamist jätkata, kui täielikust liikumisvõime taastumisest on möödunud 2 nädalat. Pt-le tuleb soovitada ümber lülituda ilma östrogeenita RVMle (nt minipillid, *Depo-Provera*)

16. Kas Te olete liikumispuude tõttu voodirežiimil või ratastoolis või on Teie jalg immobiliseeritud (nt pärast luumurdu kipsis)?

Ei **Jah** → kui pt on voodirežiimil mistahes põhjusel või jalg on immobiliseeritud, siis ärge kirjutage KHKd.

KHK kasutaja kordusvisiit

KHK kasutaja jälgimine

MEELESPEA:

KHK kasutaja jälgimisel on oluline:

- Kõrvaltoimete/lisandunud riskide ja vastunäidustuste väljaselgitamine.
- Vererõhu mõõtmine.
- Võimalikke peavalude esinemise ja iseloomu väljaselgitamine.

KHK kasutaja jälgimine ei ole pelgalt retsepti väljakirjutamine. Kuna KHK kasutatakse sageli pikaajaliselt, on mõisteta, et **võivad lisanduda uued riskid või vastunäidustused**. On mõistlik, et RVM kasutav patsient saab ühe korduvretsepti aastas telefonikonsultatsiooni teel. Perearstil on hea võimalus olla kursis patsiendi võimalike lisandunud haiguste ja tarvitavate ravimitega. Naistearst ja ämmaemand peavad selles osas igal juhul patsienti küsitama. Ülearuste visiitide vältimiseks tuleb kirjutada välja maksimaalne võimalik kogus (kordusretsept kuueks kuuks).

Vererõhu mõõtmine kordusvisiidil on vajalik. Seda tuleb teha KHK alustamisel ja selle järgselt 6 kuu pärast ning edaspidi kord aasta - pooleteise aasta jooksul. KHK kasutamine tuleb lõpetada, kui korduval vererõhu mõõtmisel on selle väärtus üle 160/95 mmHg. Veidi mõõdukama vererõhu tõusu korral varem normotensiivsel naisel tuleb kindlasti tähelepanu pöörata teistele arteriaalse süsteemi riskiteguritele.

Kordusvisiidil tuleb **küsida peavalude esinemise suhtes**. Kui neid esineb, siis on oluline, kas migreeni tüüpi peavalud on tõsisemaks muutunud (hoo kestvus >72 tunni), kas migreenile on lisandunud aura, kas migreeniga patsient on vahepeal saanud vanemaks kui 35 eluaastat või on lisandunud mõni arteriaalse haiguse riskitegur-suitsetamine, ülekaal, hüpertensioon (kõik selles lõigus loetletud seisundid koos migreeniga on WHO4).

Lisaks tuleks küsida:

1. Kas patsient on tarvitatava meetodiga rahul?
2. Kas meetodi kohta on küsimusi?
3. Kas on ilmnunud mingeid kõrvaltoimeid?
4. Kas on probleeme meetodi tarvitamise meelespidamisega?

Kui patsient kurdab kõrvaltoimete üle pikemat aega või on neid palju ja erinevaid, siis on mõistlik kaaluda nii manustamisviisi vahetust või teisi, mitte KHK meetodeid. Kui hirmud tunduvad liiga suured ja kõrvaltoimed ebarealistlikud, on ilmselt tegemist psühhoseksuaalse probleemiga, mis võib olla ka muu vaimse tervise häire tunnuseks. Eriti kehtib see selliste kõrvaltoimete nagu tujumuutused ja seksuaaliha vähenemine puhul.

Kui **tujumuutused** tekivad seitsmepäevase intervalli ajal, siis võib soovitada tritsüklilist kasutamist. Samas on oluline ära tunda kaasuvat depressiooni või ärevushäiret.

Seksuaaliha vähenemine on enamasti seotud suhte arenguga või suhteprobleemidega. Kui patsient midagi taolist kurdab, siis võib küsida: „*Seksuaaliha vähenemine* (või liibido või mistahes muu termin, mida patsient ise kasutab) *ei ole üldreeglina seotud KHKga, kuid sageli esineb selliseid kaebusi seoses partnersuhtega ja selle arenguga. Kas teie suhetes partneriga võib olla taolisi muutusi?*“ Pidage meeles, et see on sageli täiesti tavaline suhte areng, millega käib enamasti kaasas seksuaalse aktiivsuse vähenemine. Samas võib tegemist olla ummikusse jooksnud, ajutise probleemidega või vägivaldse partnersuhtega. Huvi ülesnäitamine ja küsimuste esitamine aitab patsienti oluliselt enam kui pelgalt RVM vahetus. Kui olete valmis, on see hea võimalus patsiendiga rääkida paarisuhte ja seksuaalsusega seonduvatel teemadel. Kui tunnete, et ei soovi neil teemadel rääkida, siis küsige, kas ta vajaks selles osas abi (psühholoog, psühhoterapeut). Sel juhul on hea, kui selline inimene tõesti soovitada on.

Harvemini võib probleem olla seotud tupe kuivusega või muude günekoloogiliste probleemidega, mis põhjustavad voolust, sügelust, ärritust jms ning mille põhjuseks võib olla tupe seenpõletik, bakteriaalne vaginosis, STLI, vulva haigused jne. Tupekuivus võib kaasneda seksuaalse erutuvuse häirega ja sel juhul võib abi olla veepõhisest libestusainest.

Kordusvisiidil on hea puudutada ka selliseid teemasid, mille jaoks esmasel visiidiil võib-olla aega ei jätkunud – ajutised VTEga seotud riskid nagu immobilisatsioon, pikad lennu- ja kõrgmäestikureisid, varikoossete veenide ravi jne.

Vaginaalne läbivaatus ega analüüside tegemine (va PAP test iga 2-3 aasta järel üle 25-aastastel naistel) ei ole KHK väljakirjutamise seisukohalt vajalik, kuid võib olla kasulik.

Kasutatud kirjandus:

1. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
2. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.

Korduma kippuvad küsimused KHK kohta

Siit leiame küsimused, mida patsiendid sagedamini esitavad või mis ei leidnud käsitlemist eelnevates peatükkides.

1. Küsimus: "Kas KHK kasutamisel tuleks teha vaheaegu, nn "keha puhkepause?"

Sellised pausid ei ole vajalikud. Piltlikult öeldes "keha puhkab" just KHK tarvitades, kuna puudub munasarjade talitus, ovulatsiooni ei ole ja vajalikud naissuguhormoonid saadakse KHKst. Just sellega on seotud mitmed KHK hüved, sh munasarja- ja emaka limaskestast vähi riski kahekordne vähenemine KHK kasutajatel võrreldes mittekasutajatega ka 15 aastat pärast KHK lõpetamist. Selliste vaheaegade tegemine on sageli seotud soovimatute raseduste riski tõusuga. Samas pole aga KHKd vaja kasutada siis, kui pole vaja hoiduda soovimatust rasedusest ega pole ka muid ravieesmärke.

2. Küsimus: "Mis vanusest ja kui kaua võib KHK tarvitada?"

KHK tarvitamisel ei ole ajalisi ega vanuselisi piiranguid. KHK võib hakata kasutama teismeliseeas mistahes vanuses pärast menarhet niipea, kui tekib vajadus kontratseptsiooniks. Ei ole leitud, et KHK tarvitamine võiks mõjutada negatiivselt kasvu või arengut. Mistahes RVMi tarvitatakse selleks, et hoiduda soovimatust rasedusest. Niikaua, kui on vajadus (arenenud riikides hinnanguliselt 90% naise viljakast east), on mõistlik kasutada soovimatu raseduse vältimiseks efektiivseid RVMe, sh ka KHKd. Kõigi RVMde, ka KHK korral, tuleb alati arvestada vastunäidustusi ja kaaluda hüvesid ja riske. Kuna KHK tarvitajad on enamasti noored ja terved naised, siis sageli ei esine ei vastunäidustusi ega ka samasuunalisi riske. Samas võib, ehkki harva, ka noorel inimesel esineda vastunäidustus KHK alustamiseks (nt lapsea diabeet vaskulaarste tüsistustega) ja samas ei pruugi tervel perimenopausis naisel olla KHK kasutamiseks ühtegi vastunäidustust. Seega võib vastunäidustuste puudumisel KHKd kasutada kuni menopausini.

3. Küsimus: "Planeerime rasedust ja tahaks teada, kui kaua enne seda tuleb KHK kasutamine lõpetada ja millised testid tuleks teha?"

Vaid kaks ööpäeva kulub selleks, et kõik KHKs leiduvad komponendid on metaboliseerunud ja organismist väljutatud. Piltlikult öeldes „keha ei mäleta, et KHKd üldse kunagi tarvitati“. Munasarjad hakkavad kohe pärast KHK lõpetamist ise naissuguhormoone tootma, taastuvad ovulatsioonid ja viljakus. Pärast KHK lõpetamist on võimalik ja on ka lubatav kohe raseduda. Raseduse planeerimisel ei ole üldjuhul vaja teha teste, va juhul, kui esineb mõni krooniline haigus, mis ise või mille ravi võib raseduse kulgu muuta või mille kulg võib raseduse tõttu halveneda (nt diabeet, epilepsia, kilpnäärmehaigused jm). Regulaarselt naistearsti külastades on enne raseduse planeerimist võimalik õigeaegselt avastada ja ravida ka seksuaalsel teel levivad infektsioonid. Soovitav on kasutada foolhapet, sest on kindlaid andmeid, et vähemalt 400 µg foolhappe tarvitamine igapäevaselt raseduse planeerimise ajal ja raseduse esimesel kolmel kuul vähendab loote väärearendite riski. Lisaks soovitatakse raseduse planeerimisel mitte suitsetada ning hoiduda ravimitest ja uimastitest (sh alkoholist).

4. Küsimus: „Kas KHK võib põhjustada hilisemat viljatust?“

Sellised kahtlused on sama vanad kui pillid ise. Kuigi esimene ovulatsioon peale KHK lõpetamist võib mõned nädalad hilineda, taastub viljakus kohe. Üks suuremahuline uuring (*Farrow A, Hull MR, Northstone, Taylor H, Ford WL, Golding J. Prolonged use of oral contraception before a planned pregnancy is associated with a decreased risk of delayed conception. Hum Reprod 2002;17:2754-61*) näitas, et pillide kasutamine üle 5 aasta enne 8497 plaanitud rasedust oli vastupidiselt kahtlustele seotud rasedaksjäämise aja lühenemisega nii esmas- kui korduvrasedatel.

KHKd aitavad pigem viljakust säilitada, hoides ära soovimatuid rasedusi ja emakaväliseid rasedusi ja aidates vähendada väikese vaagna põletikuliste haiguste ja endometrioosi progresseerumise riski, vähendades munasarja healoomuliste tsüstide teket ja hoides ära mitmeid kirurgilisi sekkumisi.

5. Küsimus: „Kas KHK tarvitamise ajal rasedaks jäädes tõuseb väärearendite risk?“

Olulisi kaasasündinud väärearendeid esineb kõigil vastsündinutel ca 2 %. Uuringud ei ole näidanud, et naistel, kes enne rasedumist tarvitasid KHKd, esineks neid sagedamini. Patsiendile peab selles osas andma selge sõnumi: „On teada, et väärearendeid esineb 2% nii neil, kes ei ole KHK tarvitanud kui neil, kes seda tarvitasid. KHKl endal väärearendite riski tõstvat toimet ei ole.“ Seetõttu, kui patsient on rasedunud mingil põhjusel KHK kasutamise ajal, pole mingil juhul vaja selle tõttu raseduse katkestamist kaaluda. Mõistagi lõpetatakse KHK kasutamine kohe.

6. Küsimus: Kas KHK tõstab või langetab kehakaalu?

KHK ei mõjuta ei ühte ega teist, kuid võimalik kaalutõus on sagedaseim hirm, mis mõjutab inimesi KHK kasutamisest loobuma. Seepärast on oluline sellest patsiendiga rääkida. Kehakaalu muutused uuringutes on KHK kasutajatel ja mittekasutajatel samad: mõnede kehakaal tõuseb, teistel ei muutu ja kolmandatel langeb. Vähemalt kolm randomiseeritud platseebo-kontroll uuringut ei leidnud KHK (pillid ja plaaster) põhjuslikku seost kaalutõusuga (Gallo MF et al. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD003987.*) Mõnikord alustatakse KHK tarvitamist varases teismeliseeas ja kaalu tõus elu jooksul on tavaline füsioloogiline nähtus. KHK tarvitamisel võib esineda 1 - 2 kilogrammilise östrogeenidega seotud kehakaalu tõus vedeliku retensioonist, mis võib eriti väljendunud olla esimestel kasutuskudel. Miks see mõnel naisel tekib ja mõnel mitte, ei ole teada. Tõesti väga üksikute juhtudel võib vedeliku retensioon olla märkimisväärne ja kehakaalu tõus olla väga suur. Sellisel juhul võiksid aidata drospirenooni sisaldavad pillid, mis on antimineralokortikoidse toimega.

7. Küsimus: „Kas pillid võivad tekitada sapikivitõbe?“

Sapi biokeemilised uuringud on näidanud, et östrogeenid võivad kiirendada sapikivide tekkeprotsessi. Seetõttu tõstavad KHK tarvitamine riski haiguse progresseerumiseks muude riskitegurite olemasolul. See kehtib just pillide kasutamise esimestel aastatel. Peale sapikivitõve kindlakstegemist ja ravi ajal ei tohiks KHK enam kasutada (WHO3), kuid kui sapikivid on eemaldatud, siis pole KHK enam vastunäidustatud (WHO2).

8. Küsimus: „Kas varikoossed veenid on KHK vastunäidustus või suurendavad need trombiriski?“

Varikoossed veenid ei ole seotud kõrgeim trombiriskiga ja naised, ka väljendunud varikoossete veenidega, võivad KHK kasutada (WHO1). Küll aga tuleb kasutamine lõpetada vähemalt kaks nädalat enne operatiivset ravi nagu iga muu jalgadel

tehtava operatsiooni korral (nt artroskoopia, veenide skleroteraapia või kirurgiline ravi).

9. Küsimus: „Kas KHK kasutamine tuleb lõpetada enne tonsillektoomiat?”

Selleks pole mingit vajadust. Väikesemahuliste operatsioonide korral mis ei kesta üle 30 minuti ja millele ei järgne immobilisatsiooni >48 tunni (nt tonsillektoomia, hamba ekstraktsioon, diagnostiline/väikesemahuline laparoskoopia), pole vaja KHK kasutamist katkestada.

10. Küsimus: „Kas KHK kasutaja peaks tarbima lisaks vitamiine või mineraale?”

Selleks ei ole vajadust ei tervel ja mitmekülselt toitunud inimesel (va D vitamiin) ega ka KHK kasutaval naisel. KHK ei mõjuta kliiniliselt olulisel määral vitamiinide ja mineraalide ainevahetust.

11. Küsimus: „Kuidas mõjub KHK nahale ja juustele?”

Vähendades naha rasueritust on kõigil KHKI seborröad ja aknet vähendav toime. On siiski täheldatud ka akne ägenemist mõnel kasutajal. Kui kontratseptsiooni soovib mõõduka või tugeva aknega patsient või kui KHK kasutamisel tekkinud akne ei möödu paari kuuga, aidavad antiandrogeene (tsüproteroonatsetaat, kloormadinoatsetaat) sisaldavad pillid, mis võivad vähendada ka liigset karvakasvu. Mõnel KHK kasutajal (nagu ka raseduse ajal) võib esineda kõrgeenenud fotosensitiivsus ja tekkida kloasmid/melasmid, so pigmenteerunud alad päikesele avatud kehaosadel, eriti näol. Nende tume värvus ajaga küll väheneb, kuid päriselt ei kao. Need võivad tekkida ka minipillide kasutamise korral ja olla vahel, ehkki üliharva, mitteägeda porfüüria esmaseks sümptomiks. Seetõttu peaks KHK kasutajaid hoiatama liigse päikese ja solaariumi eest, mis nahavähi ennetuse seisukohalt on igati tänuväärne. KHK ei põhjusta juuste väljalangemist, kuid nende kasutamisel võib tekkida sarnane efekt nagu mõnel naisel raseduse ajal. Kui muidu on juuste kasvu (anageen) ja väljalangemise (telogeen) faasid sünkroonis ja mõlemad protsessid toimuvad samaaegselt, siis võib östrogeenide toime selline sünkroonsus häiruda, sest östrogeenid soodustavad kasvufaasi. Mõni aeg hiljem aga ikkagi toimub ka telogeen, kuid siis heidetakse ära tavapärasest suurem kogus juukseid.

12. Küsimus: „Kuidas mõjub KHK kasutamine reumatoidartriidile?”

Teadaolevalt väheneb KHK kasutajatel reumatoidartriidi riski 30% võrra, mistõttu on KHK hea valik (WHO1) selle haigusega naistele.

13. Küsimus: „Kas pingepeavalude esinemine KHK tarvitajal peaks murelikuks tegema?”

Pingepeavalud ei ole KHK tarvitamise vastunäidustuseks. Kui pingepeavalu kipub tekkima KHK-vabal perioodil (põhjuseks arvatavalt EE langus), siis võib abi olla KHK tritsüklilisest kasutamisest. Kui pingepeavalud on tekkinud või süvenenud KHK kasutamise ajal, siis võib kaaluda vahetust teisttsuguse progestageeni tüübi vastu.

14. Küsimus: „Kui patsiendil on müoom, siis kas ta võib KHK kasutada?”

Mõnikord arvavad meedikud, et KHK ei tohi kasutada, kui patsiendil on diagnoositud emakamüoom. Tänapäevaks on teada, et KHK kasutamine tõenäoliselt vähendab emakamüoomiga kaasnevaid kaebusi ja vajadust haiglaraviks (ka operatiivne ravi) ja on müoomatoosse emakaga patsiendile pigem soovitatav.

15. Küsimus: „Kas KHK tõstab tupe seenpõletiku riski?”

Kuigi esindusliku valimiga uuringutulemusi käsitlev artikkel peakirjaga: „Pillid ei põhjusta tupe kandidiaasi” ilmus ajakirjas *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* juba aastal 1985; siis usutakse endiselt, et KHK kasutamine on seotud tupe seenpõletikuga. Kuigi KHK kasutamine muudab tupe mikrofloorat, siis ei põhjusta need muutused ei kandidiaasi ega ka muid tupe düsbioosi või põletikke. Tänapäeval peetakse tupe kandidiaasi immunsüsteemi haiguseks, kus osadel inimestel on kaasasündinud muutused mikroobidevastaste valkude – defensiinide toimes, mis on põhjustavad korduvaid tupe seenpõletikke.

KHK praktiline kasutamine: alustamine, unustamine, lõpetamine. Tritsükliline kasutamine

Milline KHK meetod valida?

Kõiki KHK **alustatakse** tavaliselt esimesel menstruatsioonitsükli päeval.

Pille (va *Qlaira*), kuid mitte plaastrit või tuperõngast, võib alustada ohutult 1.–5. menstruatsioonitsükli päevani. Seda on hea teada, sest mõnikord, meespidamise huvides, soovatakse alustada pillide tarvitamist nt esmaspäeval. Sel võib olla ka eeliseid - on leitud, et kui alustada KHK tarvitamist alles viiendal päeval, esineb esimesel kasutuskul vähem vaheveritsusi.

Kuigi KHK alustamine menstruatsiooni 1. - 5. päevani on alati eelistatud, siis kõiki KHKd võib vajadusel alustada mistahes tsükli päeval. Sellisel juhul peaks mees pidama, et kui patsient on olnud enne kaitsmata vahekorras, siis peab arvestama raseduse võimalusega. Sellisel juhul tuleks 4 - 5 nädalalt peale viimast kaitsmata vahekorda teha rasedustest. Kui alustatakse muul ajal, tuleb **alati kasutada lisakaitsevahendit**. Lisakaitsevahend peab olema efektiivne ja kergesti kasutatav, eelistatult kondoom, mis samal ajal kaitseb STLI eest. Selline nn välkstart (ingl k *Quick start*) võib olla vajalik, kui soovatakse olla turvaliselt vahekorras enne järgmise menstruatsiooni algust või pärast SOS-pillide kasutamist.

Peale sünnitust võib KHK kasutamist alustada seitsmendal sünnitusjärgsel nädalal (42 päeva pärast sünnitust), sest suurenenud trombivahelduse tõttu on KHK kasutamine vahetult sünnitusjärgsel perioodil vastunäidustatud. Viimaste seisukohtade järgi ei mõjuta KHK rinnapiima hulka, mistõttu KHK meetodeid võib kasutada ka rinnaga toitmise ajal (WHO1). Täielik või peaaegu täielik (lisaks rinnapiimale vitamiinid, vesi, mahl) rinnapiimaga toitmine ja samaaegne amenorröa annab väga tõhusa kaitse soovimatu raseduse eest kuni kuus kuud pärast sünnitust.

KHK kasutamise alustamine ja lisakaitse vajadus rasestumisvastase toime kindlustamiseks

	Millal alustada	Lisakaitse (kondoom) vajadus
Menstruatsioon • Pillid (va <i>Qlaira</i>)	1.–5. menstruatsioonipäeval	ei
	6. päeval või edaspidi või pärast SOS-pille	7 päeva
• <i>Qlaira</i>	1. menstruatsioonipäeval 2. päeval või edaspidi või pärast SOS-pille	ei 9 päeva
• Plaaster või tuperõngas	1. menstruatsioonipäeval 2. päeval või edaspidi või pärast SOS-pille	ei 7 päeva
Pärast sünnitust	43. päeval pärast sünnitust	ei
Pärast raseduse katkemist/katkestamist	Samal või järgmisel päeval	ei
Pärast trofoblasti haigust	Ükskõik, millisel päeval	ei
Ümberlülitumisel kõrgema EE annusega meetodilt	Ilma pillivaba pausita	ei
Ümberlülitumisel madalama või sama EE annusega meetodilt	Pärast 7-päevast pillivaba pausi	ei
Ümberlülitumisel minipillidelt	1. menstruatsioonipäeval	ei
Ümberlülitumisel minipillidelt, mille foonil oli tekkinud amenorröa	Ükskõik, millisel päeval	ei
Sekundaarne amenorröa	Ükskõik, millisel päeval	ei

Pillide **unustamise** vältimiseks peab patsiendile alati andma soovitusi, et ta võtaks neid ühel ja samal ajal. See sõltub patsiendist, milline aeg on talle parim. Soovitage see siduda mingi igapäevase kindla tegevusega (nt hammaste pesemine jms).

Umbes 20%-l naistest täheldatakse hüpofüsiarset ja foliikulaarset aktiivsust pillivabal perioodil, kuid ka neil inhibeeritakse üldjuhul ovulatsioon, kui pillide tarvitamine algab uuesti hiljemalt 10. pillivabal päeval. Unustamise seisukohalt on ikka kõige ohtlikum KHK- vaba pausi pikendamine või unustamine esimesel nädalal. Samal ajal on see kõige sagedasem kasutusviga ja patsiendid käsitlevad seda sageli mitte kui unustamist vaid kui olukorda, mida iseloomustab: "Ma alustasin hiljem."

Pillide unustamine

- Kui unustati võtta üks pill ja sellest on möödunud vähem kui 24 tundi, tuleb võtta uus pill, raseduse risk on väike.
- Kui unustati võtta 2 või enam pilli **esimesel nädalal või hilineta uuest pakist alustamisega enam kui 2 päeva** tuleb võtta uus pill (piisab ühest, ei võeta kõiki unustatud pille) niipea kui meenub ja kasutada lisakaitset 7 päeva. Kui seksuaalvahekord oli pärast viimast pilli eelmisest pakist, siis on vajalik lisaks ka SOS-pillide kasutamine.
- Teisel nädalal** tuleb võtta uus pill niipea kui meenub ja kasutada pillipakk tavapäraselt lõpuni, lisakaitset pole vaja. Raseduse risk on väike. Lisakaitset ei ole vaja.
- Kolmandal nädalal** unustamise korral võetakse kõik pillid lõpuni ja pillivaba nädalat ei jäeta. Lisakaitset ei ole vaja.

Kui unustatakse enam kui **seitse** järjestikust pilli, siis tuleb seda käsitletada kui pillivõtmise lõpetamist ning eeltoodud soovitusel ei kehti.

Plaastri unustamine

- Kui unustati asetada plaaster **tsükli esimesel nädalal**, siis tuleb see asetada nahale niipea kui see meenub. Asetamise nädalapäev on nüüd uus plaastri vahetamise päev. Lisakaitset tuleb kasutada seitse päeva. Kui seksuaalvahekord oli plaastrivabal perioodil, siis on vajalik lisaks ka SOS-pillide kasutamine.
- Kui plaaster ununeb tsükli **teisel või kolmandal nädalal vähem kui 48 tundi**, siis tuleb asetada nahale kohe uus plaaster, järgmine plaaster aga oma tavalisel päeval. Lisakaitset pole vaja kasutada.
- Kui plaaster ununeb tsükli **teisel või kolmandal nädalal rohkem kui 48 tundi**, siis tuleb alustada kohe uut tsüklit, asetades nahale uus plaaster. Muutub plaastri vahetamise päev. Lisakaitset tuleb kasutada seitse päeva.

Tuperõnga unustamine

Kui rõngas on olnud tupest väljas vähem kui 3 tundi, ei ole rasestumisvastane toime langenud.

- Kui rõngas unustati paigaldada õigel ajal**, tuleb see paigaldada kohe, kui meenub. Lisakaitset tuleb kasutada seitse päeva. Kui seksuaalvahekord oli rõngavabal perioodil, siis on vajalik lisaks ka SOS-pillide kasutamine.
- Kui rõngas unustati õigel ajal eemaldada**, siis kui rõngas jäi tuppe kuni neljaks nädalaks, siis rasestumisvastane toime ei vähene, rõngas tuleb eemaldada ja alustada rõngavaba perioodi. Et jätta rõnga paigalduspäeva harjumuspärasele nädalapäevale, tuleb rõngavaba periood jätta vastavalt lühemaks.
- Kui rõngas on olnud tipes üle 4 nädala**, siis tuleb see eemaldada, kuid seda käsitletakse kui rõngakasutamise lõpetamist.

KHK kasutamise lõpetamine

KHK kasutamine ei ole ajaliselt ega vanuseliselt piiratud. Kui patsient soovib rasestuda või muul põhjusel KHK lõpetada, siis tuleb patsienti informeerida, et pärast KHK kasutamise lõpetamist taastub viljakus kohe järgmises tsükli ja taastub ka patsiendile omane menstruatsioonitsükkel. Mõnikord, eriti pikajalise kasutamise korral, võivad patsiendid olla unustanud, milline oli nende menstruatsioonitsükkel enne KHK kasutamist. Vahel alustati KHK kasutamist varakult, enne kui menstruatsioonitsükli regulaarsus välja kujunemist. Kui menstruatsioon ei taastu 6 kuu pärast (sekundaarne amenorröa), siis tuleks põhjust uurida. Puudub igasugune põhjuslik seos KHK kasutamise ja sekundaarse amenorröa vahel. Kasutades pille, maskeeruvad ka varasemad sekundaarse amenorröa episoodid.

KHK tritsükliline kasutamine

Tritsükliline kasutamine tähendab seda, et KHK tarvitatakse kolm kuud järjest ilma vaheaegadeta ja siis tehakse 7-päevane paus. Sellisel juhul esinevad veritsused mitte igal kuul, vaid 63 päeva järel. Sellisel kasutamisel on mitmeid eeliseid, mida võib nimetada ka elukvaliteeti toetavaks – KHK kasutatakse patsiendi soovil, et ära hoida või edasi lükata veritsust.

Lisaks soovitatakse tritsüklilist kasutamist järgmistel põhjustel.

1. Hoida ära sümptomeid, mis ilmnevad KHK vabal perioodil:

- peavalud, sh migreen ilma aurata,
- vererohke menstruatsioonitaoline vereeritus,
- amenorröa,
- PMSle iseloomulikud kaebused,
- meeleolu kõikumised.

2. Kui KHK kasutatakse paralleelselt koos maksensüüme indutseerivate ravimitega – suurendada KHK efektiivsust, mis võib ravimite koostoime tõttu langeda.

3. Endometrioosi korral esmase raviefekti säilitamiseks.

3. Kui on kahtlus KHK ebapiisavale efektiivsusele (on tekkinud muude seisunditega mitteseostatavad läbimurdeveritsused).

Kasutatud kirjandus:

1. RCOG Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance Quick Starting Contraception Clinical Effectiveness Unit September 2010 Kättesaadav:
<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceQuickStartingContraception.pdf>
2. Guillebaud J. Contraception Today. Sixth edition. A pocketbook for General Practitioners. London 2007.

Minipillid e. ainult progestageeni (desogestreeli) sisaldavad rasestumisvastased tabletid

MEELESPEA:

- Minipillid sobivad enamikul juhtudest, kui KHK ei sobi.
- Minipillidel on väga vähe vastunäidustusi (VTE, rinnavähk, raske maksahaigus, süsteemne erütematoosne luupus antifosfolipiidantikehadega).
- Minipillid on sama efektiivsed kui KHK.
- Minipillide toimetel võivad tekkida tervisele ohutud menstruatsioonitsükli häired.
- Koostoimed ravimitega on samased KHKga, va lamotrigiin.

NB! Eestis on müügil ainult 75 µg desogestreeli sisaldavad minipillid (Cerazette). Seetõttu on käesolevas õppematerjalis antud informatsioon vaid selle ravimi kohta ja see ei laiene teistele minipillidele. Kirjandust lugedes võib leida teistsuguseid andmeid minipillide kohta (näiteks inhibeerivad noretisterooni ja levonorgestreeli sisaldavad minipillid ovulatsiooni vaid 60% juhtudest), kuna paljudes riikides kasutatakse endiselt ka vanu preparaate.

Desogestreeli sisaldavate minipillide **toimemehhanism** on sama, mis KHKl (vt „**Mis on KHK?**”).

Minipillid on väga efektiivne RVM olles vähemalt sama **efektiivsed** kui KHK (vt "**RVM efektiivsus**").

Hüved ja riskid

Minipillid on väga turvaline RVM, tõenäoliselt ja teadaolevalt ei ole seotud lisanduvate terviseriskidega. Minipille saab seetõttu kasutada valdav enamik naistest. Minipillidel pole mõju hüübivussüsteemile ja neid võib kasutada, kui anamneesis on VTE või esinevad arteriaalse või venoosse süsteemi riskitegurid. Siiski ei soovitata minipille kasutada ägeda VTE või KATE ajal (WHO 3). Ka ei ole minipillidel täheldatud, ehkki uuringuid ei ole palju, seost vähiriskiga, kuid neid ei tohi kasutada olemasoleva rinna- või maksavähi korral (WHO4).

Minipillid vähendavad, nagu KHK, väikese vaagna põletikuliste haiguste riski, emakaväliste raseduste riski, tõenäoliselt vähendavad emakamüoomist tulenevaid sümptomeid, endometrioosi progresseerumise riski.

Minipillid on eelistatud:

- kui esinevad kõrvaltoimed või vastunäidustused KHKle,
- kui tegemist on üle 35 aasta vanuste suitsetajatega,
- hüpertensiooniga või hüpertensiooniravi saavatele naistele,
- migreeni (üle 35-aastastel) ja auraga migreeni korral,
- diabeedi korral, kui KHK on vastunäidustatud,
- rinnaga toitmise perioodil,*
- sirprakulise aneemia esinemisel,
- ülekaalulisuse korral,
- enne ulatuslikke ja jalgadel teostatavaid operatsioone,
- naise valikul.

* Rinnaga toitmise ajal on minipillid eelistatud KHK ees, kuna neist saadav kogus ravimit, mis imendub rinnapiima, on väiksem.

Minipillide kasutamise vastunäidustused

Cerazette ravimi omaduste kokkuvõte (http://193.40.10.165/SPC/Hum/SPC_12972.pdf):

- ülitundlikkus desogestreeli või ravimi ükskõik millise abiaine suhtes,
- teadaolev või kahtlustatav rasedus,
- olemasolev venoosne trombemboolia,
- olemasolev raske maksahaigus või selle esinemine anamneesis, kuni maksafunktsiooni näitajad ei ole normaliseerunud,
- teadaolevad või kahtlustatavad suguhormoontundlikud pahaloolumulised kasvaja,
- diagnoosimata vaginaalne veritsus.

Suguhormoontundlike pahaloolumuliste kasvajate hulka arvatakse vaid rinnavähk (käesolev rinnavähk on WHO 4 ja rinnavähk anamneesis WHO3). Lisaks on WHO 3 seisundid süsteemne erütematoosne luupus (juhul, kui esinevad antifosfolipiidantikehad), hepatotsellulaarne maksaadenoom, maksa kartsinoom, raske maksatsirroos ja äge porfüüria (minipille võib kasutada kroonilise porfüüria korral). Auraga migreeni korral võib minipillidega alustada, kuid kui auraga migreen tekib või ägeneb nende kasutamise ajal, siis tuleb kasutamine lõpetada (WHO3).

Mõned autorid (*Guillebaud*) soovivad võimalusel hoiduda (suhteline vastunäidustus) minipillide kasutamisest ka juhul, kui anamneesis olnud raskeid arteriaalse süsteemi haigusi (müokardiinfarkt, ajuinsult).

Kõrvaltoimed

Sage (umbes pooltel juhtudest) minipillide kõrvaltoime on **ebaregulaarne vereeritus**. Selle iseloom võib olla indiviiditi väga erinev – muutuda võib menstruatsioonide pikkus ja verehulk, menstruatsioonid võivad muutuda ebaregulaarseks, esineda võib pidevat vähest määrvat veritsust või vererohkeid läbimurdeveritsusi. Selliseid häireid esineb minipillide kasutamise alguskuudel enam. Nt on leitud, et 50%l *Cerazette* kasutajatel esines aasta peale kasutamist 1 -2 veritsuse episoodi 90 päeva jooksul.

SOOVITUS: Patsiente tuleb kõrvaltoimest alati enne minipillide väljakirjutamist teavitada. Milline täpselt saab olema vereerituste muster, pole võimalik ette ennustada. Lisaks, mõned inimesed taluvad sellega seotud ebamugavusi paremini, teised halvemini. Igal juhul on mõistlik veenda patsienti kasutama minipille pikema aja vältel (vähemalt 6 kuud), sest osa vereeritusega seotud kõrvaltoimetest kaovad aja möödudes. Kui vereeritus on tugevam või kauakestev, tuleb valida teine RVM. Mõned eksperdid soovitavad selle vältimiseks kasutada 2 tabletti päevas (*Guillebaud*).

Osadel minipillide kasutajatest, eriti vanuse tõustes, tekib **amenorröa**. Amenorröa ei põhjusta mingeid meditsiinilisi probleeme (ja võib olla isegi soovitatav), kuid võib olla patsiendile mitte vastuvõetav. Seda esineb palju enam kui KHK kasutajatel. Siiski, erinevalt KHKst, mil KHK-vabal perioodil on veritsus justkui „ette nähtud“, on minipillide kasutajad selles suhtes leplikumad. Muidugi peab alati olema teadlik raseduse võimalusest.

Minipillide kasutamisel võib esineda **rindade valulikkust**, mis tavaliselt taandub mõne kuu möödudes ja **aknet**.

Erinevalt KHKst suurendavad minipillid **ovariaalsete tsüstide tekkeriski**, mis tavaliselt on asümptomaatilised. Kaebuste puudumisel pole vaja midagi ette võtta vaid lihtsalt jälgida, valdaval enamikul kaovad need iseenesest. Nende tekkemehhanism *Cerazette* puhul on ebaselge, kuid riski tõusu kinnitavad uuringud. Kui minipillide kasutajal tekivad kõhuvalud, siis tuleks ovariaalse tsüsti esinemise võimalust põhjusena kaaluda.

Koostoimed

Koostoimete puhul tuleb võtta arvesse KHK kohta kehtivat (vt "KHK koostoimed").

Praktiline kasutamine

Minipillide alustamine

	Millal alustada	Lisakaitse (kondoom) vajadus
Menstruatsioon	1.-5. menstruatsioonipäeval. Ükskõik millisel tsükli päeval või pärast SOS pille.	ei 2 päeva
Pärast sünnitust (nii rinnaga toitmise kui mittetoitmise ajal)	43. päeval pärast sünnitust	ei
Pärast raseduse katkemist või katkestamist	Samal või järgmisel päeval	ei
Peale trofoblasti haigust	Ükskõik millisel tsükli päeval	ei
Ümberlülitumisel KHKlt	Samal päeval	ei
Sekundaarne amenorröa	Ükskõik millisel tsükli päeval	2 päeva

Esmane väljakirjutamine

Minipillide väljakirjutamisel tehtavad toimingud ei erine KHK esmasel väljakirjutamisel tehtavast. Minipille tuleb võtta iga päev ilma vaheaegadeta.

Minipillide esmasel väljakirjutamisel tuleb patsienti teavitada võimalikest ja sagedastest menstruatsioonitsükli häiretest.

Minipillide kasutaja jälgimine

Minipillide kasutaja jälgimine ei ole pelgalt retsepti kirjutamine, alati tuleb välja selgitada kõrvaltoimed ja võimalikud lisandunud vastunäidustused. Üldiselt on see aksepteeritav, et patsient saab ühe korduvretsepti aastas telefonikonsultatsiooni abil. Perearstil on hea võimalus olla kursis ka tema muude, vahepeal lisanduda võinud haiguste ja ravimitega. Naistearst ja ämmaemand aga peavad igal juhul patsienti küsitlema, et selgitada välja, kas vahepealsel ajal pole ta haigestunud/tarvitanud ravimeid. Enamasti on mõistlik anda korduvretsept. Minipillide kasutajal tuleks mõõta vererõhk kord aasta-pooleteise järel.

Lisaks tuleb alati küsida:

1. Kas patsient on tarvitatava meetodiga rahul?
2. Kas tal on meetodi kohta küsimusi?

3. Kas tal on ilmnunud mingeid kõrvaltoimed?
4. Kas tal on probleeme meetodi tarvitamise meelespidamisega?

Vaginaalne läbivaatus ega analüüside tegemine (va PAP test iga 2-3 aasta järel üle 25 aastastel naistel) ei ole minipillide väljakirjutamise seisukohalt vajalik, kuid võib olla kasulik.

Minipillide **unustamise** vältimiseks peab patsiendile alati andma soovitusi, et ta võtaks neid ühel ja samal ajal. See sõltub patsiendist, milline aeg on talle parim. Soovitage see siduda mingi igapäevase kindla tegevusega (nt hammaste pesemine).

Kui 1 minipill unustati võtta vähem kui 12 tunni jooksul, siis tuleb võtta see niipea, kui võimalik ja lisakaitsest kasutada ei ole vaja. Kui pillide võtmine ununeb enam kui 12 tundi, siis tuleb 2 päeva kasutada lisakaitsevahendit (*Cerazette* tootja soovitab lisakaitsevahendit kasutada 7 päeva jooksul). Kui sel ajal oli seksuaalvahekord, võiks lisaks kasutada SOS-pille.

Kui unustati enam kui 1 minipill, siis tuleb võtta uus minipill niipea kui võimalik ja jätkata nende igapäevast tarvitamist ja rasedustest tuleks teha 5 nädala möödumisel.

Minipillide kasutamise lõpetamine

Minipillide kasutamine ei ole ajaliselt ega vanuseliselt piiratud. Kui patsient soovib rasestuda või muul põhjusel minipillide tarvitamist lõpetada, siis tuleb patsienti informeerida, et viljakus taastub kohe järgmises tsüklis ja taastub ka patsiendile omane menstruatsioonitsükkel. Ärge unustage, et minipille tarvitab patsient suure tõenäosusega põhjustel, mis on KHK vastunäidustused. Samad riskid, mis KHK kasutamisel, on patsiendil ka raseduse korral. Seetõttu peaks juhul, kui lõpetamise põhjuseks on planeeritav rasedus, hoolikalt patsiendi võimalikke terviseriske hindama ja vajadusel eriarstiga konsulteerima (nt teadaolevate trombofiiliate korral).

Korduma kippuvad küsimused

Siit leiate küsimused, mida patsiendid sagedamini esitavad või mis ei leidnud käsitlust eelnevates peatükkides.

1. Küsimus: „Kui palju minipillidest jõuab rinnapiima?”

See on väga väike osa. Puuduvad igasugused tõendid, et see võiks rinnapiima saavale lapsele mingisugust mõju avaldada. On arvatud, et 2 aastase rinnaga toitmise perioodil saab laps kokku koguse, mis on võrreldav ühe tabletiga.

2. Küsimus: „Kui minipillid on ohutumad kui KHK, siis miks ei ole see esmane valik?”

KHKd on samuti enamikule naistest ohutud. Samal ajal põhjustavad minipillid menstruatsioonitsükli häireid pooltel nende tarvitajatest. Lisaks sellele, et see mõjutab elukvaliteeti, on see üks sagedaseim põhjus, miks RVM kasutamine katkestatakse ja tekib soovimatu rasedus. Seetõttu on tervetele naistele ikkagi parim valik KHK, mis lisaks annab võimaluse valida erinevate manustamisviiside vahel ja saada kasu ka erinevate progestageenide toimest (nt akne paranemine).

3. Küsimus: „Kui minipillide kasutamisel tekib amenorröa, kas siis võib tekkida ka östrogeenide vaegus, langeb luu mineraalne tihedus ja tõuseb luumurdude risk?”

Ei, sellist ohtu minipillide puhul ei ole. Amenorröa on põhjustatud LH ja mitte FSH supressioonist ja säilib piisav follikulaarne aktiivsus munasarjades, mis on vajalik östrogeenide taseme hoidmiseks. Seetõttu ei ole minipillide kasutajatel (vastupidiselt süstitava progestageeni sisaldava depoopreparaadi kasutajatele) östrogeenide vaeguse ega luuhõrenemise ohtu.

4. Küsimus: „Kas peaks midagi ette võtma, kui minipillide kasutaja satub trauma tõttu haigevoodisse või vajab ulatuslikku plaanilist kirurgilist operatsiooni?”

Sellisel juhul ei ole põhjust minipillide lõpetamiseks (vastupidiselt, KHK kasutamine tuleks neil puhkudel lõpetada).

Kontrollküsimustik minipillide esmasel väljakirjutamisel

Küsi patsiendilt järgmisi küsimusi. Kui patsient vastab kõikidele küsimustele eitavalt, siis võib ta hakata kasutama KHKd (täiendavad uuringud ja analüüsid ei ole vajalikud). Kui ta vastab mõnele küsimusele jaatavalt, siis järgige edasisi juhiseid.

1. Kas Te imetate alla 6-nädalast last?

Ei Jah → Pärast sünnitust võib minipillide kasutamist alustada seitsmendal sünnitusjärgsel nädalal (43. päeval pärast sünnitust).

2. Kas Teil esineb hetkel äge hepatiit või muid maksahaigusi (maksakasvaja, raske maksatsirroos)? Kas pt skleerad on ikteerilised?

Ei Jah → aktiivne maksahaigus (maksafunktsiooni näitajad pole normis) on vastunäidustus minipillide kasutamiseks. Aidake valida mittehormonaalne rasestumisvastane meetod. Dekompenseeritud maksatsirroosi puhul on sobiv vasest emakasisene vahend (progestageenmeetodite puhul riskid ületavad kasud).

3. Kas Teil esineb hetkel jala süvaveeni tromboos/kopsuarteri trombemboolia?

Ei Jah → hetkel esinev VTE/KATE on vastunäidustus minipillide kasutamiseks. Aidake valida mittehormonaalne rasestumisvastane meetod.

4. Kas Te kasutate ravimeid (kas need on maksaensüümide indutseerijaid)?

Ei Jah → Kui pt tarvitab maksaensüümide indutseerijaid (rifampitsiin, rifabutiin, barbituraadid, fenütoiin, karbamasepiin, primidoon, topiraamaat, okskarbasepiin, ritonavir ja selle derivaadid), siis võib minipillide efektiivsus väheneda. Aidake valida teine rasestumisvastane meetod (ei sobi KHK).

5. Kas Teil on või Teil on varem olnud rinnavähki?

Ei Jah → ärge kirjutage minipille. Aidake valida mittehormonaalne rasestumisvastane meetod (vasest emakasisene vahend).

6. Kas Teil esineb süsteemne erütematoosne luupus koos antifosfolipiidantikehadega?

Ei Jah → ärge kirjutage minipille (WHO3).

Kasutatud kirjandus

1. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
2. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.

Süstitav progestageeni sisaldav depoopreparaat (DMPA)

MEELESPEA:

- DMPA on üks tõhusamaid ja ohutumaid rasestumisvastaseid meetodeid.
- DMPA sobib ka maksaensüümide indutseerijate tarvitajatele.
- DMPA toimetel tekivad sageli menstruatsioonitsükli häired, mis on ebameeldivad, kuid mitte tervisele ohtlikud.
- Peale meetodi lõpetamist võib viljakuse taastumine võtta aega.
- DMPA tõstab kehakaalu.

Eestis on müügil ainult süstitav dihidromedroküprogesteroonatestaati (DMPA) sisaldav depoopreparaat (*Depo-Provera*), mida turustatakse süstlis (ühekordses ettevalmistatud ravimiannusega süstlas).

DMPA **toimemehhanism** on sama, mis KHKI (st peamiselt ovulatsiooni inhibeerimine, vt *Kombineeritud hormonaalsed kontratseptiivid*).

DMPA **efektiivsus** on väga kõrge ja läheneb 100%le. See saavutatakse progestageeni kõrge plasmakonsentratsiooniga, mis püsib ovulatsiooni inhibeerival tasemel kolme kuu jooksul.

Hüved ja riskid

DMPA on tunduvalt **efektiivsem** RVM kui KHK ja see võib sobida eelkõige neile, kellel meespäidamisega tõsiseid probleeme. Kuna sageli tekib amenorröa, siis vähenevad ka menstruaaltsükliga seotud probleemid, sh aneemia. DMPA vähendab väikese vaagna põletikuliste haiguste riski, emakaväliste raseduste riski, tõenäoliselt vähenevad emakamüoomist tulenevad sümptomid ja endometrioosi progresseerumise risk, paraneb sirprakulise aneemia kulg. DMPA vähendab viiekordselt endomeetriumi vähi riski (RR 0,2). DMPA pole mõju hüübivussüsteemile ja seda võib kasutada, kui anamneesis on VTE või esinevad venoosse süsteemi riskitegurid. Siiski ei soovitata DMPAd kasutada ägeda VTE või KATE ajal (WHO 3).

DMPA on eelistatud:

- kui esinevad kõrvaltoimed või vastunäidustused KHKle,
- alternatiivmeetodina KHKle enne ja pärast ulatuslikke ja jalgadel teostatavaid operatsioone,
- neile, kellel on raskusi muude meetodite kasutamisega või meespäidamisega (sh puudega naised),
- neile, kes tarvitavad maksaensüümide indutseerijaid,
- naise vabal valikul.

DMPA üheks puuduseks on see, et kui süst juba tehtud, siis ei saa seda enam "tagasi võtta". See on erinev teistest meetoditest, mille kasutamise saab kõrvaltoimete korral koheselt lõpetada. Sellest tuleb patsienti teavitada, et kolme kuu jooksul ravimi mõju ja võimalikud kõrvaltoimed kestavad. Olgu siin näiteks toodud auraga migreen, mille korral võib DMPAga ravi alustada, kuid kui auraga migreen ägeneb kasutamise ajal ja tuleks kasutamine lõpetada (WHO 3), siis pole see koheselt võimalik.

DMPA on tugev hüpofüüsiarsete hormoonide pärssija ja tema pikaajalisel kasutamisel **võib tekkida hüpoöstrogeenism**. Viimane on seotud luu mineraalse tiheduse (LMT) languse ja luumurdude riskiga ja kardiovaskulaarsete haiguste riski tõusuga (analoogiliselt varasele menopausile). Ehkki täielikku selgust ei ole, kas langenud LMT DMPA kasutajatel ka tegelikult luumurdude riski suurendab (uuringud ei ole viimast kinnitanud), on siiski DMPA kasutamisele seotud teatud piirangud. DMPA on vastunäidustatud (WHO4), kui esineb osteoporoos või osteopeenia või selle olulised riskitegurid (pikaajaline ravi kortikosteroididega, raske malabsorptsiooni sündroom, sekundaarne amenorröa anoreksiast või raskest füüsiliselt koormusest, nt maratonijooksjatel). Kardiovaskulaarsete haiguste osas on tulemused vasturääkivad, kuid DMPA ei sobi, erinevalt minipillidest, hüpertensiooni, kardiovaskulaarsete haiguste või kardiovaskulaarsete haiguste riskide puhul (WHO3).

Andmed rinnavähi osas on samuti vasturääkivad, kuid suure tõenäosusega, isegi kui DMPA võiks rinnavähi riski tõsta, on see risk väga minimaalne.

Vastunäidustused

Depo-Provera ravimi omaduste kokkuvõte: (http://193.40.10.165/SPC/Hum/SPC_12609.pdf)

- teadaolev või kahtlustatav rasedus,
- ebaselge põhjusega vaginaalne verejooks,
- raske maksakahjustus,
- teadaolev ülitundlikkus medroksüprogesteroonatsetaadi või ravimi ükskõik millise abiaine suhtes,
- teadaolev või kahtlustatav rinnanäärme kasvaja.

Lisaks neile ei sobi DMPA (WHO3) süsteemse erütematoosse luupuse (kui esinevad antifosfolipiidantikehad) või raske trombotsütopeeniat korral. WHO 3 seisundid on hepatotsellulaarne maksaadenoom, maksa kartsinoom, raske maksatsirroos ja äge porfüüria. Diabeediga seotud vaskulaarsete tüsistuste korral erinevalt minipillidest DMPA ei sobi (WHO3).

Kõrvaltoimed

Menstruatsioonitsükli muutused DMPA korral on ettearvamatud ja erinevad – muutuda võib menstruatsioonide pikkus ja verehulk, menstruatsioonid võivad muutuda ebaregulaarseks, esineda võib pidevat vähesest määrivat veritsust või vererohkeid läbimurdeveritsusi. Ainult väga vähesed sälitavad tavapärase tsükli. Selliseid häireid esineb DMPA kasutamise alguskuudel, enamikel tekib peale 3-6 kuulist tarvitamist **amenorröa**. Amenorröa võib olla soovitatav raviefekt.

SOOVITUS: Veritushäirete korral, mis kestavad kauem kui kuus kuud võib proovida lühendada süstimisintervalle (12 nädala asemel 10 nädalat, kuid mitte vähem kui 4 nädalat). Kui KHK pole vastunäidustatud, siis võib kasutada (tavaliselt 3 kuud) paralleelselt DMPAga pille. On leitud, et see tagab hilisemalt parema menstruatsioonitsükli kontrolli. Kuna amenorröad esineb sageli, siis võiks DMPA korral see olla soovitatav kõrvaltoime, st selle vastuvõetavuses tuleb veenduda esmasel visiidil. Muidugi tuleb alati välja lülitada rasedus ja, kui veritsus tekib amenorröa foonil, ka muud võimalikud põhjused (STLI jm).

Kehakaalu tõus DMPA korral on reaalne, mitte müüt nagu KHK korral. Keskmise kaaluiive on esimesel kasutusaastal 2-3 kg, mõned võtavad kaalus juurde ruttu ja kohe peale esimest süsti. See ei ole seotud vedeliku retensiooniga.

SOOVITUS: kui kehakaal on probleemiks, siis peaks patsiendile soovitama kalorivaest dieeti vähemalt esimese kolme kuu jooksul.

Depressiooni ja meeleolu muutusi täheldatakse DMPA kasutajatel sagedamini, kuid ei ole teada, kas see on põhjustatud DMPA kasutajate selektsioonist või meetodist endast.

Lisaks võib tekkida galaktorröa (prolaktiini tõusust, kuid jääb normi piiridesse). Aknet täheldatakse enam kui KHK korral, on kirjeldatud seksuaalset düsfunktsiooni, tupekuivust, pearinglust, peavalu, jalakrampe, rindade suurenemist või vähenemist.

SOOVITUS: empiiriline lähenemine, vajadusel mõne teise meetodi kasutamine.

DMPA puhul taastub viljakus täielikult, kuid aeglaselt, keskmine aeg peale meetodi kasutamise lõpetamist on 5,5 kuud. Seetõttu ei sobi see neile, kes rasedust lähemal ajal planeerivad.

Koostoimed

DMPA ei oma koostoimed ensüümide indutseerijatega ega antikonvulsantidega. DMPA pole koostoimet täheldatud lamotrigiini puhul (WHO1). Teiste ravimite osas (warfariin, tsüklosporiin) andmed puuduvad ja nende puhul tuleks kasutada teadmisi KHKdest ja neid kombinatsioone vältida.

Praktiline kasutamine

DMPA alustamine

	Millal alustada	Lisakaitse (kondoom) vajadus
Menstruatsioon	1.-5. menstruatsioonipäeval Ükskõik millisel tsükli päeval või pärast SOS-pille	ei 7 päeva
Pärast sünnitust (nii rinnaga toitmise kui mittetoitmise ajal)	43. päeval peale sünnitust	ei
Pärast raseduse katkemist või katkestamist	Samal või järgmisel päeval	ei
Pärast trofoblasti haigust	Ükskõik millisel tsükli päeval	ei
Ümberlülitumisel KHKlt	Samal päeval	ei
Sekundaarne amenorröa	Ükskõik millisel tsükli päeval	7 päeva

Esmane väljakirjutamine (esimene süst)

Tehtavad toimingud ei erine KHK esmasel väljakirjutamisel tehtavast.

DMPA intramuskulaarne süst tehakse iga 12 nädala järel, soovitatav on selles osas patsiendiga alati enne kokku leppida. Süstekohta ei tohi masseerida. Mõned inimesed soovivad ise süstida ja see on täiesti aksepteeritav, kui pole probleeme meelepidamisega.

Soovitatav on ka kehakaalu fikseerimine, et võimalikke kehakaalu muutusi paremini jälgida.

Esmasel väljakirjutamisel tuleb patsienti teavitada sagedastest menstruatsioonitsükli häiretest ja amenorröast, käsitleda tuleb viljakuse taastumise võimalikku pikemat perioodi.

DMPAd tarvitava patsiendi jälgimine

DMPA kasutaja jälgimine ei ole pelgalt retsepti kirjutamine või süsti tegemine, alati tuleb

välja selgitada kõrvaltoimed ja võimalikud lisandunud vastunäidustused. RR tuleks mõõta kord aasta-pooleteise järel.

Lisaks tuleb alati küsida:

1. Kas patsient on tarvitatava meetodiga rahul?
2. Kas tal on meetodi kohta küsimusi?
3. Kas tal on ilmnunud mingeid kõrvaltoimed?
4. Kas tal on probleeme meetodi tarvitamise meelespidamisega?

Vaginaalne läbivaatus ega analüüside tegemine (va PAP test iga 2-3 aasta järel üle 25-aastastel naistel) ei ole minipillide väljakirjutamise seisukohalt vajalik, kuid võib olla kasulik.

Unustamine

- Kui DMPA süstiga on hilinetud vähem kui 4 nädalat, siis tuleb teha uus süst ja lisakaitset kasutada ei ole vaja.
- Kui hilinetud on enam kui 4 nädalat, siis tuleks rasedusest hoiduda kasutades nt kondoomi, ja uue süstiga oodata ja teha rasedustest 14 päeva peale viimast kaitsmata vahekorda. Patsiendiga tuleb sel juhul koostööd teha, millist RVM ooteajal kasutada (kondoom, minipillid). Kui rasedustest on negatiivne, siis võib teha uue süsti ja 7 päeva kasutada lisakaitset. Rasedustesti peaks kordama 2 nädala pärast.
- Kui hilinenud on enam kui neli nädalat ning eelneva 5 päeva jooksul on olnud kaitsmata vahekord, siis võib kaaluda SOS-pillide kasutamist.

DMPA lõpetamine

DMPA kasutamist ei saa koheselt lõpetada. Kui patsient soovib lõpetada seetõttu, et soovib rasestuda, siis tuleb teda hoiatada, et see võib võtta kauem aega. 91% DMPA kasutajatest rasestusid 2 aasta jooksul.

Korduma kippuvad küsimused

Siit leiate küsimused, mida patsiendid sagedamini esitavad või mis ei leidnud käsitlust eelnevates peatükkides.

1. Küsimus: "Kas DMPA kasutamise ajal tekkiv amenorröa on ohtlik tervisele või mõjutab viljakust?"

Ei, see pole seotud mingite terviseriskide ega viljakusega. Kuna progestageen pärsib FSHd ja seetõttu puudub östrogeenide toimele tekkiv endomeetriumi proliferatsioon, siis ei ole veritsust, kuna pole paksenenud endomeetriumi. Patsientidele, kel võivad sellest olla mitmesugused ettekujutused, võib seda selgitada, et verd ei tule seetõttu, et verd ei ole. Võib tuua näiteks naise elu perioode, mil tal samuti menstruatsiooni ei ole - raseduse ja imetamise periood. DMPAga seostatav hüpööstrogenism ei ole seotud sellega, kas amenorröa esineb või mitte.

2. Küsimus: " Kas DMPA võib mõjutada loodet, kui seda kasutada raseduse ajal?"

On leitud, et DMPA manustamine raseduse ajal, eriti selle esimesel neljal nädalal, on seotud vastsündinute madala sünnikaaluga ja suremusega. Samas võib see olla seotud emade sotsiaalmajandusliku taustaga. On kirjeldatud naisloomade maskuliniseerumise nähte (kliitori suurenemine) ja hüpospaadiat meessoost loodetel. Väärarendite riski ei ole täheldatud. Seetõttu tuleb DMPA kasutamise alustamisel rasedus igal juhul välja lülitada. Raseduse katkemist DMPA ei põhjusta. Rasestumist DMPA kasutamise ajal aga peaaegu ette ei tule.

3. Küsimus: "Miks on DMPA kasutamine alla 18-aastastel ja üle 45-aastastel WHO 2 (kasud ületavad kahjud) , mitte WHO1 (kasutada võib piiranguteta)?"

See on seotud asjaoluga, et DMPA pikajaline kasutamine võib vähendada luu mineraalset tihedust. Kuna inimesele iseloomulik luumass saavutatakse umbes 25. eluaastaks, siis võib teismelistel see mõjutada maksimaalse LMT saavutamist. Üle 45- aastastel hakkab samuti LMT östrogeenide languse toimele vähenema. Seetõttu tuleb alati vaadata ka teisi LMTd mõjutavaid riskitegureid.

Kasutatud kirjandus

1. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
2. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.
3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Long-acting reversible contraception. Clinical guideline nr 30. October 2005. Kättesaadav: <http://www.nice.org.uk/CG030>

Kondoom

MEELESPEA:

- Kondoom võib korrektsel kasutamisel olla efektiivne ja ohutu RVM, mis pakub kaitset ka STLI/HIVI suhtes.
- Kui kondoomi kasutatakse peamise RVMna, siis on soovitatav lisakaitsemeetodina tutvustada LNG-SOS-pille.
- Patsienti tuleb nõustada võimalike kasutusvigade suhtes.

Kondoom kuulub barjäärimeetodite (kondoomid ja pessaarid) hulka. On olemas mehe kondoom – õhuke peenise peale rullitav mehaanilist kaitset pakkuv vahend (enamasti lateksist, kuid on olemas ka polüuretaanist mehe kondoomid) ja naise kondoom – tuppe asetatav kahe elastse rõngaga polüuretaanist kotike. Naise kondoomi (*Femidom*) Eestis praegu ei turustata – põhjuseks ilmselt nii kallim hind kui ka harjumatus. Käesolevas õppematerjalis naise kondoomist rohkem juttu ei tule.

Kondoomi ajaloost Lisalugemiseks

Esimesed kondoomid olid ilmselt valmistatud loomapõiest ja neid kasutati peamiselt STLIst hoidumiseks. Vanim kirjalik kondoomi kirjeldus pärineb Itaalia anatoomilt Gabriel Fallopiolt (1564), kes kirjeldas linast kondoomi, mis oli immutatud STLI vastase lahusega. Alles 18. sajandist pärinevad kondoomide kirjeldused, mida kasutati spetsiaalselt rasedusest hoidumiseks – sel ajal kasutati lamba- ja kitsesoolest valmistatud kondoomi. Ka tänapäeval võib internetist tellida spetsiaalseid lambasoolest valmistatud kondoomi, kuid neid pole soovitatav kasutada STLIst hoidumiseks. Alles seoses kummi vulkaniseerimise tehnoloogia leiutamisega (Hancock ja Goodyear 1844) hakati tootma tänapäevaseid kondoomi.

Huvitav on fakt, et kondoomikasutus kõigub maailma eri piirkondades laiaades piirides – näiteks Jaapanis kasutatakse ligi veerand kogu maailma kondoomidest (75% sealsetest paaridest kasutab kontratseptsioonimeetodina kondoomi) ja kondoomi kõrge osakaal kõikide RVMe seas on püsinud ka alates KHK pillide väga hilisest turuletulekust 1999. aastal. Vastukaaluks on kondoomi kasutus väga madal näiteks Aafrika, Kesk-Ida ja Ladina-Ameerika riikides, kus on kõrge HIV-haigestumus. Arenenud riikides, nagu näiteks Inglismaal, kasutab kondoomi keskmiselt viiendik paaridest – kas siis peamise RVMna, lisakaitsevahendina või topeltmeetodi osana.

Efektiivsus

Kondoom on ainus rasestumisvastane vahend, mis pakub tõhusat kaitset STLI/HIVI suhtes. Nii rasestumisvastane kui STLI vastane efektiivsus sõltub olulisel määral kasutamise korrektsusest, seetõttu kondoomi Pearl indeks kõigub üsna suurtes piirides (2–15). Efektiivsus suureneb vanusega, arvatavalt tänu nii viljakuse vähenemisele, korrektsemale kasutamisele kui ka seksuaalvahekordade vähenemisele (kuid mitte alati!) võrreldes nooremate kasutajatega.

Eelised, puudused ja riskid

Kondoomil on palju **eeliseid**:

- hea kättesaadavus, suhteliselt madal hind;
- meditsiiniliste vastunäidustuste ja süsteemsete kõrvaltoimete puudumine;
- kaitse STLI (ja sellest lähtuvalt PIDi) ning HIVi eest;
- korrektsel kasutamisel efektiivne RVM;
- kaitse emakakaelavähi vastu, kuna olulisel määral takistab nakatumist papilloomiviirusega; emakakaelavähi risk väheneb paralleelselt kondoomi kasutamise aja pikenemisega (RR 0,2);
- meespartneri kaasamise võimalus rasedusest hoidumisel;
- samuti võimaldab kondoomi kasutamine mõnikord pikendada seksuaalvahekorda, mis võib naispartneri seisukohast soovitav olla, ning vältida seemnevedelikku sattumist tuppe (samuti mõnikord soovitav).

Kondoom sobib ajutise RVMna näiteks enne KHK kasutama hakkamist või harva toimuvate seksuaalvahekordade korral.

Oluline on silmas pidada, et kondoomi kasutamine topeltmeetodi e *Double Dutch* meetodi osana (sel puhul kasutatakse lisaks efektiivsele RVMle kondoomi kaitseks STLI eest) on HIVi ajastul oluline soovitus kõikidele patsientidele.

Kondoomi **puuduseid** on vähem kui eeliseid, kuid mitmed nendest on kasutamise seisukohast olulised:

- kondoom segab seksuaalvahekorra spontaansust;
- paljud kasutajad raporteerivad tundlikkuse langust - see on palju väiksem tänapäevaste õhukeste kondoomide korral ja võib olla eeliseks, kui seksuaalvahekorda soovitakse pikendada;
- kondoomi kasutamine võib vähendada erektsiooni (probleem võib sageneda vanuse kasvades);
- kondoomi tajutakse kui psühholoogilist ja mehhaanilist barjääri partnerite vahel;
- kondoomid võivad maha libiseda ja rebeneda.

Põhilised **kasutusvead**: genitaalide kontakt enne kondoomi pealepanekut, kondoomi mahalibisemine erektsiooni kadumise tõttu, kondoomist sperma lekkimine peenise tupest eemaldamisel, genitaalide kontakt pärast kondoomi eemaldamist, kondoomi kahjustusest tingitud rebenemine (mehhaaniline või keemiline kahjustus).

Spermitsiidi lisamine kondoomile võiks teoreetiliselt suurendada kondoomi efektiivsust, kuid see pole uuringutes kinnitust leidnud. Lisaks on spermitsiidil nonoksünool leitud ärritav toime tupe limaskestale ja sellest tingitud vastupidine, HIV-transmissiooni suurendav toime. Seepärast pole spermitsiidiga libestatud kondoomid enam soovitatavad.

Õlipõhised libestid ja õlid muudavad kondoomi hapraks, nt beebiõli hävitab 95% kondoomi tugevusest 5 minuti jooksul.

Tuleb silmas pidada, et mõnede ainete või ravimite vaginaalne kasutamine võib kahjustada kondoomi. Näiteks on andmeid, et maapähkliõli, beebiõli, vaseliin, ja ka mõned seentevastased vaginaalselt kasutatavad ravimid võivad kondoomi kahjustada. Viimast tuleb silmas pidada patsientidel, kes kasutavad peamise rasestumisvastase meetodina kondoomi ning vajavad vaginaalset ravi. Ka päikesekaitsekreem, mõned vannioolid ja massaažiõlid võivad kondoomi kahjustada. Seevastu veepõhised libestid, glütseriin ja silikoonlibestid kondoomi ei kahjusta.

Kondoomil praktiliselt puuduvad meditsiinilised **riskid**. Harva võib esineda lateksallergiat, sel puhul on soovitav kasutada polüuretaanist kondome. Allergia võib esineda ka kondoomi libestusaine suhtes.

SOOVITUSED:

1. Kui paar kasutab kondoomi peamise RVMna, siis tuleb soovitada kondoomi rebenemisel

- või mahalibisemisel kasutada LNG-SOS-pille, mida võib taolisel puhul ka varuks osta.
2. Kondoomi kasutavat paari tuleb nõustada kondoomi mehhaaniliste ja keemiliste kahjustuste ja teiste kasutusvigade suhtes.
 3. Kondoomi puuduste (vt eelpool) tasakaalustuseks tuleb soovitada lihtsa seksuaalnõustamise käigus eriti õhukeste, eri värvi ja tekstuuriga kondoomide kasutamist ja naispartneri kaasamist kondoomi pealepanekul.

Mis on ISO 4074 standard?

See tähistab kondoomi kvaliteedinõuetele vastavust. Kondoomi toodetakse tänapäeval automatiseeritult ja kontrollitakse elektrooniliselt. Juhuslikke seeriaid kontrollitakse ka veetestiga ja õhumahutavuse testiga. Rahvusvahelise standardi ISO 4074 järgi võib maksimaalselt 7 kondoomi 200st lõhki minna, kui neisse pumbata 15 liitrit õhku.

Kasutatud Kirjandus

1. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
2. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.
3. Gupta S. A. comprehensive textbook of obtetrics and gynaecology. Jaypee Brothers Medical Publishing, New Delhi, 2011.

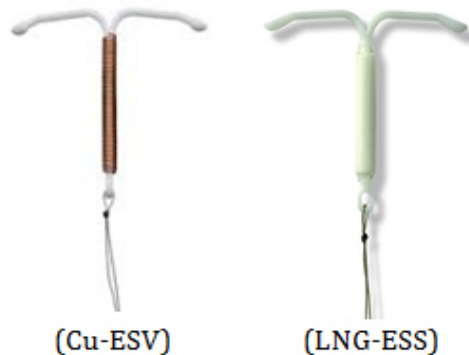
Emakasisene kontratseptsioon

JÄTA MEELDE:

- Emakasisene kontratseptsioon on pikaajaline, efektiivne ja mugav, kuna ei vaja meelepidamist.
- Emakasisene kontratseptsioon sobib enamikule, ka sünnitamata naistele.
- Emakasisene kontratseptsioon on taaspöörduv ja viljakus taastub kohe peale vahendi väljutamist.
- Sageli esinevad muutused menstruatsioonitsüklis: LNG-ESS vähendab oluliselt menstruaalvere hulka; vaske sisaldav ESV võib menstruatsioonid muuta vererohkeks.

Emakasisest kontratseptsiooni (ESK) on kahte tüüpi:

1. Vaske sisaldav emakasisene vahend (Cu-ESV)
2. Levonorgestreeli (LNG) vabastav emakasisene süsteem (LNG-ESS)



Toimemehhanism

Cu-ESV on peamiselt viljastumisvastase toimega, kuna vask on seemnerakkudele toksiline ja pidurdab nende liikuvust. Sekundaarselt tekib emakaõõnes võõrkeha reaktsioon – leukotsüütide arvu ja prostaglandiinide taseme tõus. Seetõttu takistab Cu-ESV ka sekundaarselt implantatsiooni, mis on aluseks ka Cu-ESV paigaldamisele poistkoitaalselt (vt Postkoitaalne kontratseptsioon).

Ehkki ajalooliselt on naistele emakasse paigutatud väga erineva kujuga emakasiseseid vahendeid, kasutatakse tänapäeval valdavalt T-kujulisi plastikust vahendeid, mille horisontaalsele osale on ümber keritud vaskniit. Just selline kuju on parim, et parandada emakasisese vahendi "istuvust" emakas ja minimeerida vahendi ebaõiget asetsust. Cu-ESVle on lisatud sageli hõbedat või kulda, mis toimele ega efektiivsusele midagi ei lisa. Horisontaalne osa on ühendatud monofilamentsete niitidega – nende abil saab kontrollida vahendi paigalolekut ja vahendit eemaldada. Kuna ajalooliselt kasutati Eestis palju ilma vaseta tasapinnalise spiraali kujulist ESVD, siis on siiani ESK kohta laialdaselt kasutusel väljendid "spiraal" ja "hormoonspiraal", ehkki tänapäevastel ESK vahenditel pole enam mingit sarnasust spiraaliga ja seda võib vaevalt meenutada vaid Cu-ESV vaseniit.

Levonorgestreeli sisaldav emakasisene süsteem (LNG-ESS) on sarnane plastikust vahend, kuid vasest niidi asemel on horisontaalses osas reservuaar, mis sisaldab progestageeni (levonorgestreeli). LNG vabaneb läbi polüdimetüülsiloksaanmembraani koguses 20 µg/24 tunni jooksul. Kontratseptiivne toime on lokaalne: endomeetriumi supressioon ning emakakaela sekreedi ning emaka ja munajuhade keskkonna biokeemilised muutused, mis pidurdavad täielikult seemnerakkude liikuvuse. Nimetatud lokaalsed muutused endomeetriumis tekivad aeglasemalt kui Cu-ESV puhul, mistõttu LNG-ESS kasutamine postkoitaalse RVMna pole efektiivne. LNG plasmakonsentratsioon on umbes ¼ sellest, mis on minipillide kasutajail ja seetõttu LNG-ESS ovulatsiooni enamasti ei pärsi (ka juhul, kui kasutajal tekib amenorröa).

Nii Cu-ESV (Pearli indeks 0,16-1,26) kui LNG-ESS (Pearli indeks 0,09) on väga **efektiivsed**. Efektiivsus suureneb vanusega, ilmselt tänu viljakuse vähenemisele. Efektiivsust võib mõjutada oskamatu ja valesti ajastatud paigaldus.

Hüved ja riskid

ESK sobib üldiselt enamikule naistest. ESK peamine hüve, lisaks kõrgele efektiivsusele, on kasutajasõbralikkus – selle kasutamine on pikaajaline, ei vaja mingit igapäevast hoolt ega ole seksuaalvahekorra sõltuv. Viljakus taastub täielikult ja kohe, juba järgmises menstruatsioonitsükli.

Cu-ESV ohud ja hüved

Hüved	Ohud
Kõrge efektiivsus Kasutajasõbralikkus Pole seksuaalvahekorra sõltuv Pöörduv	Vererohke menstruatsioon
Kasutatav postkoitaalse RVMna	
Suhteliselt odav	Ekspulsioon (5%, väheneb vanusega), dislokatsioon, perforatsioon (0,1–0,2%)

Cu-ESV puhul tekkida võiv menorraagia (vererohke menstruatsioon) tõstab aneemia riski. Pikka aega on arvatud, ehkki uuringud on vasturääkivad, et Cu-ESV kohalolek emakas võib tõsta väikese vaagna põletike (PID) riski. Kindlasti ei tekita vahend ise põletikku ega saa põletikku tupest edasi kanda ka emakakaelast tuppe ulatuvad niidid, kuid vahend ei kaitse PIDi eest. Väikese vaagna põletiku tekkimiseks peab toimuma nakatumine seksuaalsel teel leviva patogeeniga (klamüüdia, gonorröa). See tähendab, et kui seksuaalsel teel leviv nakkus on ESK kasutajal välistatud, siis puudub ka PIDi risk.

LNG-ESS ohud ja hüved:

Hüved	Ohud
Kõrge efektiivsus Kasutajasõbralikkus Pole seksuaalvahekorra sõltuv Pöörduv	
Väheneb: • menorraagia (~90%) • düsmenorröa • PIDi risk Kujuneb amenorröa (~20%) Aitab säilitada	Ekspulsioon (väheneb vanusega), dislokatsioon, perforatsioon

endometrioosi ravitulemust Endomeetriumi hüperplaasia risk ↓	
---	--

LNG-ESS on metrorraagia valikravim. Kasutajatel on suurem tõenäosus, et säilib endometrioosi (kirurgilise või medikamentoose) ravitulemus. PIDi riski vähenemine on seotud progestageeni toimega emakakaela sekreedile (tihkenenud sekreet vähendab põletikutekitajate liikumist tupest emakasse ja munajuhadesse), mistõttu on noortele, kel põletikurisk suurem, LNG-ESS sobivam kui Cu-ESV. Kaitsev toime endomeetriumi hüperplaasia suhtes võimaldab LNG-ESS kasutajatele perimenopausis üleminekuea kaebuste korral rakendada ainult östrogeene sisaldavat hormoonasendusravi. Tõenäoliselt on sarnane toime endomeetriumi hüperplaasia suhtes ka Cu-ESVl.

Mõlema emakasisese kontratseptsioonimeetodi puhul on risk ekspulsiooniks (iseeneselikuks väljumiseks), dislokatsiooniks (asendi muutuseks, enamasti vajub emakakaela) ja üliharva paigaldamise protseduuri käigus või hiljem tekkida võiva või vahendi enda poolt esile kutsutud perforatsiooniks (emakaseinast läbitungimine).

Emakasisese kontratseptsiooni vastunäidustused:

- emakaõõnt deformeerivad anatoomilised iseärasused või haigused,
- emakaõõne pikkus sondeerimisel <5,5 cm,
- allergia vase või muude komponentide vastu,
- Wilsoni tõbi (kaasasündinud vase ainevahetuse häire),
- täpsustamata põhjusega genitaaltrakti veritsuse esinemine: alustamine (WHO4), vahendi kasutamist võib samaaegselt põhjuse väljaselgitamisega jätkata (WHO2),
- kahtlus rasedusele,
- vahetult peale septilist aborti või sünnitust; äge väikese vaagna põletikuline haigus või mukopurulentne tservitsiit,
- trofoblasti haigus, mille puhul hCG seerumis on sedastatav (WHO1, kui hCG on negatiivne),
- emakakaela, endomeetriumi ja ovaariumi vähk (alustamine).

Seisundid, mille korral tuleks ESK kasutamist hoolikalt kaaluda

Emakasisest vahendit ei tohiks paigaldada, kui sünnitusest on möödunud 48 tundi ja järgmise 4–6 nädala jooksul (WHO3) emakaseina perforatsiooni kõrge riski tõttu.

HIV-positiivsed võivad ESK kasutada (WHO2), eelistatud on LNG-ESS. AIDSi korral WHO3, hästi ravimitega kontrollitud AIDSi korral WHO2.

LNG-ESS ei ole enam soovitatav (sarnaselt minipillidele), kui selle kasutamise ajal tekib müokardiinfarkt ja seda ei tohi paigaldada venoosse trombemboolia esinemise ajal (WHO3). Lisaks ei sobi LNG-ESS selliste harvaesinevate haiguste nagu hepatotsellulaarne adenoom, maksakartsinoom ja dekompenseeritud raske maksatsirroos (WHO3) korral. LNG-ESS absoluutseks vastunäidustuseks on rinnavähk (WHO4), kuid pärast rinnavähi ravi võib see olla näidustatud.

Pulmonaalhüpertensiooniga patsientidel tuleb kaaluda teisi RVMd, kuna paigaldusel võib tekkida selle haiguse puhul potentsiaalselt eluohtlik vasovagaalne reaktsioon, mistõttu paigaldus peaks toimuma haiglattingimustes.

STLI risk:

- Kõrge STLI risk (sage partnerite vahetus, paralleelsuhted) sõltumata vanusest.
- Sünnitamata ja noored, eriti alla 20-aastased naised, kelle STLI tõenäosus on suurem. Samuti on sünnitamata naistel veidi suurem ekspulsiooni ja kõrvaltoimete risk.
- Anamneesis väikese vaagna põletikuline haigus.
- Sünnitamata ja noored naised, kellel on anamneesis emakaväline rasedus.

Sellisel juhul peaks emakasisese meetodi valikul patsienti igakülgsest nõustama topeltmeetodi kasutamise osas. Eelistada tuleb LNG-ESSi.

Kõrvaltoimed:

- **Ebasoovitavad muutused menstruatsioonitsükli**

Cu-ESV puhul pikenenud ja **vererohke menstuatsioon** (menorraagia), düsmenorröa, määrivad veritsused enne ja peale menstruatsiooni, läbimurdeveritsused.

SOOVITUS: Informeerige vererohkete menstruatsioonide võimalusest alati patsienti juba meetodi valikul. Kaebused on enam väljendunud esimestel kasutuskuudel. Nende tekkimise põhjuseks on prostaglandiinide tõus, mis põhjustab prostatsükliini aktiiveerumise, veresoonte laienemise ja trombotsüütide inhibeerimise.

LNG-ESSi puhul võib 4–6 kuu jooksul esineda sagedasi, ebaregulaarseid, enamasti määriva iseloomuga veritsusi.

SOOVITUS: Informeerige sellest alati patsienti juba meetodi valikul. Enamik patsiente suhtub sellesse rahulikult teades, et edaspidi saab ta nautida lühikesi ja vähese verega menstruatsioone või nende puudumist.

- **LNG süsteemsed kõrvaltoimed**

LNG-ESS puhul on tegemist küll peamiselt lokaalse toimega, kuid see ei ole absoluutne. Seetõttu võib väga harva esineda progestageenidele iseloomulikke süsteemseid kõrvaltoimeid: rindade turset, puhitustunnet, aknet ja depressiivseid meeleolusid. Kuna LNG seerumitase on kõrgem esimesel 3 kuul, siis sageli need sümptomid taanduvad hiljem. Kuna LNG-ESS ei inhibeeri ovulatsiooni, siis võib esineda funktsionaalseid, enamasti asümptomaatilisi, munasarja tsüste.

Koostoimed ravimitega

Puuduvad. Nii Cu-ESV kui LNG-ESS sobivad neile, kes kasutavad maksaensüüme indutseerivaid ravimeid või antikonvulsante, samuti antiretroviirusravi puhul.

ESK paigaldamine

Millal on parim aeg ESV/ESS paigalduseks?

Cu-ESV võib paigaldada igal ajal **menstruaaltsükli jooksul**.

NB!

Vastupidiselt siiani arvatule, et menstruatsiooni ajal emakakaelakanal avaneb ja ESV paigaldamine on lihtsam, näitavad uuringud, et just sel ajal ESV paigaldamine on seotud kaks korda suurema ekspulsiooni riskiga.

Menstruatsiooni esimestel päevadel on prostaglandiinidest põhjustatud emaka lihaskesta aktiivsus ja kontraktiilsus suurem ning see on seotud kõrgeks tõusnud ekspulsioonihuga. Tõusnud on ka emakasisene rõhk ja emakapõhi on kitsam kui menstruatsioonitsükli keskel. Parim aeg Cu-ESV paigaldamiseks, et vähendada ekspulsioonihuga, on 4.–12. menstruatsioonitsükli päeval (28-päevase menstruaaltsükli puhul) (1). Seda aega võib pikendada 5 päeva võrra (kuni tsükli 19. päevani), arvestades, et Cu-ESV-i ka postkoitaalne rasestumisvastane toime viie päeva jooksul. Kui Cu-ESV paigaldada hiljem, siis peab vältima raseduse või kasutama eelnevalt muud usaldusväärset RVMt.

LNG-ESS võib paigaldada menstruatsioonitsükli esimese seitsme päeva jooksul. Kuna LNG-ESS toime ei teki kohe, siis pole süsteemi paigaldamine muul ajal menstruaaltsükli jooksul näidustatud, välja arvatud juhul, kui eelnevalt on kasutatud tõhusat RVMt ja sel juhul tuleb pärast paigaldust kasutada lisakaitset (kondoom) või jätkata nt KHK või minipillide tarvitamist 7 päeva jooksul.

Peale sünnitust (ka keisrilõikega toimunud sünnitust) võib nii Cu-ESV kui LNG-ESS paigaldada 6 nädala pärast, **peale I trimestri aborti** kohe kirurgilise aborti teostamise ajal või peale medikamentöösset aborti peale emaka tühjenemist (kontrollida ultraheliga).

JÄTA MEELDE:

Hea taktika on enne ESK paigaldust kasutada tõhusat RVMt (KHK, minipillid, *Depo-Provera*). See aitab ära hoida segadust seoses visiitide ajastamisega, lisakaitsevajadusega ja vähendab soovimatut rasestumist seotud hirme.

Mida tuleb teha enne ESV/ESS paigaldamist?

Peale vastunäidustuste väljaselgitamist ja tavapärasest nõustamisest tuleb patsiendile kirjeldada paigaldamise protseduuri, näidata vahendit ja selgitada, kuidas see paigutub tema kehas (soovitav mulaažil või skeemil). See aitab ära hoida asjatuid hirme ja paigaldamiseelset ärevust. On teada, et väikese vaagna põletiku risk on kõige suurem 20 päeva jooksul peale ESV paigaldamist. Selle vältimiseks soovitatakse enne protseduuri lülitada välja (nende olemasolul ravid) STLIid (PCR analüüs klamüüdiale ja mõnedel juhtudel ka gonorröale). Kui patsiendil on kaebused tupevoolusele, siis on näidustatud tupesekreedi bakterioskoopia või empiiriline ravi - sümptomaatiline bakteriaalne vaginosis ja trihhomoniasis paigaldamisel suurendavad väikese vaagna põletiku riski. Mingit vajadust ei ole võtta bakterioloogilist külvi tupest või emakakaelast - bakteri leid ei ole seotud infektsiooniriskiga ja ravi tekitab ebavajalikku ooteaega ning antibiootikumide väärkasutamist.

Mida tuleb silmas pidada ESV/ESS paigaldamisel?

Protseduur teostatakse ambulatoorselt, see on lühiajaline (paar minutit) ja seotud ebamugavustundega või lühiajalise talutava valuga. Enne seda soovitatakse võtta sisse 400 mg ibuprofeeni (30 minutit enne protseduuri) ja vajadusel lokaalset anesteediat (1 ml 1%-list lidokaiini süstida emakakaela ülemisele huulele kella 12 kohal 1 minut enne kuultangidega haaramist). Sellest piisab peaaegu kõigile. Enne paigaldamist tuleb teha vaginaalne läbivaatus, et vältida PIDile iseloomulik valulikkus ning määratleda emaka suurus ja asetus. Paigaldamisel võib tekkida vasovagaalne reaktsioon (parasümpaatilise närvisüsteemi üleerutus), mida iseloomustab bradükardia, külm higi ja teadvuse kaotus. Sel puhul tuleb lõpetada emakakaela stimulatsioon ja tõsta patsiendi jalad kõrgemale, reaktsioon möödub kiiresti ja

iseeneslikult.

Cu-ESV ja LNG-ESSi paigaldamist ja eemaldamist vaata soovi korral:

<http://qfmprocedures.com/topics/iud-insertion/main.php>

Soovitused patsiendile pärast ESV/ESS paigaldamist

Pärast paigaldamist tuleb hoiduda kõrvaltoimete ülemäärasest rõhutamisest, et mitte häälestada patsienti negatiivselt.

Peale paigaldamist ei soovitata kasutada tampoone kolmel paigaldusjärgsel päeval, et emakakaela füsioloogiline barjäär taastuks, samuti on samal põhjusel kolm päeva soovitatav hoiduda seksuaalvahekorra või kasutada kondoomi (arvestades, et seemnerakud on STLI nn bioloogilised edasikandjad). Esimese ööpäeva jooksul võib sageli esineda menstruatsioonivalude taolisi valusid, mille põhjuseks on suurenenud emaka kontraktiilsus ja suurenenud vereeritus. Neid sümptomeid leevendab ibuprofeen. Eestis ei ole väga levinud patsientidele soovitada emakasisese vahendi enesekontrolli: peale igat menstruatsiooni (LNG-ESS korral menstruatsioonide puudumisel kord kuus) kontrollida vahendi niitide olemasolu tupes ise või paluda seda teha partneril. See vajab muidugi valmisolekut ja teatud vilumust, kuid võib olla ekspulsioonide märkamiseks väga kasulik. On arvatud, et umbes 40% naistest ei märka, et vahend on iseeneslikult väljunud. Selle vältimiseks tuleb patsienti nõustada, et kõige sagedamini tekivad ekspulsioonid menstruatsiooni ajal ja esimesel kolmel kasutuskuul ja selle suhtes tuleks end jälgida. Patsienti tuleb informeerida, et kui peale paigaldamist tekib palavik, ebatavaliselt tugevad kõhuvalud või verejooks, tuleb pöörduda arsti poole.

Patsiendi jälgimine

Maailma Terviseorganisatsioon ja mitmed erialaseltsid ei pea iga-aastast ESK kasutaja rutiinset jälgimist vajalikuks. See võibolla kasulik muudel asjaoludel (nt PAP test iga 2– 3 aasta järel üle 25aastastel naistel).

Sageli kutsutakse patsient tagasi paari nädala möödumisel, kuna see on väikese vaagna põletiku suhtes kõige ohtlikum aeg. See on otstarbekas juhul, kui STLI skriinimist enne vahendi paigaldamist ei toimunud. Kui aga STLI oli välja lülitatud eelnevate analüüsidega, siis on kõige otstarbekam patsient tagasi kutsuda 6 nädalat peale paigaldamist), et veenududa vahendi õiges asetsuses. Ekspulsioonide risk on esimesel kolmel kuul, peale 3-aastast kasutamist seda peaaegu ei esine.

„Kadunud niidid“

Kui vahendi niite ei ole läbivaatusel tupes näha, siis tuleb teha ultraheliuuring, mille abil saab teha kindlaks, kas vahend on õige asetsusega emakas ja välistada rasedus. Kui vahendit emakas ei ole, siis võib see olla väljunud või väga harva perforeerunud (kõhuõõnde). Vahel võivad niidid "kaduda" ka seetõttu, et need on keerduvad emakaelakanalisse (seejuures on vahend õige lokaliseerimisega) või jäeti liiga lühikeseks ja emakaõõne mahutavus muutus (nt sünnitusjärgselt paigaldatud vahendi puhul). Kui ultraheliuuringul on vahend emakaõõne põhjas sedastatav, siis võib patsient vahendi kasutamist jätkata, kuid teda tuleb niitide "kadumisest" informeerida. Sellisel juhul, ehkki harva, võib vahendi eemaldamisel (kui niite ei ole emakakanalis) tekkida vajadus ambulatoorseks hüsteroskoopiaks või emakaõõne revisiooniks.

Perforatsiooni kahtlus

Arvatavalt esineb perforatsiooni 1 juhul 1000 paigalduse kohta ja see sõltub paigaldaja vilumusest ja emaka iseärasustest. Kui patsient ei ole tõesti märganud vahendi väljumist ja emakaõõnest seda ultraheliuuringul ei leita, siis tuleb teha röntgenuuring vaagnast ja kõhust ning vahend laparoskoopiliselt eemaldada.

Rasedus

Kui ESK kasutaja rasestub ja rasedust soovitakse jätkata, tuleb vahend eemaldada niipea kui võimalik (esimesel 12. rasedusnädalal). Kuigi ka sel puhul võib suureneva spontaanabordi risk, siis on riskid suuremad vahendi eemaldamata jätmisel. Kui see ei ole enam võimalik (vahendi niite ei ole näha), siis sellisel juhul suureneb spontaanabordi risk veelgi enam, samuti on suurem enneaegse sünnituse ja antenataalsete infektsioonide ja veritsuse risk. LNG-ESSi puhul tuleb arvestada ka seda, et pole teada, milliseid toimeid lootele võib põhjustada progestageeni kõrge kontsentratsioon.

Valu ja veritsus

Umbes 5–20% katkestab selle kõrvaltoime tõttu või mõnel muul põhjusel Cu-ESV kasutamise esimese aasta jooksul. Alakõhuvalu ja veritsuse jätkumisel pärast paari paigaldusjärgset päeva tuleb eeskätt ultraheliuuringuga välja lülitada vahendi **perforatsiooni, dislokatsiooni ja osalise ekspulsiooni ning raseduse** (sh emakavälise raseduse) võimalus. Mittesünnitanud naiste puhul võib arvesse tulla ka emakakontraktilsuse suurenemine ja sellest tingitud valu. Diagnoosimata müoomisõlmed ja emaka kuju anomaaliad võivad samuti valu ja veritsust põhjustada.

SOOVITUS: vt eespool (*Kadunud niidid, Perforatsiooni kahtlus, Rasedus*).

Kui patsiendil tekivad **PID**ile viitavad kaebused: kõhuvalu, düspareunia, suurenenud tupevoolus, palavik üle 38C.

SOOVITUS: Hinnata günekoloogilist staatust, teha testid STLIle ja vajadusel tupesekreedi bakterioskoopiline uuring ning vajadusel ravi kõikidele seksuaalpartneritele. NB! Vahendit ei ole vaja eemaldada! (2).

Kui eelnimetatud valu ja veritsuse põhjused on välja lülitatud, siis võib olla tegemist **vahendist enast põhjustatud kõrvaltoimega**.

SOOVITUS: Metrorraagia puhul võib kasutada prostaglandiinide sünteetilisi inhibeervaid valuvaigisteid

(ibuprofeen kuni 1200 mg/päevas ja naprokseen kuni 1500 mg päevas), mis sageli vähendavad ka vereeritust. Kasutada võib ka traneksaamhapet vereerituse vähendamiseks. Kui menorraagia kaebus Cu-ESV kasutajal ei kao esimese poole aasta jooksul ja selliste ravimite tarvitamise vajadus püsib, siis võib olla mõistlikum loobuda vahendi kasutamisest (vahetada LNG-ESS või mõne muu RVM vastu). Veritsushäirete või amenorröa puhul LNG-ESS kasutamisel piisab enamasti muude põhjuste väljalülitamisest ja kõrvaltoimeid puudutavast nõustamisest.

Niidid põhjustavad partnerile ebamugavust

Kui vahendi niidid põhjustavad seksuaalvahekorra ajal ebamugavustunnet või valu partnerile, siis on neid võimalik "timida" (tavaliselt tuleb neid sel juhul lühendada nii, et nad jäävad samale tasapinnale emakakaelakanali välissuudmega).

***Actinomyces* ja ESK**

ESK kasutajatel leitakse sageli tupepreparaadis või PAP analüüsis *Actinomyces* baktereid, mida leidub normaalselt suus ja seedetraktis, kuid mitte tupe mikroflooras. Selline kolonisatsioon on seotud ESKga, kolmandal kasutusaastal võib neid leida 8–10% kasutajatest. Kuigi need võivad põhjustada raske kuluga väikese vaagna põletikulisi abstsesse, on nende esinemissagedus üliharv. *Actinomyces* on palju vähem tõenäoline PIDi põhjus kui ükskõik milline muu polümükröbiaalne ja STList põhjustatud väikese vaagna põletik ESK kasutajail. Seetõttu ei ole *Actinomyces* leiu puhul kaebusteta patsiendil vaja midagi ette võtta. Küll aga tuleb patsienti informeerida, et PIDle iseloomulike kaebuste korral tuleb pöörduda arsti poole.

ESK kasutamise lõpetamine

Nii Cu-ESV kui LNG-ESS pakuvad väga kõrget kontratseptiivset efektiivsust ja väheseid kõrvaltoimeid viie kasutamisaasta jooksul. Peale seda tuleb vahend eemaldada.

Cu-ESV alustamisel üle 40aastastel naistel ja LNG-ESS alustamisel üle 45aastastel naistel (kel on tekkinud amenorröa) võib vahend jääda emakasse kuni viljaka ea lõpuni.

Ehkki eemaldamine on valutut, võivad patsiendid sageli tunda asjatuid hirme, mistõttu lihtsat ja kiiret eemaldamise protseduuri tuleb neile alati selgitada. Patsienti tuleb nõustada, et peale vahendi eemaldamist viljakus taastub koheselt. Kui eemaldamise põhjuseks ei ole soov rasestuda, vaid soovitakse rasestumisvastast kaitset jätkata, tuleb patsienti RVMe sobivuse osas nõustada.

Kui patsient soovib jätkata ESK kasutamist, siis on soovitatav samaaegselt vahendi eemaldamisega kohe paigaldada uus. See võib toimuda mistahes menstruatsioonitsükli päeval.

Eelnevalt tuleb vaadata üle vastunäidustused ja võib olla vajadus teha testid STLIdele. Kui jätkata soovitakse mõne muu RVMga, siis võiks seda hakata kasutama juba selle menstruatsioonitsükli alguses, mil vahendi eemaldamine toimub.

Korduma kippuvad küsimused

Siit leiate küsimused, mida patsiendid sagedamini esitavad või mis ei leidnud käsitlust eelnevates peatükkides.

1. Küsimus: „Kas emakasisene kontratseptsioon võib põhjustada emakavälist rasedust?”

Ei. Ektoopilise raseduse põhjus on munajuhade põletikust tingitud eelnev kahjustus, mitte emakasisene kontratseptsioon ja selle levimus on rangelt korrelatsioonis STLI levimusega rahvastikus. Nii Cu-ESV kui ka LNG-ESS kaitsevad mõlema, nii emakasisese kui emakavälise raseduse eest, kuid paremini emakasiseste kui emakaväliste raseduste eest. Piltlikult öeldes, kui rahvastikus on näiteks iga 100 emakasisese raseduse kohta üks emakaväline rasedus, siis ESK kasutajail on iga 10 emakasisese raseduse kohta 1 emakaväline rasedus. Samas on ESK kasutajatel emakaväliseid rasedusi oluliselt vähem kui selle meetodi mittekasutajatel - emakasisene kontratseptsioon kaitseb nii emakasiseste kui emakaväliste raseduste eest.

2. Küsimus: „Kui eelnevalt on olnud emakasisese vahendi ekspulsioon, kas siis võib seda uuesti proovida?”

Põhimõtteliselt jah, kui välja lülitada võimalus, et tegemist on emakaõõnt deformeeriva põhjusega (emakamüoom, kaasasündinud deformatsioonid). Sageli ei soovi patsiendid seda enam ise. Kui aga muud vahendid on vastunäidustatud või patsient ise soovib uuesti ESKga jätkata, pole mingit põhjust keelduda. Uut vahendit ei tohiks paigaldada menstruatsiooni ajal, kuna siis on ekspulsioonirisk suurim.

3. Küsimus: „Kui tekib rasedus, kas Cu-ESV või LNG-ESS võivad põhjustada väärarendeid?”

Ei, väärarendite riski tõusu ei ole leitud. Samas ei ole täpselt teada progestageeni mõju LNG-ESS puhul, kuna rasedused selle kasutamisel on erakordselt harvad. Kui rasedust soovitakse jätkata, tuleb vahend esimesel võimalusel (niidid olemas) eemaldada.

4. Küsimus: „Kui emakakaelal on PAP-analüüsil leitud emakakaela düsplaasia, kas see on ESK kasutamise vastunäidustuseks või võib see soodustada düsplaasia edasiarenemist vähiks?”

Ei, muutused emakakaelal, mis ei ole vähk, ei ole vastunäidustuseks ei meetodi alustamisele ega jätkamisele. Kui muutuste tõttu on vaja teha kolposkoopia ja võtta emakakaela biopsia, siis saab seda teha ilma igasuguste probleemideta ka emakasisese vahendi kohalolul.

5. Küsimus: „Kui emakasisene vahend eemaldatakse ja meetodi kasutamist soovitakse jätkata, kas uue vahendi paigaldamiseks tuleb pidada vahet, et emakas „puhkaks”?”

Ei, see on tarbetu ja ohtlik praktika. Naised, kes on harjunud mugava, igapäevast jälgimist mittevajava meetodiga, ei ole sageli selle eemaldamisel valmis kasutama muud vahendit ja see põhjustab soovimatuid rasedusi. Kui patsient soovib jätkata ESK kasutamist, siis on soovitatav samaaegselt vahendi eemaldamisega kohe paigaldada uus. See väldib nii soovimatuid rasedusi kui ka ülearuseid visiite.

6. Küsimus: „Miks ei tohi ESK kasutada sünnitamata naised?”

See ei vasta tõele. ESK sobib ka sünnitamata naistele (WHO2). Juhul, kui muud meetodid on vastunäidustatud või tekitavad mitteaktsepteeritavaid kõrvaltoimed, võib olla ESK hea valik ka sünnitamata naistele. Samuti võib seda soovida patsient ise. Viimasel juhul võib olla, et peale põhjalikku nõustamist patsient valib siiski muu meetodi (KHK). Sünnitamata naistel on suurem ekspulsiooni oht. Kuna noortel naistel on suurem risk nakatumiseks seksuaalsel teel leviva infektsiooniga, siis on ka PIDi risk suurem. Seetõttu tuleb ESK kasutajale soovitada kasutada topeltkaitset.

7. Küsimus: „Kas patsient, kellele on paigaldatud vasega emakasisene vahend, võib minna tuumamagnetresonantsuuringule (MRI)?”

Jah, tohib. *In vitro* ei ole leitud, et vasest emakasisene vahend magnetväljas kuumeneks ja emakasisese vahendi olemasolu pole MRI-uuringule vastunäidustuseks.

Kasutatud kirjandus

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Quick starting contraception. Clinical Guidance. September 2010. Kättesaadav: <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceQuickStartingContraception.pdf>
2. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
3. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.
4. WHO. Department of Reproductive Health and Research. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html

Postkoitaalne kontratseptsioon

MEELESPEA:

- Postkoitaalseks kontratseptsiooniks kasutatakse LNG-SOS-pille ja Cu-ESVd, mis on ohutud ja väheste vastunäidustustega.
- LNG-SOS-pillide kasutamise järgselt tuleb patsiendile soovitada kuni uue menstruaaltsükli alguseni kasutada kondoomi, nõustada ajutiste menstruaaltsüklihäirete ja edaspidi kasutatava püsiva kontratseptsioonimeetodi suhtes ning pakkuda STLI/HIV testimist.
- Cu-ESV paigaldamine postkoitaalselt on väga efektiivne ja sellest võimalusest tuleks kõiki patsiente teavitada.

Postkoitaalseks kontratseptsiooniks (PK) nimetatakse rasestumisvastaseid meetodeid, mida kasutatakse pärast seksuaalvahekorda, kuid enne implantatsiooni. Sellest tulenevalt on PK kasutusaeg maksimaalselt 5 päeva pärast kaitsmata seksuaalvahekorda.

Kasutatavad meetodid:

	LNG-SOS-pillid (käsimüügiravim)	Cu-ESV
	1,5 mg ühekordselt	
Millal kasutada pärast seksuaalvahekorda	72 h jooksul, kuid kasutatav ka kuni 120 h jooksul (vt allpool)	5 ööpäeva jooksul pärast seksuaalvahekorda või 5 ööpäeva jooksul pärast arvatavat ovulatsiooni (mitmete seksuaalvahekordade korral)
Efektiivsus	98,5% (ühe kaitsmata seksuaalvahekorra puhul, 72h jooksul kasutatuna)	99,9%
Kõrvaltoimed	ebaregulaarne veritsus vahetult pärast kasutamist;	valu ja veritsus, PIDi riski

	menstruatsiooni hiline mine; iiveldus (15%); oksendamine (1,4%). ¹	
--	---	--

Tõenäoliselt on postkoitaalselt kasutatuna efektiivsed ka teised progestageenid nagu desogestreel või gestodeen, kuid neid võimalusi pole kliinilistes uuringutes põhjalikumalt käsitletud. Ka antiprogestageen mifepristoon ja ulipristaalatsetaat on kasutatavad postkoitaalse RVMna.

PK võib olla näidustatud, kui:

- seksuaalvahekord toimus RVMid kasutamata,
- kondoom purunes,
- ununes >2 KHK pilli esimesel pillivõtmise nädalal (pillide unustamisel viimasel pillivõtmisel nädalal piisab 7-päevase pausi vahelejätmisest),
- ununes üks minipill >12 tunni ettenähtud ajast ja sellele järgnevalt 2 ööpäeva jooksul toimus kondoomita seksuaalvahekord,
- pärast emakasisese vahendi eemaldamist menstruaaltsükli teisel poolel, ilma et see oleks asendatud uue emakasisese vahendiga,
- pärast DMPA süsti hiline mist (vt Süstitav progestageeni sisaldav depoopreparaat).
- kui sama menstruaaltsükli jooksul toimus uuesti kaitsmata seksuaalvahekord (vt allpool).

NB! Postkoitaalne kontratseptsioon võib olla näidustatud seksuaalvägivalla järgselt. Kui patsient pöördub PKks, siis tuleb küsitleda patsienti seksuaalvägivalla suhtes.

LNG-SOS-pillid

Toimemehhanism

Peamiseks toimemehhanismiks enne ovulatsiooni manustatuna on ovulatsiooni inhibeerimine või edasilükkamine ning emakakaelasekreedi seemnerakkudele läbimatuks muutmine. Kui LNG-SOS-pille manustatakse pärast ovulatsiooni, siis takistab meetod tõenäoliselt viljastumist.

Mida kiiremini pillide tarvitamist alustada, seda tõhusamalt need rasedust väldivad. LNG-SOS-pillide ühekordne manustamine annuses 1,5 mg on efektiivsem, kui ravimit manustada esimese ööpäeva jooksul pärast seksuaalvahekorda (99,6%). On leitud, et LNG-SOS-pillid toimivad isegi kuni viie ööpäeva jooksul pärast seksuaalvahekorda.^{1,2}

Vastunäidustused

LNG-SOS -pillide kasutamiseks peaaegu vastunäidustusi pole. Absoluutseteks vastunäidustusteks (WHO4) on allergia koostisaine suhtes ja äge porfüüria.

Lisaks võivad riskid ületada kasu ägeda maksahaiguse korral (WHO3).

Imetamise ajal võib LNG-SOS-pille kasutada.

Kui kogemata on raseduse ajal kasutatud LNG-SOS-pille, pole sellel rasedusele mingit kahjulikku mõju.

Koostoimed

Maksaensüümide indutseerijate koostoimel on LNG-SOS-pillide kasutamine WHO3. SOOVITUS: Sellisel juhul kaaluda Cu-ESV paigaldamist postkoitaalselt või kahekordistada LNG-SOS-pillide annust (3mg).²

Nõustamine

Oluline on välja selgitada, kas varem antud menstruatsioonitsükli jooksul on toimunud kaitsmata seksuaalvahekordi. Varem kui 5 ööpäeva toimunud seksuaalvahekorra puhul pole LNG-SOS-pillid enam efektiivsed.

Ka pärast ovulatsiooni tarvitatuna on efektiivsus väiksem (tänu LNG-SOS-pillide peamiselt ovulatsiooni inhibeerivale või edasilükkavale toimele), eriti kui ollakse pärast LNG-SOS-pillide tarvitamist korduvalt kaitsmata seksuaalvahekorras.

SOOVITUSED:

1. LNG-SOS-pillide kasutamise järgselt tuleb patsiendile soovitada kuni uue menstruaaltsükli alguseni kasutada kondoomi.
2. Patsiendile tuleb soovitada püsivat kontratseptsioonimeetodit.
3. Patsiendile tuleb selgitada ajutise ja ohutu menstruaaltsükli häire võimalust pärast LNG-SOS-pillide kasutamist.
4. Patsiendile tuleb pakkuda STLI/HIV testimist.

Cu-ESV

Cu-ESV paigaldamine postkoitaalselt on väga efektiivne. **Toimemehhanismiks** on vase toksilisus seemnerakkudele ja implantatsiooni takistamine.

Cu-ESV paigaldamine **võib olla eelistatud** LNG-SOS -pillide tarvitamisele, kui:

- maksimaalne efektiivsus on väga oluline (meetodist tuleks kõiki PKi vajavaid patsiente teavitada);
- kui seksuaalvahekord toimus >72h tagasi;
- kui toimus mitu kaitsmata seksuaalvahekorda (sellisel juhul Cu-ESV paigaldatakse 5 ööpäeva jooksul alates varasemast seksuaalvahekorra või 5 ööpäeva jooksul pärast arvatavat ovulatsiooni);
- plaanis oli kasutama hakata Cu-ESVd;
- esinevad vastunäidustused LNG-SOS-pillide tarvitamiseks (väga harva!)
- hetkel esineb oksendamise haigus.

Vastunäidustused

Arvestada tuleb teadaolevaid Cu-ESV vastunäidustusi (Vt Emakasisene kontratseptsioon). Kuna enamasti pole võimalik enne postkoitaalselt Cu-ESV paigaldamist välja lülitada STLI võimalust, siis on näidustatud ennetav antibakteriaalne ravi (T. Azithromycini 1g ühekordselt klamüüdiainfektsiooni profülaktikaks + bakteriaalse vaginooosi kliinilise leiu korral vastav ravi).

Soovitav on patsient kutsuda tagasi 4-6 nädala pärast ESV kontrolliks või vajadusel eemaldamiseks ja teisele meetodile üleminekuks.

Korduma kippuvad küsimused

Siit leiate küsimused, mida patsiendid sagedamini esitavad või mis ei leidnud käsitlust eelnevates peatükkides.

1. Küsimus: „Kas SOS-pillide kasutamisel esinevad menstruatsioonitsükli häired on ohtlikud?“

Pärast SOS-pillide tarvitamist võib pooltel kasutajatest menstruatsioon saabuda oodatust varem või hiljem. Menstruaalvere hulk võib olla tavalisest suurem. Need on ohutud LNG-SOS-pillide kõrvaltoimed. Arvatavalt on menstruatsiooni hilinemine seotud ovulatsiooni edasilükkumisega ning menstruatsiooni oodatust varasem saabumine võib olla seotud meetodi viljastumisvastase toimega. Kui menstruatsioon hilineb rohkem kui ühe nädala võrra või kui menstruaalvere hulk on ebaharilikult väike, tuleks teha rasedustest.

2. Küsimus: „Kas SOS-pille võib kasutada rohkem kui üks kord ühe menstruaaltsükli jooksul?“

Jah. Kuigi tootja lubab LNG-SOS-pille kasutada vaid kord menstruaaltsükli jooksul, võib LNG-SOS-pille kasutada ka korduvalt, sest nende toime põhineb muuhulgas ovulatsiooni edasilükkamises. Ainsa riskina suureneb seejuures (ajutiste ja ohutute) menstruatsioonitsükli häirete esinemissagedus. Kui järgmine seksuaalvahekord toimub 12 tunni jooksul alates LNG-SOS-pillide kasutamisest, siis pole tõenäoliselt vajadust meetodi korduvaks kasutamiseks.

3. Küsimus: „Kas SOS-pille võib kasutada peamise kontratseptsioonivahendina?“

See pole kindlasti soovitatav. Pikaajaliselt kasutatuna ei ole LNG-SOS-pillid nii efektiivsed kui teised efektiivsed RVMd.

4. Küsimus: „Millal pärast SOS-pillide kasutamist tuleks alustada KHK või minipillidega?“

Tavaliselt alustatakse KHK ja minipillidega järgmise menstruaaltsükli 1. päevast. Samas esineb mõnikord vahetult pärast SOS-pillide kasutamist lühiajaline läbimurdeveritsus, mis ei ole menstruatsioon – patsiente tuleb selles osas nõustada. Kui patsient pole kindel, kas tegemist on menstruatsiooni või läbimurdeveritsusega, võib soovitada oodata KHK või minipillide alustamisega kuni 2. veritsusepäevani, mil vere hulga ja muude sümptomite alusel peaks olema kergem otsustada. KHKga võib alustada ka vahetult pärast SOS-pillide võtmist, kasutades lisakaitsevahendit 7 päeva jooksul (vt KHK peatükist Praktiline kasutamine). Seejuures tuleb silmas pidada, et enne ovulatsiooni tarvitatuna on SOS-pillid efektiivsemad kui pärast ovulatsiooni tarvitatuna, mistõttu raseduse võimalus on menstruaaltsükli teises pooles tarvitatud SOS-pillide ja seejärel alustatud KHK tarvitamisel veidi suurem.

5. Küsimus: „Kui pärast SOS-pillide kasutamist tekib rasedus, siis kas tuleb rasedus katkestada?“

Ei. Kui patsient soovib rasedust edasi kanda, siis pole SOS-pillide kasutamise tõttu vajadust rasedust katkestada, kuna pole täheldatud mingeid kahjulikke toimeid rasedusele või lootele.

Kasutatud kirjandus

1. Von Herzen et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. Lancet 2002;360:1803–10.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Emergency contraception guidance. Clinical Effectiveness Unit. August 2011. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidanceEmergencyContraception11.pdf>.
3. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
4. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.

Sterilisatsioon

MEELESPEA:

- Sterilisatsioon on taaspöördumatu RVM.
- Sterilisatsioon mõjutab viljakust, kuid mitte seksuaalfunktsiooni.
- Riskid on seotud sterilisatsiooni protseduuriga ja on meeste sterilisatsiooni puhul väiksemad.

Steriliseerimist saab teostada nii naistel kui meestel. Mõlemal juhul on see **väga efektiivne** meetod (Pearli indeks vastavalt 0,5 ja 0,1). **Toimemehhanism** põhineb viljastumise ärahoidmisel, kus munajuhade või *vas deferensi* läbitavus mehhaaniliselt katkestatakse.

Hüved ja riskid

Peamine hüve on kõrge ja püsiv rasestumisvastane efektiivsus ja kõrvaltoimete puudumine. Riskid on seotud peamiselt kirurgilise protseduuriga ja anesteesiaga. Väga harva esineb steriliseeritud patsientidel rasedusi (naistel 1:200le ja meestel 1:1000-2000le), kuna võib tekkida mittetäielik juhade rekanaliseerumine. Naiste steriliseerimisjärgselt tekkinud raseduste korral on suurem risk, et rasedus tekib emakaväliselt.

Sterilisatsioon on eelistatud:

- vanemate naiste ja meeste puhul, kel planeeritud lapsed olemas
- naistele ja meestele vastava soovi korral

Vastunäidustused

Aboluutsed vastunäidustused puuduvad. Peamine vastunäidustus on, kui naine või mees ei soovi sterilisatsiooni. Psühhiaatriliste haiguste ja eriti vaimse alaarengu korral tuleb veenduda, et inimese tahe on kaalutud ja vabatahtlik. Kui selles osas on kahtlusi, tuleb protseduuri otsustamine anda kohtule. Ülejäänud vastunäidustused on peamiselt sellised, mille korral tuleb operatsioon edasi lükata (nt ebaselge põhjusega verejooks genitaalidest, ebaselge tuumor munandis, kõik suguteede põletikud, ägedad haigused erinevates organites, ägedad arteriaalse või venoosse süsteemi haigused jne).

Steriliseerimine peab olema rangelt vabatahtlik. Seetõttu, kuid ka muudel põhjustel, reguleeritakse seda enamasti seadustega. Eestis on kehtiv "Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus" (<https://www.riigiteataja.ee/akt/925400>), mille kohaselt võib täisealist teovõimelist isikut steriliseerida, kui esineb vähemalt üks järgmistest tingimustest:

1. isikul on vähemalt kolm last;
2. isik on vanem kui 35-aastane;
3. rasedus ohustab naise tervist;
4. muud rasestumisvastased vahendid on vastunäidustatud;
5. isikul on oht saada raske vaimse või kehalise tervisekahjustusega laps;
6. isiku haigus või tervisega seotud probleem takistab lapse kasvatamist.

Kõrvaltoimed

Kasutamise kõrvaltoimed puuduvad. Võimalikud on operatsiooniga seotud kõrvaltoimed: hematoomid, põletik ja meeste sterilisatsiooni puhul sperma granuloom, mis tekib siis, kui spermatooside sattub *vas deferens*i läbilõikamisel ümbritsevasse koesse. Meestel võib esineda ka kroonilist testikulaarset valu (0,9-5,2%).

Nõustamine

Sterilisatsiooni sooviva patsiendiga tuleb läbi arutada ka kõik teised taaspöörduvad rasestumisvastased meetodid. Kuu aega enne steriliseerimise protseduuri läbiviimist peab inimene andma on kirjaliku nõusoleku steriliseerimiseks. Otsus peab olema igakülgset läbimõeldud ja patsienti tuleb nõustada, et protseduur on taaspöördumatu ja seetõttu ei ole võimalust ka tulevikus enam laste saamiseks. Meeste sterilisatsiooni rasestumisvastane efekt saabub umbes kolme kuu pärast (azoospermia tuleb sedastada), mistõttu tuleb kasutada sel ajal muid RVMd.

Protseduur

Naise sterilisatsiooni võib teha mistahes menstruaaltsükli päeval, keisrilõike ajal ja 4–6 nädalat pärast vaginaalset sünnitust. Enne seda peab veenduma, et patsient ei ole juba rase; enne protseduuri tuleb kasutada efektiivset RVMt. Munajuhade sulgemine toimub üldanesteesias laparaskoopilise protseduuri käigus; munajuhad lõigatakse läbi mehhaniliselt või diatermokoagulatsiooni teel. vt

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/presentations/100044_1.htm

Võimalik on munajuhadele asetada ka erinevaid kunstlikke sulgureid. Mõnel pool maailmas on alates 2000-ndate algusest hakatud kasutama ka uudset meetodit, mida nimetatakse *Essure*®. See on kaks polüestrist ja metallist spetsiaalset vahendit, mis asetatakse emaka kaudu (ambulatoorselt hüsteroskoobiga) munajuhadesse. Mõne aja möödudes (umbes 3 kuud), moodustub armkude, mis sulgeb munajuhad. Peamine eelis on kirurgilise protseduuri ja anesteesia puudumine. Eestis ei ole protseduur kättesaadav. Vt: <http://www.essure.com/>

Mehe sterilisatsiooni (vasektoomia) puhul piisab lokaalanesteesiast ja väikse ava kaudu munandi pinnal suletakse *vas deferens*. vt:

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/presentations/100106_1.htm

Korduma kippuvad küsimused

Siit leiate küsimused, mida patsiendid sagedamini esitavad või mis ei leidnud käsitlust eelnevates peatükkides.

1. Küsimus: "Kas on võimalik, et kui elu muutub ja siiski tuleb soov saada peale steriliseerimist lapsi, kas on võimalik ka munajuhade läbitavus taastada?"

Osa steriliseeritud patsientidest pöördub tagasi sooviga viljakus taastada ka peale väga läbimõeldud otsust ja nõustamist. Munajuhade rekanaliseerivaid operatsioone on kasutatud peamiselt neil viljatutel patsientidel, kelle munajuhad on läbimatud ja valitud patsientidel on see parandanud kunstliku viljastamise protseduuride tulemuslikkust. Peale sterilisatsiooni teostatud rekanaliseerivate operatsioonide kohta on andmeid vähe ja sageli on uuringusse valitud vaid need, kelle puhul see võiks õnnestuda suurema tõenäosusega ning välja jäetud suur osa, kellel see suurema tõenäosusega ei õnnestuks. Rekanaliseerivad operatsioonid on tehniliselt keerukad ja mitte eriti tulemuslikud. Rekanaliseeriva operatsiooni õnnestumine on palju seotud patsiendi vanusega ja ajaga, mis steriliseerimise operatsioonist möödunud, samuti kasutatud operatsioonitehnikaga ja järelejäänud munajuha pikkusega. Erinevatel andmetel on õnnestumine 30–90%. Samuti on teada, et 10% rekanaliseeriva operatsiooni järgselt tekkinud rasedustest on emakavälised.

Rekanaliseerivaid operatsioone saab teha ka meestel, tulemused on sarnased.

2. Küsimus: " Kas vasektoomia võib põhjustada eesnäärme- või munandihaigusi?"

Kuigi varasemalt on olnud mõned uuringuid, mis on näidanud seost eesnäärme vähi ja vasektoomia vahel, ei ole see hiljem tõendust leidnud. Vasektoomia ei mõjuta ka muid eesnäärme- ega munandi haigusi. Samuti ei erine vasektomeeritud patsientide pöördumised haiguste tõttu muudes organsüsteemides (kaasa arvatud kuse-suguorganid) võrreldes ülejäänutega.

Kasutatud kirjandus

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Male and female sterilisation. Evidence-based Clinical Guideline 2004;4: 114. Kättesaadav: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/male-and-female-sterilisation>
2. Andrews G. Studd J. Women's sexual health. Third edition, Edinburgh: Elsevier 2005
3. Penney G, Brechin S, Glasier A. Family planning masterclass:evidence-based answers to 1000 questions. Glasgow: RCOG Press 2006.

MEELESPEA:

- Väheefektiivsed meetodeid ei tohi soovitada, kui rasedus on kindlasti soovimatu.
- Väheefektiivseid meetodeid ei tohi soovitada, kui soovimatu rasedus halvendab olemasoleva haiguse kulgu.
- Väheefektiivsed meetodid on paremad kui mitte midagi juhul, kui muude meetodite hankimine on keeruline või esinevad absoluutsed vastunäidustused.

Spermitsiidid

MEELESPEA:

- Spermitsiidid on ühed väheefektiivsematest meetoditest soovimatu raseduse ärahoidmisel.
- Spermitsiidid pannakse tuppe vahetult enne seksuaalvahekorda.

Koostis ja toimemehhanism

Spermitsiidid on keemilised ained, mis hävitavad seemnerakke. Spermitsiidsetest ainetest kasutatakse peamiselt nonoksünool-9 ja bensalkooniumkloriidi sisaldavaid preparaate. Spermitsiide müüakse käsimüügis (internetis) tuppeasetatavate tablettide, küünalde, vahu, kile, käsna või kreemi kujul. Neis ravimvormides olevad baasained aitavad nende efektiivsust tõsta sellega, et moodustavad osalise barjääri seemnerakkudele. Spermitsiid asetatakse tuppe, võimalikult emakakaela lähedale enne seksuaalvahekorda. Selle asetamise aeg, et toime oleks maksimaalne, on erinev (seda peab lugema iga toote pakendi infolehel).

Spermitsiide soovitatakse peamiselt kasutada koos seksuaalvahekorra ajaks tuppe asetatava pessaariga (*ingl k cervical cap*) või diafragmaga (*ingl k diaphragm*). Eestis neid ei turustata ja puudub ka traditsioon neid kasutada. Seetõttu neid käesolevas õppematerjalis ei käsitleta. Kondoomi koos spermitsiididega kasutada ei soovitata, ehkki mõni aeg tagasi isegi toodeti kondome, mis olid libestatud spermitsiidiga. Selliste kondoomide kasutamisel ei vähenenud soovimatute raseduse esinemissagedus, kuid tõusis kõrvaltoimete esinemissagedus (tupe limaskesta ärritusnähud).

Hüved ja riskid

Spermitsiidid on kättesaadavad, nad ei vaja arsti külastust ega arstlikku jälgimist, sest neil puuduvad olulised terviseriskid. See on naise poolt hästi kontrollitud RVM. Teatud ravimvormide korral võib suureneda lubrikatsiooni suurendav niisutav efekt, ehkki viimane võib olla ka negatiivne, põhjustades liigset voolust. Peamine risk on vähene kontratseptiivne efektiivsus. Kuna spermitsiidid on seksuaalvahekorra ajal sõltuvad, tuleb lisaks kindlalt jälgida ka nende toimeaega. Lisaks on leitud, et sagedased vahekorrad spermitsiide kasutades (4 ja enam ööpäevas) võivad tekitada limaskesta mikrotraumasid ja seetõttu suurendada HIVi transmissiooni.

Teatud juhtudel võib spermitsiide kasutada ka ainsa meetodina.

Spermitsiidid sobivad naistele, kelle viljakus on madal:

- vanuse tõttu üle 45-aastastele, kelle menstruatsioonitsükkel ei ole enam regulaarne ja lisaks esinevad üleminekueale omased (vasomotoorsed) sümptomid või üle 50-aastastele, kellel on ebaregulaarsed menstruatsioonid, kuid kes ei ole veel menopausis (menstruatsioonid ei ole puudunud aasta).
- rinnapiimaga toitmise ajal 6 kuud peale sünnitust, mis ei vasta täieliku või osalise rinnapiimaga toitmise kriteeriumile, kuid menstruatsioonid puuduvad.

Spermitsiide võib soovitada neile, kes igal juhul keelduvad efektiivsetest meetoditest ja kasutavad katkestatud suguühet või kalendermeetodit.

Spermitsiidid on paremad kui mitte midagi, eriti juhul, kui muude meetodite hankimine on keeruline.

Spermitsiidide peamine **kõrvaltoime** on lokaalsed ärritusnähud ja allergilised reaktsioonid

tupes või peenisel, mis on ka kasutamise **vastunäidustus**. Lisaks ei tohiks spremitsiide soovitada juhtudel, mil soovimatu rasedus halvendab olemasoleva haiguse kulgu.

Koostoimed ravimitega puuduvad.

Spermitsiidide **kasutamisel** on kõige olulisem jälgida toimeaega. Kui see on ületatud, tuleb kasutada uut annust. Mõnel meetodil on toime saavutamiseks vaja lisaaega ja seetõttu tuleb vahekorra alustamisega oodata.

Efektiivsus: vähene

Viljakuse taastumine: kohene

Kaiste STLI eest: puudub, võivad tõsta HIV-sse nakatumise riski

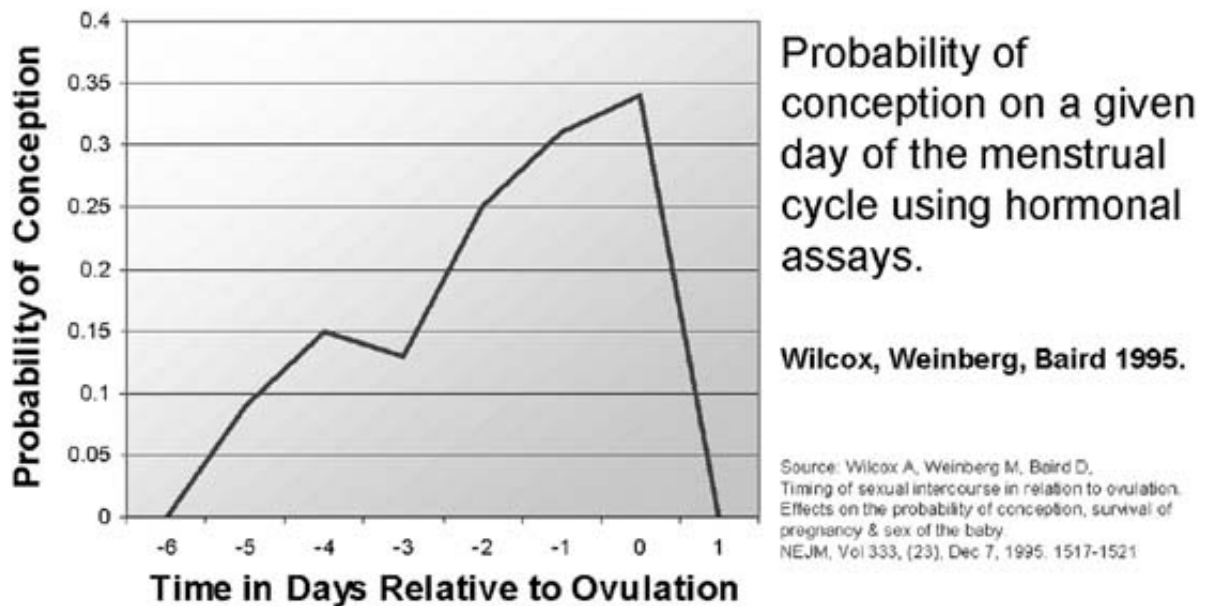
Muud meetodid, mis põhinevad viljaka perioodi arvestamisel (ingl k *fertility awareness*, FM).

MEELESPEA:

- Ka väga regulaarse menstruatsioonitsükliga naistel võib ovulatsioon olla aeg-ajalt ebatüüpilisel ajal.
- Kui patsient keeldub kõigist muudest meetoditest, siis tuleb talle tutvustada FM meetodeid.

Meetodite puhul, mis põhinevad viljaka perioodi arvestamisel, tehakse kindlaks päevad, mil rasestumine on võimalik. Pikka aega oli FM ainukeseks meetodiks, mis soovimatut rasedust vältida aitas, kuid ka see sai võimalikuks alles siis, kui avastati ovulatsioon ja paranesid teadmised füsioloogiast. Tänapäeval kasutavad FM meetodeid peamiselt inimesed, kes teevad seda usulistel või muudel põhjustel. Kuid võib olla, et FM kasutavad ajutiselt ka need paarid, kes teatud põhjustel muid meetodeid kasutada ei saa.

FM meetodite kasutamine eeldab häid teadmisi füsioloogiast. Munaraku eluiga on maksimaalselt 24 tundi, seemnerakul isegi kuni 7 päeva. Rasestumist peetakse võimalikuks umbes nädala jooksul: 6 päeva enne ovulatsiooni ja 1 päev peale seda.



Joonis. Hormoonuuringutel sedastatud fertiilse perioodi pikkus (oletetav ovulatsiooni aeg päevades) ja võimalik viljastumine. Copyright © Dr Cecilia Pyper and Jane Knight 2003 in collaboration with Fertility UK.

FM põhineb ovulatsiooni päeva ennustamisel ja viljaka perioodi pikkuse arvutamisel. See on lihtsam, kui menstruatsioonitsükkel on regulaarne. Kuna ovulatsioon on tavaliselt 14 ± 2 päeva enne järgmist menstruatsiooni (luteaalfaasi pikkus), siis tuleb arvutada 12–16 päeva luteaalfaasile pluss 5–7 päeva seemnerakkude elueale. St 28-päevase tsükli korral, kõige ettevaatlikuma arvutuse juures, jääb viljaka faasi algus 6. päevale peale menstruatsiooni algust ja viljaka faasi viimane päev on 12 päeva enne järgmise menstruatsiooni algust. Kui menstruatsioonitsükkel ei ole regulaarne, siis tuleb teada oma lühema ja pikima menstruatsioonitsükli kestvust vähemalt viimase poole aasta jooksul. Viljaka perioodi esimene päev on lühima tsükli pikkus miinus 20 ja viljaka perioodi viimane päev pikima tsükli pikkus miinus 10. Kui tsükli pikkus on 21–25 päeva, siis viljaka perioodi esimene päev on $21 - 20 = 1$, st menstruatsioonitsükli esimene päev ja viimane $25 - 10 = 15$, st menstruatsioonitsükli 15. päev. Lisaks võib ovulatsioon isegi väga regulaarse tsükli korral olla ebatüüpilisel ajal. Sellist viljaka perioodi arvutamist nimetatakse **kalendermeetodiks**.

Naised, kelle menstruatsioonitsükli pikkus on 26–32 päeva, võivad kasutada **standardpäevade meetodit**, mis on välja arvutatud uuringute põhjal.¹ Sellisel juhul algab fertiilne periood 8.ndal ja lõppeb 19.ndal tsükli päeval. Kuigi seda kasutatades rasestub 12% naisest, on see tõhusam kontratseptsiooni mittekasutamisest.

FM tõhustamiseks kasutatakse mitmeid lisameetodeid, mida omavahel kombineeritakse.

Füsioloogilised: mõned naised võivad tunda ovulatoorset valu, mis tekib 24–48 tundi enne ovulatsiooni. Võib esineda ka veritsust ja luteaalfaasile iseloomulikke tunnuseid, nt PMS või nahamuutused. Neid muutusi võidakse arvestada koos kalendermeetodiga või kliiniliste meetoditega.

Kliinilised: *basaaltemperatuuri mõõtmine* põhineb teadmisel, et luteaalfaasis tõuseb, progesterooni toimetel kehatemperatuur. Selleks tuleb igal hommikul alates menstruatsiooni esimesest päevast enne voodist üles tõusmist (ei tohi juua, süüa, suitsetada!) asetada rektumisse kraadiklaas ja pidada päevikut. Kui basaaltemperatuur on kolmel järjestikul päeval olnud 0,2 kraadi kõrgem kui kuuel eelneval päeval, siis on viljakas periood lõppenud.

Peale selle on kliinilisi meetodeid, mis jälgivad *muutusi emakakaela sekreedis ja emakakaela elastsuses*. Muutused on põhjustatud östrogeenide ja progesterooni erinevast toimest emakakaela sekreedile ja elastusele follikulaar- ja luteaalfaasis. Regulaarselt võetakse spaatliga emakakaela sekreeti, mis östrogeenide toimetel rohkeneb, muutub läbipaistvaks ja venivaks. See meetod nõuab harjutamist, samuti nagu emakakaela regulaarne palpatsioon, mis viljakas perioodis on palpeerides tupes kõrgemal ja konsistentsilt pehmem.

Biokeemilised: määratakse mõnda suguhormooni või selle metaboliiti uriinis või süljes. PERSONA (*unipath personal contraceptive system*) on seade, millega saab mõõta östrogeeni metaboliidi (E-3-G) ja LH sisaldust uriinis vastavate testribade abil. Saab tellida internetist.

Biofüüsilised: seriaalne ultraheliuuring võimaldab tuvastada ovulatsiooni.

FM meetodite eelis on see, nad ei põhjusta mingeid kõrvaltoimeid. Nende kasutamine eeldab väga head koostööd partnerite vahel.

Efektiivsus: madal

Kaitse STLI eest: puudub

FM meetodite kohta usaldusväärne materjal: http://www.glowm.com/index.html?p=glowm.cml/section_view&articleid=383&recordset=Search%20results&value=#r40

Kasutatud kirjandus

1. World Health Organization: A Prospective Multi-centre Trial of the Ovulation Method of Natural Family Planning: II The Effectiveness phase. *Fertil Steril* 36:591-594, 1981
2. Guillebaud J. Contraception – your questions answered. 5th edition. Elsevier, 2009.
3. Guillebaud J. Contraception today. 6th edition. Informa Healthcare, 2007.