

ANTYKONCEPCJA U ZAWODNICZEK

CONTRACEPTION IN SPORTSWOMEN

Bożena Jawień

Zakład Pedagogiki i Wychowania Zdrowotnego, AWF, Kraków

Streszczenie

Aktywne seksualnie zawodniczki wymagają zabezpieczenia przed ciążą. Niektóre metody nie są dla nich wskazane ze względu na małą skuteczność, skutki uboczne lub nieodwracalność. Dwuskładnikowe tabletki antykoncepcyjne są obecnie w najpowszechniejszym użyciu, ale ich skutki są kontrowersyjne i podlegają obecnie ścisłej obserwacji. Optymalne zabezpieczenie powinno uwzględniać indywidualne potrzeby.

Słowa kluczowe: antykoncepcja, DTA, cykl miesięczkowy, sport, WADA

Abstract

Sexually active female athletes require birth control. Some methods are not suitable for them due to low efficiency, side effects or irreversibility. Combined pills are preferred nowadays, but their side effects are disputable and researched. The best contraception should suite individual needs.

Key words: contraception, OCP, menstrual cycle, sports, WADA

Wstęp

Aktywne seksualnie zawodniczki wymagają zabezpieczenia przed ciążą tak jak i inne kobiety planujące swoją karierę, jednak muszą zwracać szczególną uwagę na skutki uboczne stosowanych metod antykoncepcyjnych, w tym ich potencjalnie dyskwalifikujący wpływ na wyniki testów antydopingowych.

Materiał i metody

Dokonano przeglądu literatury

Wyniki

Zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) (1), do oceny metod antykoncepcyjnych stosuje się następujące kryteria medyczne: skuteczność, odwracalność, bezpieczeństwo, akceptacja, inne korzyści.

Skuteczność mierzy się wskaźnikiem Pearl'a (2), określającym odsetek kobiet zachodzących w ciążę pomimo stosowania danej metody w ciągu roku. Im wyższy wskaźnik Pearl'a, tym wyższa zawodność metody. Dla metod podatnych na błąd ludzki określa się dwa wskaźniki Pearl'a: przy typowym używaniu i przy używaniu perfekcyjnym. Przy braku zabezpieczeń wskaźnik Pearl'a wynosi 85%, co oznacza, że po roku współżycia bez zabezpieczenia tylko 15 % kobiet pozostaje niezapłodnionymi.

Odwracalność oznacza szansę na powrót zdolności reprodukcyjnych po odstawieniu metody.

Dla określenia bezpieczeństwa szacujemy możliwe lub udokumentowane ryzyko wystąpienia powikłań i skutków ubocznych, analizując również indywidualne cechy użytkowniczki.

Akceptacja zależy od indywidualnych oczekiwań i potrzeb użytkowniczki i jej partnera, pozostaje ich autonomiczną decyzją, jakkolwiek kompetentna porada może mieć wpływ na urealnienie oczekiwań.

Inne korzyści stosowanych metod zostaną omówione poniżej, przy poszczególnych metodach.

Ponieważ ważne kryterium – niska zawodność – niekiedy cechuje metody wykluczone u zawodniczek, zatem pogrupowano je kierując się ich przydatnością z pominięciem tego kryterium.

Bez wpływu na wydolność fizyczną i gotowość startową pozostają: używanie środków mechanicznych (prezerwatyw) oraz stosunek przerywany. Używanie prezerwatyw skutkuje zawodnością od 3 do 10%, jest całkowicie odwracalne, w pełni bezpieczne i powszechnie akceptowane (1). Dodatkową korzyścią jest ochrona przed chorobami przenoszonymi drogą płciową. Stosunek przerywany w ogóle nie jest wymieniony w Rekomendacjach PTG jako metoda antykoncepcji. Jego zawodność sięga 19% przy typowym używaniu, a 4% przy perfekcyjnym (2), co wynika z występowania żywych plemników w płynie przed ejakulacyjnym, którego wydzielania się mężczyzna nie kontroluje i może nie być w ogóle świadomy. Odwracalność tej metody jest całkowita,

bezpieczeństwo pełne, a akceptacja zróżnicowana. Nie daje dodatkowych korzyści zdrowotnych.

Zawodniczki pozostające w dojrzałych, stabilnych związkach i prowadzące spokojny tryb życia mogą stosować metody okresowej abstynencji. Cechują się one zawodnością ok. 20% przy typowym używaniu, a przy stosowaniu perfekcyjnym od 9% dla metody kalendarzowej do 1% dla współżycia podejmowanego wyłącznie w fazie lutealnej, to znaczy w okresie pomiędzy zakończoną fazą płodną a miesiączką (2). Ich odwracalność jest całkowita, bezpieczeństwo pełne (1), jednak stosowanie ich wymaga wnikliwego skupiania się na objawach płodności i wyklucza spontaniczność współżycia. Zawodniczkom, podporządkowującym swoje życie terminarzowi treningów i startów, trudno jest sprostać takim dodatkowym wymaganiom. Ponadto w przeciągających się okresach intensywnego treningu faza lutealna skraca się, aby z ustaniem owulacji zaniknąć zupełnie; wówczas, logicznie, powinno również zaniknąć współżycie. Z tych powodów akceptacja metod okresowej abstynencji jest zróżnicowana. Nie dają dodatkowych korzyści zdrowotnych.

Większość współczesnych zawodniczek stosuje antykoncepcję hormonalną (3) pod postacią dwuskładnikowych tabletek antykoncepcyjnych (DTA). Jest to obecnie najbardziej rozwojowa dziedzina antykoncepcji. Zawodność DTA jest niska, przy bezbłędnym stosowaniu spada do 0,1% (2), odwracalność pełna, bezpieczeństwo dla ogólnej populacji wysokie, akceptacja duża, inne korzyści duże (1). Żaden składnik DTA spośród obecnie dopuszczonych do obrotu na rynku polskim nie znajduje się na liście substancji zabronionych Światowej Agencji Antydopingowej (World Antidoping Agency – WADA). Dotyczy to zarówno estrogenów (jedyne przedstawiciel: etinyloestradiol), jak i licznej grupy gestagenów. Wśród gestagenów właśnie notuje się najszybszy postęp w poszukiwaniach hormonu o wysokiej skuteczności, a jednocześnie bezpiecznego i dającego korzyści dodatkowe. Dla bieżącego wyniku sportowego szczególnie ważną korzyścią jest zmniejszanie objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego, występującego w cyklach naturalnych i przy stosowaniu gestagenów starszej generacji, w tym unikanie przyrostu masy ciała oraz retencji sodu i płynów (4). Wszystkie jednofazowe DTA mogą być stosowane w cyklach przedłużonych nawet do kilku miesięcy (5), czego efektem są korzyści ze zmniejszenia strat żelaza, równoważące stwierdzone w niektórych badaniach obniżenie VO_{2max} (3); korzyścią jest wówczas również możliwość unikania miesiączki w czasie ważnych zawodów. Przyjmowanie DTA przez zawodniczki, które przestały miesiączkować z powodu wychudzenia lub zbyt intensywnego treningu, chroni je przed osteoporozą i złamaniami (6,7). Poza zachęcającymi

doniesieniami pojawiają się jednak obserwacje o przeciwnym wydzźwięku lub też zalecające daleko idącą ostrożność w stosowaniu DTA zwłaszcza u bardzo młodych kobiet (8,9).

Preparaty jednoskładnikowe, zawierające same gestageny (mini-pills, iniekcje) są skuteczne (wskaźnik Pearl'a 0,3-0,5%) (2), ale dla zawodniczek niekorzystnie, ponieważ powodują zatrzymanie wody, nieprzewidywalne krwawienia i stan hipoestrogenizmu (10).

Środki plemnikobójcze są wysoce zawodne (wskaźnik Pearl'a 6-26%) (1) i niewskazane dla zawodniczek z powodu ich działania drażniącego miejscowo (10).

Wkładki wewnątrzmaciczne pomimo niskiej zawodności (0,6-0,8) (1) nie mogą być używane przez zawodniczki, zwłaszcza bezdzietne, ponieważ jeszcze częściej niż u pozostałych kobiet wywołują nadmierne krwawienia i zapalenia przydatków (10).

Sterylizacja (uniedrożnienie jajowodów) jest metodą nieodwracalną i jako taka nie może mieć szerokiego zastosowania u młodych kobiet.

Antykoncepcja po stosunku (doraźna) może być stosowana do 72 godzin od niezabezpieczonego kontaktu ze spermą. Zawiera gestagen w wysokiej dawce, o działaniu antyowulacyjnym lub antynidacyjnym w zależności od fazy cyklu miesięczkowego. Pomimo niskiej zawodności (1-3%) (2) nie może być polecana zawodniczkom do rutynowego stosowania z powodu wywoływania nudności, krwawień i zatrzymania wody.

Wnioski

Nie istnieje jedna najlepsza dla wszystkich zawodniczek metoda antykoncepcyjna. Jakkolwiek obecnie w najpowszechniejszym użyciu są dwuskładnikowe tabletki antykoncepcyjne, to ich wpływy bieżące i odległe na fizjologię i wydolność kobiet są kontrowersyjne i podlegają obecnie ścisłej obserwacji. Optymalne zabezpieczenie powinno uwzględniać indywidualne potrzeby.

Piśmiennictwo

1. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie antykoncepcji. *Gin Prakt* 2003; 11(6): 3-5.
2. Hatcher RA, Contraceptive Technology. New York, NY: Irvington Publishers, 1998.
3. Bennel K, White S, Crossley K. The oral contraceptive pill: a revolution for sportswomen? *Br J Sports Med* 1999; 33(4): 231-8.
4. Taneepanichskul S, Jaisamrarn U, Phupong V. Efficacy of Yasmin in premenstrual symptoms. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 18: [w druku].
5. Nelson AL. Extended-cycle oral contraception: a new option for routine use. *Treat Endocrinol* 2005; 4(3): 139-45.
6. Burrows M, Bird S. The Physiology of the highly trained female endurance runner. *Sports Med* 2000; 30(4): 281-300.
7. Rickenlund A. i wsp. Effects of oral contraceptives on body composition and physical performance in female athletes. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89(9): 4364-70.

8. Frankovich RJ, Lebrun CM. Menstrual cycle, contraception and performance. *Clin Sports Med* 2000; 19(2): 251-71.
9. Constantini NW, Dubnov G, Lebrun CM. The menstrual cycle and sport performance. *Clin Sports Med* 2005; 24(2):e51-82, xiii-xiv.
10. Griffith HW. Complete Guide to Sports Injuries. Putnam Publishing Group, 2004.

Otrzymano: 1 marzec 2007

Zaakceptowano: 20 marzec 2007

Adres do korespondencji:

Bożena Jawień

Zakład Pedagogiki i Wychowania Zdrowotnego

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków

tel.: 0501 420 180

e-mail: wpjawien@cyf-kr.edu.pl