

Stosowanie tabletek antykoncepcyjnych u nastolatek

Strategie uwzględniające zastrzeżenia i zachęcające do komunikacji

LISA K. PERRIERA, MD, MPH, MARJORJE GREENFIELD, MD

Jeśli doustne tabletki antykoncepcyjne wydają się najlepszym rozwiązaniem dla twojej nastoletniej pacjentki z obfitymi/bolesnymi miesiączkami, ale jej rodzice się sprzeciwiają, techniki motywacyjne oraz alternatywne metody leczenia mogą pomóc załagodzić sytuację.

Pediatra kieruje do ciebie 14-letnią pacjentkę, AW, cierpiącą z powodu bardzo bolesnych i obfitych krwawień miesiączkowych. Miesiączki występują co 28-35 dni, są bolesne od ukończenia 13 roku życia, około roku po pojawieniu się pierwszej miesiączki. Dolegliwości bólowe rozpoczynają się z początkiem krwawienia, towarzyszą im wymioty i biegunka i są bardzo nasilone przez pierwsze dwa dni cyklu. W tym czasie musi zmieniać podpaski co 2-3 godziny. Czasami bierze ibuprofen przeciwbólowo, ale on działa w sposób niesatysfakcjonujący. Nie jest w stanie wstać z łóżka i co miesiąc przez 1-2 dni opuszcza zajęcia szkolne.

W prywatnej rozmowie AW twierdzi, że nie jest aktywna seksualnie. Jest w stanie ogólnym dobrym, tętno wynosi 95 na minutę, ciśnienie tętnicze krwi 94/60 mm Hg, a liczba oddechów 18 na minutę. Wydaje się zdrową 14-letnią dziewczynką. Badanie przedmiotowe również jest prawidłowe. Wynik testu ciążowego wykonanego z moczu jest ujemny. Stężenie hemoglobiny wynosi 9,2 mg/dl. W badaniu USG wykonanym przez kierującego pediatrę stwierdzono prawidłowe jajniki i macicę. Matka AW

stwierdza, że pediatra chciał włączyć doustne tabletki antykoncepcyjne, ale ona i jej mąż nie akceptują podawania tabletek antykoncepcyjnych nastolatkom, więc odmówili. Przychodzą do ciebie, aby uzyskać drugą opinię.

Wszyscy mieliśmy do czynienia z następującym scenariuszem: nastolatka z zaburzeniami miesiączkowania, która odniosłaby korzyści ze stosowania tabletek antykoncepcyjnych, czemu sprzeciwiają się rodzice.

Najczęściej przepisywaną i najskuteczniejszą metodą leczenia większości zaburzeń miesiączkowania jest złożona antykoncepcja hormonalna. Antykoncepcja hormonalna skutecznie reguluje cykl miesiączkowy, zmniejsza nasilenie obfitych krwawień miesiączkowych i dolegliwości bólowych, ale ponieważ jest sprzedawana jako środek zapobiegający zajściu w ciążę, co jest związane z aktywnością seksualną, wielu rodziców sprzeciwia się podawaniu ich dorastającym córkom.

Pomoc nastolatkom z zaburzeniami miesiączkowania byłaby znacznie łatwiejsza, gdyby leki nazywano tabletkami regulującymi cykl, zmniejszającymi bóle miesiączkowe lub zapobiegającymi trądzikowi, zamiast tabletkami antykoncepcyjnymi, ponieważ zbyt często, chociaż jest to najlepsza metoda leczenia zaburzeń miesiączkowania i trądziku, rodzice nie chcą pozwolić, aby ich córki je przyjmowały, ponieważ jest to jedna z metod antykoncepcji.

W tym artykule omawiamy metody skutecznych negocjacji z rodzicami, którzy opornie wyrażają zgodę na przyjmowanie przez ich córki złożonych tabletek antykoncepcyjnych oraz dokonujemy przeglądu dostępnych metod alternatywnych.

Dr Perriera, assistant professor, obstetrics and gynecology, Case Western Reserve University School of Medicine, staff in general obstetrics and gynecology, MacDonald Womens Hospital, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, Ohio.

Dr Greenfield, professor, obstetrics and gynecology and pediatrics, Case Western Reserve University School of Medicine, division director, General Obstetrics and Gynecology, MacDonald Womens Hospital, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland.

Żadna z autorek nie zgłasza konfliktu interesów w związku z treścią tego artykułu.

Złożone hormonalne środki antykoncepcyjne w leczeniu zaburzeń miesiączkowania

Złożone hormonalne środki antykoncepcyjne stanowią lek pierwszego wyboru w przypadku poważnych zaburzeń miesiączkowania u pacjentek, które chcą stosować antykoncepcję. U kobiet, które nie są aktywne seksualnie, złożone hormonalne środki antykoncepcyjne stanowią najskuteczniejszą metodę leczenia zaburzeń miesiączkowania, zwłaszcza przy braku odpowiedzi na leczenie niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ) stosowanymi we właściwych dawkach. Około 14% miesiączkujących nastolatek opuszcza zajęcia szkolne z powodu bolesnych miesiączek, co powoduje, że dolegliwości związane z miesiączką są podstawową przyczyną nieobecności w szkole.¹

Doustne tabletki antykoncepcyjne zmniejszają nasilenie bólów miesiączkowych u 70-80% stosujących je kobiet.² Ponadto złożone hormonalne środki antykoncepcyjne stosowane w schemacie ciągłym pozwalają uniknąć miesiączek dziewczynkom i kobietom, które wolą taki schemat leczenia, oraz tym, które w trakcie cyklicznego stosowania tabletek antykoncepcyjnych nadal odczuwają dolegliwości bólowe.

Dodatkowo wszystkie formy złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych (tzn. tabletki, plastry i krążki dopochwowe) skutecznie regulują krwawienia miesiączkowe. Wyniki badań pokazują, że złożone doustne tabletki antykoncepcyjne zmniejszają nasilenie krwawień miesiączkowych o 40-50%.³⁻⁵ Amesse i wsp. stwierdzili, że wśród nastolatek z chorobą von Willebranda złożone doustne tabletki antykoncepcyjne zmniejszyły u 86% z nich nasilenie krwawień miesiączkowych.⁶ Na podstawie przeglądu bazy danych Cochrane stwierdzono, że złożone doustne tabletki antykoncepcyjne w porównaniu z placebo zmniejszyły nasilenie trądziku zapalnego i niezapalnego.⁷ Wyniki badań wskazują dodatkowo, że złożone doustne tabletki antykoncepcyjne zmniejszają ryzyko wystąpienia niektórych rodzajów nowotworów. Royal College of General Practitioners stwierdziło, że raki jelita grubego, trzonu macicy i jajnika istotnie rzadziej występowały u kobiet stosujących doustne tabletki antykoncepcyjne w porównaniu z ich niestosującymi, a przyjmowanie złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych nie jest związane ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia jakiegokolwiek nowotworu.⁸

Wydaje się to takie proste. Zapisujemy tabletkę do codziennego stosowania, która najprawdopodobniej nie będzie wywoływała działań niepożądanych, a istotnie może zmniejszyć bóle, nasilenie krwawienia, trądziku, nadmiernego owłosienia oraz inne dolegliwości związane z nieregularnymi cyklami miesiączkowymi. Może także zmniejszyć ryzyko rozwoju raka trzonu macicy i jajnika, a dodatkowo przynosi korzyści związane z zapobieganiem ciąży. Niektórzy rodzice są jednak sceptyczni co do stosowania przez nastolatki antykoncepcji. Mówią: „Nie chcę, aby moja córka brała środki antykoncepcyjne, jest jeszcze za młoda” lub „To może spowodować, że uzna, iż otrzymała pozwolenie

na seks,” lub „Co pomyślą inni rodzice, jeśli dowiedzą się, że moja córka stosuje tabletki antykoncepcyjne?”

Rodzice mogą również obawiać się wystąpienia powikłań związanych ze stosowaniem antykoncepcji hormonalnej.

Co możesz zrobić?

Ważne, aby nie angażować się w walkę z pacjentką ani jej rodziną. Celem jest pomoc rodzinie w wyborze optymalnej metody leczenia dolegliwości u pacjentki. Najlepszą metodą osiągnięcia tego celu jest wysłuchanie wątpliwości, jakie ma pacjentka i jej rodzina w związku z leczeniem, zapewnienie im poczucia, że mają kontrolę nad procesem podejmowania decyzji, dostarczenie dokładnych i obiektywnych informacji na temat możliwości leczenia, wyrażenie szczególnej troski i uwagi oraz wsparcia dla decyzji, którą podjęli. Można to osiągnąć, ćwicząc techniki motywacyjne.^{9,10} W tabeli 1 wymieniono niektóre rady dotyczące stosowania tej techniki.

Rozmowa motywacyjna to „styl konsultacji skierowany bezpośrednio na pacjenta pozwalający uzyskać zmianę postępowania przez pomoc w zbadaniu i pozbyciu się ambiwalentnych odczuć”.¹¹ Rozmowa taka polega bardziej na refleksyjnym wysłuchaniu niż procesie podejmowania decyzji. Pozostawia miejsce dla pacjentki i jej rodziny na wyrażenie własnych obaw, do których następnie z empatią odnosi się lekarz. Lekarz nigdy nie udowadnia błędu ani nie spiera się z pacjentką lub jej rodziną, ale edukuje i podkreśla rozbieżności między przekonaniami a faktami.

Na przykład wielu rodziców obawia się, że tabletki antykoncepcyjne zachęcą czy wręcz udzielą pozwolenia na rozpoczęcie aktywności seksualnej. Pozwala to na wyrażenie empatii. Stwierdzenia, takie jak: „Wielu rodziców czuje, że ich córka pomyśli, iż może uprawiać seks, ponieważ przyjmuje tabletki zapobiegające ciąży” przekonują, że rodzice nie są sami ze swoimi obawami. W dalszej części rozmowy lekarz może wyjaśnić rodzicom, że nie ma żadnych dowodów potwierdzających, że dziewczęta stosujące doustną antykoncepcję ze wskazań medycznych są bardziej skłonne do rozpoczęcia życia seksualnego niż jej niestosujące. Nastolatki często jednak nie planują kontaktów seksualnych, a wiele dorastających dziewcząt odkłada moment wyboru antykoncepcji do rozpoczęcia aktywności seksualnej.¹² Nastolatka aktywna seksualnie, która nie stosuje antykoncepcji, jest narażona na 90% ryzyko zajścia w ciążę w ciągu roku.¹³

Aby dobrze zobrazować problem rodzicom, można się posłużyć analogią i zapytać, czy wymagają od swojej córki, aby zapinała pasy bezpieczeństwa wtedy, gdy jedzie samochodem. Większość rodziców odpowie twierdząco. Następnie zapytaj rodziców: „Czy uważacie, że zapinanie pasów bezpieczeństwa daje przyzwolenie na niebezpieczną jazdę?”. Wytknięcie tych sprzeczności w ich procesie myślowym może pomóc rodzicom zrozumieć, że używanie

TABELA 1

Rady dotyczące stosowania technik motywacyjnych

Rada	Przykład
1. Przekonaj się, że pacjentka i jej rodzic(e) mają poczucie, że są uczestnikami dyskusji i podejmują decyzje	„Czy mogę podać wam pewne informacje dotyczące zakrzepicy żyłnej?”
2. Oceń sytuację i reaguj w zależności od twojej oceny	„Wiem, że jest ci smutno, ponieważ twoja córka opuszcza zajęcia szkolne z powodu bolesnych miesiączek, ale twoje odczucia dotyczące tabletek antykoncepcyjnych powstrzymują cię przed wyborem skutecznej metody leczenia”.
3. Poproś o zgodę na udzielenie rady, które zachowania powinna zmienić	„Czy mogę powiedzieć, co można zrobić, aby złagodzić te trudne dolegliwości miesiączkowe?”
4. Zaproponuj różne możliwości, aby pomóc zmienić zachowania	„Możliwymi opcjami zmniejszającymi dolegliwości związane z miesiączkowaniem są: poduszka elektryczna, podawanie NLPZ przez cały czas trwania miesiączki, rozpoczęcie stosowania doustnej antykoncepcji lub stosowanie wszystkich trzech metod łącznie”.
5. Wyraź empatię w trakcie rozmowy	„Wiem, że masz obawy związane z przyjmowaniem tabletek antykoncepcyjnych przez swoją córkę. Wielu rodziców czuje to samo”.
6. Pomóż pacjentce i jej rodzicom wziąć odpowiedzialność za podejmowane decyzje	„Teraz, kiedy usłyszałaś już o wszystkich możliwościach, nadszedł czas przejęcia kontroli nad tą sytuacją i zdecydowania, jaka metoda leczenia jest dla ciebie najlepsza”.
7. Ustal swoiste cele, aby pomóc pacjentce poczuć się upoważnioną do podjęcia decyzji	„Wybrałaś NLPZ jako metodę leczenia. Spróbujmy stosować je przez dwa miesiące, a następnie przyjdiesz na kolejną wizytę.” Jeśli leczenie zadziała, pacjentka będzie miała poczucie, że dokonała właściwego wyboru. Jeśli nie będzie poprawy, poczuje się upoważniona do wypróbowania czegoś innego.

NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne
Źródło: Miller WR i wsp.^{9,10}

środków antykoncepcyjnych nie jest równoznaczne z przyzwoleniem na aktywność seksualną.

Niezależnie od aury wokół problemu stosowania antykoncepcji przez nastolatki lekarze powinni zachęcać rodziców do otwartej komunikacji z córkami na temat wartości i dokonywania wyborów seksualnych. Omówienie tego problemu z rodzicami w obecności pacjentki ułatwia komunikację i pomaga dorastającym dziewczynom lepiej zrozumieć argumenty ich rodziców dotyczące stosowania antykoncepcji.

Obawy związane z bezpieczeństwem stosowania

Wielu rodziców zastanawia się nad bezpieczeństwem stosowania hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Mogli słyszeć o ryzyku wystąpienia zakrzepicy żyłnej (venous thromboembolism, VTE).

Omówienie tych obaw stwarza jednocześnie możliwość edukacji pacjentki i jej rodziny. Empatyczna odpowiedź na te obawy brzmi: „Obawy związane z powstaniem zakrzepu krwi w nogach lub płucach waszej córki wydają się całkiem rozsądne. Czy będzie w porządku, jeśli dostarczę wam pewnych informacji dotyczących rzeczywistego ryzyka powstania zakrzepu krwi w trakcie stosowania ta-

bletek antykoncepcyjnych?”. Poproszenie o zgodę na edukację to ważny element rozmowy motywacyjnej, ponieważ umożliwia pacjentkom zachowanie kontroli oraz aktywne uczestniczenie w rozmowie.

Wytłumaczenie, że VTE występuje rzadko, jest ważne, ponieważ pomaga pacjentce i jej rodzicom rozważyć ryzyko i korzyści hormonalnej antykoncepcji. Ryzyko VTE w populacji ogólnej wynosi 0,8 na 100 000, a wśród stosujących złożone doustne tabletki antykoncepcyjne wynosi 3-4 na 100 000, natomiast wśród ciężarnych 6-12 na 100 000.¹⁴⁻¹⁸ Powinno się pokreślić, że kobiety nie unikają zajścia w ciążę, ponieważ obawiają się rozwoju zakrzepu, a jego ryzyko w rzeczywistości jest w czasie ciąży dwa razy większe niż w trakcie stosowania tabletek antykoncepcyjnych. To często zmienia stosunek do antykoncepcji hormonalnej i stwarza właściwą perspektywę, jeśli chodzi o ocenę ryzyka. Na koniec lekarz powinien przypominać pacjentkom, że VTE występuje rzadko, niezależnie od tego, czy jest związane z ciążą, czy ze stosowaniem tabletek antykoncepcyjnych.

Rodzice mogą się również obawiać, że w wieku dorastania nie jest się wystarczająco dojrzałym fizycznie, aby przyjmować hormony. Aby odsunąć te obawy, lekarze powinni wyjaśnić, że skoro dziewczynka jest wystarczająco dojrzała, aby miesiączkować, doustne środki anty-

TABELA 2

Metody alternatywne dla złożonej antykoncepcji hormonalnej w leczeniu bolesnych miesiączek

Rodzaj terapii	Sposób podawania	Informacje
Ibuprofen	400-800 mg co 6-8 h	Należy przyjmować w trakcie posiłku, dawka maksymalna 2400 mg/24 h
Naproxen	550 mg co 12 h lub 275 mg co 8 h	Należy przyjmować w trakcie posiłku, dawka maksymalna 1100 mg/24 h
Kwas mefenamowy	500 mg, a następnie 250 mg co 6 h	Należy przyjmować w trakcie posiłku, dawka maksymalna 1500 mg/24 h
Ciepło	W razie konieczności przyłożenie do brzucha poduszki elektrycznej	Wykazano, że jest tak samo skuteczne jak 400 mg ibuprofenu 3 razy na dobę
Akupunktura	15 sesji w ciągu 3 miesięcy	Przynosi ulgę na 6 miesięcy

Dane na podstawie Marjoribanks J i wsp.,²⁰ Reid PC i wsp.,²³ Akin MD i wsp.,²⁴ Witt CM i wsp.²⁵

koncepcyjne nie stanowią dla niej większego ryzyka niż dla dorosłej kobiety.

Rola lekarza polega na zapewnieniu, że rodzina będzie miała kontrolę nad wyborem skutecznej i odpowiadającej im metody leczenia. Lekarz musi być naturalny i szczerzy przy podejmowaniu tych wysiłków, nawet wtedy, gdy przypuszcza, że złożona antykoncepcja hormonalna będzie skuteczniejsza niż alternatywne metody leczenia.

Jeśli nastolatka chce rozpocząć stosowanie złożonej antykoncepcji hormonalnej, ale rodzice się sprzeciwiają, wtedy pojawia się kolejne wyzwanie. Chociaż przepisanie antykoncepcji nastolatce bez zgody rodziców jest legalne w większości stanów,¹⁹ nie zawsze jest ono praktyczne w warunkach prywatnego gabinetu, gdzie wyjaśnienia związane z korzyściami i kosztami antykoncepcji wobec ubezpieczyciela mogą naruszyć prywatność i stworzyć barierę dla stosowania antykoncepcji. Zawsze optymalne jest posiadanie zgody nastoletniej pacjentki i jej rodziców.

Alternatywa dla antykoncepcji

Jeśli rodzice wciąż nie są gotowi na zaakceptowanie stosowania złożonej antykoncepcji hormonalnej, lekarze mogą zapisać leki alternatywne i wyznaczyć kolejną wizytę. Doustne NLPZ są doskonałym lekiem na bolesne i obfite miesiączki. W porównaniu z placebo zmniejszają nasilenie dolegliwości bólowych i obfitość miesiączek o 20-50%.²⁰⁻²² Włączenie NLPZ może zmniejszyć nasilenie dolegliwości

Zagadnienia kluczowe

- Bolesne miesiączki są jedną z głównych przyczyn nieobecności w szkole dorastających dziewcząt.
- Doustne tabletki antykoncepcyjne skutecznie zmniejszają bóle miesiączkowe i krwawienie oraz pomagają zmniejszyć nasilenie trądziku na twarzy.
- Rozmowa motywacyjna może spowodować zmianę zachowań, pomagając pacjentce przeanalizować sprawę i pozbyć się ambiwalentnych uczuć.
- Aktywna seksualnie nastolatka, która nie stosuje żadnej metody antykoncepcji, jest narażona na 90% ryzyko zajścia w ciążę w ciągu roku.
- Ryzyko rozwoju zakrzepicy żyłnej u ciężarnej jest dwa razy większe niż u kobiety stosującej doustne tabletki antykoncepcyjne.
- Celem lekarza jest osiągnięcie porozumienia między nastolatką a rodzicem w sprawie przebiegu leczenia.
- NLPZ mogą zmniejszyć nasilenie dolegliwości bólowych i krwawienia miesiączkowego o 20-50%.

do momentu, aż pacjentka lub jej rodzina przyzwyczają się do myśli o stosowaniu antykoncepcji hormonalnej. Często zapisuje się ibuprofen w dawce 600 mg co 6 godzin lub 800 mg co 8 godzin przez 3 pierwsze dni cyklu miesiączkowego, aby zmniejszyć utratę krwi i dolegliwości bólowe. Metody alternatywne leczenia bolesnych miesiączek zostały wymienione w tabeli 2.

Jeśli metody alternatywne są wystarczające, pacjentka i jej rodzina będą mieli poczucie, że ich obawy zostały wysłuchane i wybrali skuteczną metodę leczenia, zgodną z ich przekonaniami dotyczącymi antykoncepcji. Jeśli metoda alternatywna zawodzi, czują, że zyskali upoważnienie do wypróbowania wszystkich innych możliwości, zanim zdecydują się na złożoną antykoncepcję hormonalną. Wraz z upływem czasu, dzięki rozmowie motywacyjnej i doświadczeniu, wielu rodziców przychodzi, aby poznać wartość złożonej antykoncepcji hormonalnej nie tylko w ramach jej możliwości łagodzenia dolegliwości związanych z miesiączką, ale również jej korzystnego działania antykoncepcyjnego.

Przypadek AW rozwiązany

W przypadku AW jej mama była przeciwna przyjmowaniu doustnej antykoncepcji. Ginekolog zapisał ibuprofen w dawce 800 mg co 8 godzin i zaczął podawanie suplementu żelaza. AW wróciła 2 miesiące później i stwierdziła, że poprawa, jeśli chodzi o dolegliwości bólowe w trakcie miesiączki, była minimalna, ale pojawiły się pewne problemy z żołądkiem w trakcie stosowania ibuprofenu. Ciepłe okłady były nieskuteczne i odmówiła zastosowania innych metod.

Oboje rodzice zgłosili się z córką na wizytę i po burzliwej dyskusji oraz dalszym stosowaniu technik motywacyjnych ostatecznie stwierdzili, że chcą, aby córka w leczeniu bolesnych miesiączek spróbowała stosować doustne ta-

bletki antykoncepcyjne. AW również dalej brała ibuprofen w małych dawkach.

Dwa miesiące później AW wróciła do gabinetu i zakomunikowała prawie całkowite ustąpienie bólów związanych z miesiączką. Zarówno AW, jak i jej rodzice odczuwają satysfakcję ze stosowanej obecnie metody leczenia.

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 5, May 2011, p. 40. OC therapy in teens. Strategies to address objections, encourage communication.

PIŚMIENICTWO

- Klein JL, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics*. 1981;68(5):661-664.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin. Noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. Number 110. *Obstet Gynecol*. 2010;115(1):206-218.
- Fraser IS, McCarron G. Randomized trial of 2 hormonal and 2 prostaglandin-inhibiting agents in women with a complaint of menorrhagia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1991;31(1):66-70.
- Larsson G, Milsom I, Lindstedt G, Rybo G. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. *Contraception*. 1992;46(4):327-334.
- Milman N, Clausen J, Byg KE. Iron status in 268 Danish women aged 18-30 years: influence of menstruation, contraceptive method, and iron supplementation. *Ann Hematol*. 1998;77(1-2):13-19.
- Amesse LS, Pfaff-Amesse T, Leonardi R, Uddin D, French JA 2nd. Oral contraceptives and DDAVP nasal spray: patterns of use in managing vWD-associated menorrhagia: a single institution study. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2005;27(7):357-363.
- Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;8(3):CD004425.
- Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ*. 2007;335(7621):651.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, New York: The Guilford Press; 1991.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. New York, New York: The Guilford Press; 2002.
- Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91-111.
- Manning WD, Longmore MA, Giordano PC. The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Fam Plann Perspect*. 2000;32(3):104-110.
- Harlap S, Kost K, Forrest JD. *Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New Look at Birth Control Choices in the United States*. New York, New York: Alan Guttmacher Institute; 1991.
- Kujovich JD. Hormones and pregnancy: thromboembolic risks for women. *Br J Haematol*. 2004;126(4):443-454.
- Vandenbroucke JP, Rosing J, Bloemenkamp KW, Middeldorp S, Helmerhorst FM, Bouma BN, Rosendaal FR. Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. *N Engl J Med*. 2001;344(20):1527-1535.
- Greer IA. Thrombosis in pregnancy: maternal and fetal issues. *Lancet*. 1999;353(9160):1258-1265.
- Vandenbroucke JP, Koster T, Briët E, Reitsma PH, Bertina RM, Rosendaal FR. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet*. 1994;344(8935):1453-1457.
- Macklon NS, Greer IA. Venous thromboembolic disease in obstetrics and gynaecology: the Scottish experience. *Scott Med J*. 1996;41(3):83-86.
- Alan Guttmacher Institute. State policies in brief as of April 1, 2011: Minors' access to contraceptive services. http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_MACS.pdf. Accessed April 14, 2011.
- Marjoribanks J, Proctor M, Farquhar C, Derks RS. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD001751.
- Cameron IT. Dysfunctional uterine bleeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1989;3(2):315-327.
- Roy SN, Bhattacharya S. Benefits and risks of pharmacological agents used for the treatment of menorrhagia. *Drug Saf*. 2004;27(2):75-90.
- Reid PC, Virtanen-Kari S. Randomised comparative trial of the levonorgestrel intrauterine system and mefenamic acid for the treatment of idiopathic menorrhagia: a multiple analysis using total menstrual fluid loss, menstrual blood loss and pictorial blood loss assessment charts. *BJOG*. 2005;112(8):1121-1125.
- Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstet Gynecol*. 2001;97(3):343-349.
- Witt CM, Reinhold T, Brinkhaus B, Roll S, Jena S, Willich SN. Acupuncture in patients with dysmenorrhea: a randomized study on clinical effectiveness and cost-effectiveness in usual care. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:166.e1-166.e8.

KOMENTARZ

Prof. dr hab. n. med. Romuald Dębski
Redaktor naczelny *Ginekologii po Dyplomie*

W Polsce sytuacja jest jeszcze bardziej złożona. Nie powinniśmy zlecać metod antykoncepcyjnych poniżej 16 roku życia, ponieważ w naszym kraju współżycie z tak młodą kobietą jest ustawowo ścigane. Nawet jeżeli zgodę wyrazi matka, to tabletki antykoncepcyjne 14-15-letniej dziewczynce możemy przepisać wyłącznie terapeutycznie i taka adnotacja musi się znaleźć w dokumentacji lekarskiej.

Po drugie, niektóre dziewczęta nieźle reagują na kombinację NPLZ ze środkami rozkurczowymi, ale w relatywnie dużych dawkach. Same środki rozkurczowe na pewno nie są tak skuteczne jak niesteroidowe przeciwzapalne.

Po trzecie, niektóre dziewczęta, te z regularnymi cyklami, nieźle odpowiadają na podanie małych dawek kwasu acetylosalicylowego, rozpoczęte kilka dni przed wystąpieniem

krwawienia. Niestety, w takim schemacie zwiększa się obfitość miesiączek, w przeciwieństwie do podawania typowych, dużych dawek NPLZ w trakcie krwawienia, co zmniejsza nasilenie krwawienia.

Opór matki (rodzica) dotyczący stosowania dwuskładnikowych środków antykoncepcyjnych może być znacznie mniejszy przy rekomendacji stosowania preparatu w schemacie ciągłym. Schemat 21/7 czy 24/4 ma naśladować naturalny rytm miesiączek, tyle że w cyklu nie można zajść w ciążę. Zablokowanie miesiączkowania w schemacie ciągłym dla wielu mam będzie już tylko terapią, a nie sposobem promocji przedwczesnej inicjacji seksualnej.

I ostatnie, przedstawione w artykule zwroty są tłumaczeniem z oryginału angielskiego. Tam każdy dla każdego jest „you”. Co prawda w Polsce do nastolatek również bardzo często zwracamy się *per* „ty”, ale reakcje niektórych dziewcząt, a na pewno jeszcze częściej ich matek, mogą być różne, kiedy nie użyjemy zwrotu „proszę Pani”. Szkoda, bo ta „Pani” tworzy niepotrzebną barierę, ale ...