

## ד"ר חנה קטן הרב יואל קטן

### אמצעים חדישים למניעת הריון – היבט רפואי והלכתי

#### ראשי פרקים:

- א. הקדמה
- ב. פקקי סיליקון כאמצעי מניעה
- ג. היבט הלכתי של השימוש בפקקי סיליקון
- ד. אמצעים חדישים נוספים למניעת הריון
- ה. היבט הלכתי של האמצעים החדשים

#### א. הקדמה

ענייני מניעת הריון, המצבים המתירים אותו והאמצעים השונים, מעלותיהם ומגרעותיהם הרפואיות וההלכתיות – הם מהנושאים המדוברים ביותר בספרות הרפואית-הלכתית בדורנו'. ההתפתחויות החדשות בשטח הזה מחייבות את הצגתם לפני כל העוסקים בנושא. מובן מאליו, ואין צורך כלל להאריך בכך, שאין בדיון בנושא משום תמיכה, עידוד או היתר למניעת הריון, כי אם תיאור העובדות והמחקרים שנתחדשו בתחום זה בשנים האחרונות. בכל שאלה אקטואלית יש צורך לפנות לפוסק הלכות המתמצא בנושאים אלו, וכל מקרה לגופו. אנו מקווים שבעז"ה יהיו בדברים הבאים גם נקודות שיהיו לעזר לפוסקי ההלכה לאסוקי שמעתתא אליבא דהלכתא, לא להקל במקום שאמרו להחמיר או שיש אלטרנטיבה קלה יותר, ולא להחמיר במקום שאמרו להקל או שזו "חומרא דאתי לידי קולא".

#### ב. פקקי סיליקון כאמצעי מניעה

ההתקדמות הרבה בשטח אמצעי מניעת ההריון, רומזת שטרם נתגלה אמצעי שיש בו את כל הרצוי ואין בו תופעות לוואי בעייתיות. אמצעי המניעה האידיאלי הוא זה שיעיל לטווח ארוך, ללא תופעות לוואי, אינו מפריע כלל לקיום יחסי אישות ואינו פוגע במאזן ההורמונלי של הגוף. נראה שאחד האמצעים החדשים, סתימת החצוצרות בפקק סיליקון, מתקרב להגדרה זו. את פקק הסיליקון מכניסים לחצוצרות בעזרת היסטרוסקופיה

1. ראה למשל את מאמרנו: 'אמצעי מניעה – מבט הלכתי-רפואי', הרב יואל קטן, ד"ר חנה קטן וד"ר אלהנן בראון, 'אסיא' נג-נד [אלול תשנ"ד], עמ' 114-123, ובספרות המצויינת שם. [וראה גם ספר אסיא ד' עמ' 206-139; ספר אסיא ח' עמ' 71-173. -- העורך.]

[hysteroscopy], שהיא פרוצדורה המיועדת להסתכלות ישירה לתוך חלל הרחם, וממנו אף לפתחי החצוצרות. היסטרוסקופיה מבוצעת לצורך אבחנתי או לצורך ניתוחי, כאשר המכשיר שונה בקוטרו בהתאם לצורך. לרוב, הפעולה נעשית ללא הרדמה או בהרדמה מקומית קלה, ובמהלכה מוחדר לתוך הרחם ואף לתוך פתחי החצוצרות (דרך הנרתיק וצוואר הרחם) צינור בקוטר של 3 עד 5 מ"מ, שאליו מחובר מקור אור המאפשר הסתכלות ישירה לתוך חלל הרחם ולפתחי החצוצרות. לפני תחילת הפעולה מקובל להרחיב את חלל הרחם בעזרת הגז פחמן דו-חמצני (בדומה לניפוח בלון). הפעולה מלווה בדרך כלל בדמם קל, ובכאבי כתפיים ביממה שאחריה עקב גירוי של עצבים מתחת לסרעפת על-ידי הגז שהוחדר לחלל הרחם. כאשר מבצעים היסטרוסקופיה ניתוחית – עובי הצינור המוחדר הוא בסביבות 7 מ"מ, והפרוצדורה איננה כוללת החדרת גז כי אם הזרמת חומר צמיג כהיסקון [hyscon] או גליקול [glycol] לתוך הרחם, שנוסף להרחבת חלל הרחם גם משמש לשטיפתו מהדם שבו; לצורך פעולה זו יש צורך בהרדמה מקומית או מלאה. יש המשתמשים בנוזלים צמיגים אלו כתחליף קבוע לגז גם בהיסטרוסקופיה שאינה ניתוחית.

היתרונות של פקיקת החצוצרות בשיטת ההיסטרוסקופיה הם בעיקר קלות הביצוע – פעולה אמבולטורית קצרה [משך של כשלושים דקות], מיעוט תופעות הלוואי, מיעוט הסיבוכים ויעילות גבוהה. הנזק הריקמתי מועט ביותר, בשונה מפעולות המבוצעות לפרוסקופית – צריבה, חיתוך או קשירת חצוצרות<sup>3</sup>. תיתכנה בעיות טכניות המקשות על הביצוע, כגון כיווץ

2. ראה:

Fallopian tube occlusion with silicone: radiographic appearance. Dan SJ; Goldstein MS. *Radiology*. 1984 Jun; 151 (3): 603-605.

3. ראה:

- a. Sterilization by laparoscopy. Pelland PC. *Clin Obstet Gynecol*. 1983 Jun; 26 (2): 321-333.
- b. Postpartum sterilisation with the Filshie titanium silicone-rubber clip and subsequent pregnancy. de Villiers VP. *S Afr Med J*. 1987 Apr 18; 71 (8): 498-499.
- c. Comparison of silastic rings and electrocoagulation for laparoscopic tubal ligation under local anesthesia. Lipscomb GH; Stovall TG; Ramanathan JA; Ling FW. *Obstet Gynecol*. 1992 Oct; 80 (4): 645-649.
- d. The arterial blood supply of the parametrium. Kjer JJ; Mogensen AM. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1989 Mar; 30 (3): 275-278.
- e. Laparoscopic sterilization. A comparison of current techniques. Khandwala SD. *J Reprod Med*. 1988 May; 33 (5): 463-466.

ספונטני של החצוצרה, ראות לא טובה עקב דם או ריר כחלל הרחם, הרחבת חלל לא מספקת, וסיבות הקשורות למבנה הרחם או לצורתו.

הסיכונים בפעולה זו נדירים, וברובם הם נובעים ממימונות נמוכה של הרופא או מבחירת מקרים שאינם מתאימים. כמו בכל פעולה חודרנית יתכנו מקרים של דימום וזיהום, במקרים חריגים עלולה לקרות התנקבות של הרחם עם או בלי פגיעה במעי, פגיעה בצוואר הרחם, חדירת גז או נוזל [ששימשו להרחבת החלל] לכלי הדם, ספיגת יתר של הנוזלים האלו והעמסת נוזלים, וכן בצקת ריאות מהעמסת נוזלים. במקרים מאוד נדירים יתכנו סיבוכים הקשורים להרדמה או לתסחיפים, כמו בכל ניתוח.

כאמור, קיימת אפשרות לבצע סתימה של החצוצרות באמצעות החדרת הצינור לתוך החצוצרה, והכנסת סליקון דרכו לפתחי החצוצרה. פקקי הסליקון עוברים פולימריזציה, וחוסמים את חלל החצוצרה. בצורה כזו נמנע הריון מבלי לגרום לנזק לחצוצרה, בפעולה שהיא אמנם חודרנית – אך אינה ניתוחית. נקודה משמעותית ביותר היא הפיכותה של הפעולה: עקרונית אין בעיה להסיר את פקקי הסליקון האלו בעזרת הסטרוסקופיה, כפי שהוכנסו; אולם מידת הפיכותה של הפרוצדורה, בלי צורך בניתוח, עדיין לא ברורה. יתכן ששיעור הפגיעה ברירית החצוצרה מותנה במשך הזמן שחלף מאז בוצעה החסימה, כאשר קיים יחס ישיר בין אורך תקופת החסימה לבין הפגיעה בחצוצרה. כמו-כן אין עדיין אינפורמציה ארוכת טווח על השפעת הסליקון על הגוף, למרות שבשימוש בו בניתוחים אחרים, שנים רבות, הוא מקובל כחומר אינרטי [שאינו גורם לשום תופעות לוואי].

- f. Intrauterine occlusion body (IUB). Preliminary report. Cimber H; Dreher E; Muhlemann M; Mall-Haefeli M. *Contraception*. 1988 May; 37 (5): 503-516.

4. ראה:

Incidence, significance and remission of tubal spasm during attempted hysteroscopic tubal sterilization. Cooper JM; Rigberg HS; Houck R; Aiken M. *J Reprod Med*. 1985 Jan; 30 (1): 39-42.

5. ראה:

Learning hysteroscopy sterilization and the Ovabloc System with Hyskon. Loffer FD; Loffer PS. *Acta Eur Fertil*. 1986 Nov-Dec; 17 (6): 477-480.

6. ראה:

- a. Impact of Ovabloc intratubal polymer on the morphology of the fallopian tube. van der Leij G; van Krimpen C. *Int J Gynecol Pathol*. 1995 Apr; 14 (2): 167-173.
- b. Histopathological effects of silicone rubber 'Ovabloc' on the human fallopian tube. Assaf A; Abdin F; Elkady A; Gohar M; Abd-ALAziz A; Abd-Alhady M. *Int J Gynaecol Obstet*. 1993 Nov; 43 (2): 181-189.

הנסיונות הראשונים בשימוש בפקקי סיליקון נעשו בשנת 1967 בבעלי חיים, כאשר נמצא ססטימט איזור פתח החצוצרות היא אמצעי יעיל והפיך ב-100%. בשנת 1970 החדיר חוקר בשם ארב [Erb] פקקי סיליקון לארנבות בדרך של היסטרוטומיה [פתיחת חלל הרחם] והזרקה ישירה של החומר לחצוצרות. לאחר זמן נעשו חתכים מיקרוסקופיים בחצוצרות אלו והם נסקרו במיקרוסקופ אלקטרוני, ולא נמצא בהם שינויים פתולוגיים, מלבד השטחה של הריסנים המצפים את החצוצרה מבפנים [cilia]. בשנות השבעים נעשו עבודות נוספות על קופים, ובשנת 1978 הוחל בניסויים קליניים בבני אדם<sup>7</sup>.

להלן נסקור בקצרה מספר עבודות העוסקות בביצוע פעולת סטימט החצוצרות בעזרת פקקי סיליקון, ובתוצאותיה:

א. בעבודה שסקרה 4505 חודשי-אשה נמצאה הפרוצדורה כיעילה ביותר, ללא שום הריונות. הסיבוכים היחידים היו כאבי אגן ממושכים, דמם קל, ומקרים מעטים של הריון מחוץ לרחם ושל דלקת באגן. לדברי כותב המאמר הפרוצדורה נחשבת הפיכה, מפני שלדעתו הסיליקון אינו פוגע בריקמה ואינו גורם לגוף לתגובה כאל גוף זר<sup>8</sup>.

ב. בעבודה אחרת על 206 נשים, נצפתה הצלחה כוללת של 91.3% במניעת הריון, כאשר בביצוע השלישי היתה הצלחה של 100%. סיבת הכשלון העיקרית היתה כיווץ ספונטני [ספזם] של פתחי החצוצרות<sup>9</sup>.

לדברי כותב המאמר הפעולה הזו אינה לגמרי הפיכה; הוא טוען שבמיקרוסקופ אלקטרוני נצפה נזק קבוע, בעיקר בחצוצרה הפרוקסימלית אך גם בדיסטלית. הוא מחלק בין פקקים שהוצאו לאחר זמן קצר, שבהם לא נצפה נזק, לבין פקקי סיליקון שהוצאו אחרי זמן רב. לדבריו לא ברור איזו ריקמה תתאושש ואיזו לא, מתי יחזור תפקוד החצוצרה לאיתנו וכמה הריונות חוץ רחמיים יהיו בה בעתיד.

ג. בעבודה נוספת שבוצעה על 415 חולות נצברו 3200 חודשי-אשה ללא הריון לאחר סטימט בסיליקון. קרוב ל-90% מהן עברו את הפרוצדורה

7. כדאי לציין שישנן שיטות חליפיות לפקקי הסיליקון המתבצעות גם-הן בהיסטרוסקופיה, כגון לולאות ניילון, וכן התקנים קטנים דמויי עדשות-מגע המכילים הידרוג'ל, עימם ניתן לסתום את החצוצרות. אין עדיין נסיון מספיק בשימוש באמצעים אלו.

8. ראה:

Hysteroscopic sterilization: silicone elastic plugs. Reed TP 3d. *Clin Obstet Gynecol.* 1983 Jun; 26 (2): 313-320.

9. ראה:

Hysteroscopic sterilization with the use of formed-in-place silicone plugs. Loffer FD. *Am J Obstet Gynecol.* 1984 Jun 1; 149 (3): 261-270.

אמבולטורית, ללא זיהום, ללא כאבי וסת [דיסמנוריה] או אי-סדירות וסת. על-פי הערכה שנתקבלה על-ידי צילום לאחר הפעולה – נצפתה חסימה חצוצרתית מוחלטת ב-80% מהמקרים. לדברי המחברים לא נצבר מספיק נסיון על-מנת לקבוע עד כמה הפעולה הפיכה<sup>10</sup>.

ד. בעבודה נוספת שנעשתה בפילדלפיה על 350 נשים נצברו 3133 חודשי-אשה של מניעת הריון בעזרת סיליקון. הפעולה הצליחה ב-85% מהן. הסיבוכים היו מינימליים – דמם קל, חום, כאבי אגן, ומקרים בודדים של ניקוב הרחם ושל הריון<sup>11</sup>.

### ג. היבט הלכתי של השימוש בפקי סיליקון

נחלקו הדעות בענין איסור סירוס אשה: לדעת רוב הפוסקים הדבר אסור, אך רק מדרבנן<sup>12</sup>; על-פי שיטת הגר"א ואחרים מעשה סירוס בידיים אסור מדאורייתא גם באישה. מוסכם על כל הפוסקים שאיסור סירוס חל רק כאשר העיקור הוא קבוע, ולא כאשר הוא זמני והפיך, ולכן בנטילת גלולות ובהחדרת התקן תוך רחמי אין בעיה של סירוס (אם כי קיימות בהן שאלות הלכתיות אחרות). אמנם בגמ'<sup>13</sup> מוזכר 'כוס של עקרין' ששימש למניעת הריון, וכנראה הביא למניעה קבועה ולא הפיכה<sup>14</sup>. אולם למרות שנראה שכוס של עקרין הביאה לעקרות תמידית – הדעה המקובלת בפוסקים היא שמותר לאשה לשתות כוס של עקרין גם כשאינה כלל במצב של סכנה, כמו למשל כדי למנוע צער לידה כאשר הלידות קשות לה<sup>15</sup>. אולם האשה חייבת לקבל לכך רשות מבעלה, מפני שאחרי 'חרם דרבינו גרשום' שאוסר על הבעל לשאת אשה נוספת היא מחוייבת ללדת לו את ילדיו, ויכול הוא לתבוע ממנה ללדת למרות הצער, כל עוד אין בדבר סכנה - או להסכים לקבל גט<sup>16</sup>.

ועיין בספר ציץ אליעזר (חט"ז סי' מא אות א) שהתיר סתימה זמנית של החצוצרות גם כאשר לא היה מדובר במצב של סכנה, כאשר אמצעי אחר

10. ראה:

Hysteroscopic tubal occlusion with formed-in-place silicone plugs: a clinical review. Houck RM; Cooper JM; Rigberg HS. *Obstet Gynecol.* 1983 Nov, 62 (5): 587-591.

11. ראה:

Hysteroscopic tubal occlusion with silicone rubber. Reed TP 3d. *Obstet Gynecol.* 1983 March, 61 (3): 388-92.

12. ראה אנציקלופדיה הלכתית-רפואית כרך ה ערך סריס עמ' 50-51.

13. יבמות סה, ב, ובמקורות נוספים.

14. ראה אנציקלופדיה הלכתית-רפואית כרך ד ערך מניעת הריון עמ' 142 הע' 235.

15. ראה במנחת יצחק ח"ה סי' קיג, וצי"א ח"ט סי' נא שער ב פ"ד.

16. מנח"י שם.

לא היה מעשי. ב'זמניות' מתכווין כנראה הגרא"י וולדנברג שליט"א לאפשרות הקיימת לבטל את קשירת החצוצרות, כאשר הקשירה נעשית בשיטה מסויימת, שאינה פוגעת בתיפקודה הבסיסי<sup>17</sup>, או בשיטה שבה רק לוחצים על נקודה מסויימת בחצוצרה למניעת מעבר הביצית<sup>18</sup> – אך אין פוגעים בגוף החצוצרה, או אולי אף אם יש אפשרות להחזיר את החצוצרות לתיפקוד בעזרת ניתוח מיקרו-כירורגי. יש לציין שבצ"א ח"ט סי' נא אות יב אינו מחלק לענין ההיתר בין עיקור הפיך (לפחות באופן עקרוני) – לבין עיקור גמור. אך ראה באג"מ אה"ע ח"ד סי' לב, שברור לו שבין אם קושרים בין אם חותכים את החצוצרות נחשב הדבר לסירוס גמור ואסור, מאחר שאי אפשר שיוחזר כבתחילה ללא ניתוח. אך כבר העירו<sup>19</sup> שיש לחלק בין פעולה שהפיכה רק על-ידי ניתוח בגוף אבר ההולדה, שבה החמיר הגרמ"פ זצ"ל שהיא נחשבת סירוס גמור, לבין 'סירוס זמני' שנוצר רק על-ידי הזזת אבר ההולדה בתוך גוף האשה למקום כזה שההריון אינו אפשרי, ובניתוח פשוט מחזירים אותו למקומו<sup>20</sup>.

לסיכום, יש צורך בענינו לברר כמה שאלות<sup>21</sup>:

1. האם עיקור שהוא הפיך רק בהתערבות כירורגית או מיקרו-כירורגית, כמו למשל חיבור מחדש של חצוצרות מנותקות או קשורות, והסרת אטבים או טבעות שחסמו את השחלה, נחשב סירוס ואסור – או שהוא מותר ככל אמצעי מניעה זמני? [לכאורה נראה פשוט שפעולה שמוציאה את אבר ההולדה לגמרי מתיפקודו, עד כדי כך שרק פעולה כירורגית עשויה להחזיר אותו לפעילות – נחשבת סירוס, ולא גרע דבר זה מסירוס גמור של גבר, שבמקרים רבים הפעולה הפיכה בעזרת ניתוח, ולא יעלה על הדעת שאינה נחשבת כסירוס; לעומת זאת כאשר ניתן להסיר את המונע בשעה שאבר ההולדה עדיין תקין, גם אם יש צורך בפעולה כירורגית כדי להגיע אליו ולהסירו, אין לכאורה להגדיר את מניעת ההולדה בשיטה הזו כסירוס אסור.]

17. שיטת אלדריג', בה משנים את מקומה של השחלה בלי לפגוע בה עצמה; ראה במאמר המקיף של ד"ר דניאל מלאך 'עיקור חצוצרות', ספר 'אסיא' כרך ח עמ' 134-135.

18. בעיקר בעזרת אטבים, אך גם בעזרת סרטים או טבעות, ראה שם עמ' 126-127 ועמ' 137-138.

19. עורך 'אסיא' הרב מרדכי הלפרין בספר 'אסיא' שם עמ' 122-123.

20. שיטת אלדריג' הנ"ל. לדעת הרב הלפרין (ראה הע' קודמת) ייתכן שהגרמ"פ היה מודה שאין בסיליקון איסור סירוס, כמו במקרה של 'שימוש קבוע במוך שהוכנס על-ידי ניתוח לאברי ההולדה הפנימיים, שלמרות הצורך בניתוח כדי להגיע אליו ולהוציאו לכאורה אין בהכנסתו איסור סירוס'. לכאורה ניתוח זה וזה הלכתית להכנסת פקק סיליקון לתוך שבילי החצוצרה. וראה עוד בספר 'אסיא' (הנ"ל בהע' 7) עמ' 144-149 על ההפיכות של שיטות העיקור השונות; נציין שכיום בחלק מן השיטות יש עליה בשיעור ההפיכות של העיקור, ואכמ"ל.

21. יש להרגיש שההצעות שבסוגריים מרובעים אינן אלא עיון דברים בעלמא, לא להלכה ולא למעשה.

2. האם יש הבדל בין עיקור שהפיך רק בהתערבות כירורגית (כקשירת חצוצרות), לבין עיקור שהפיך גם באמצעי חודרני שאיננו ניתוחי כמו היסטרוסקופיה?

3. האם יש להבדיל בין סתימת החצוצרות בסיליקון לבין קשירתן, מפני שבסיליקון זו סתימת חלל החצוצרה על-ידי גוף חיצוני, ואין שום פגיעה באבר ההולדה עצמו? [אם יתברר שהפעולה, לתקופת הזמן בה היא מתוכננת, היא הפיכה לחלוטין – לכאורה אין בה איסור יותר מאשר נתינת מוך באותו מקום, ומצד שני אין לה את הבעיות הגדולה של "מטיל זרע על עצים ואבנים", הקיימת במוך לפי שיטות רבות].

4. האם יש לחשוש למיעוט המקרים שבהם גם אחרי שיחרור סתימת הסיליקון תישארנה החצוצרות פגועות, או שניתן לסמוך על רוב המקרים ברוב המקרים שלא נמצאה בהם פגיעה משמעותית בחצוצרות שנפתחה סתימתן? [היות שבכל התורה הולכים אחר הרוב, אם לסוג הסתימה הזו ולטווח הזמן עליו מדובר, ברוב גדול של המקרים הפעולה הפיכה לחלוטין – לכאורה אין לאסור את הפעולה בגלל מיעוט של מקרים שבהם היא גורמת לסיבוכים, שהרי אחרת אין לדבר סוף, שכן גם לאמצעי מניעה אחרים יש סיבוכים בחלק קטן מן המקרים].

5. האם יש להגביל מראש את הזמן שבו יותר להניח את סתימת הסיליקון במקומה, כדי שזו תיחשב סתימה זמנית ותותר, בהתחשב בכך שכל שהזמן עובר כן מתחזק החשש לפגיעה בלתי-הפיכה בחצוצרות הסתומות? [לכאורה היות שעדיין אין במחקרים שנכתבו בנושא זה תשובה ברורה לשאלה זו – מן הראוי להחליט מראש שמדובר על סתימה לשנים ספורות, ולאחר מספר שנים להתייעץ שוב עם רופא ועם פוסק הבקיאים בנושא].

6. האם עיקור קבוע (כקשירת חצוצרות), שמתיר לאשה אפשרות להרות בעזרת הפריה חוץ-גופית (מפני שהשחלות והרחם לא נפגעו כלל, ורק נחסמה הדרך הרגילה למעבר הביצית מן השחלות אל הרחם), נחשב עיקור אסור – או לא? [האפשרות להרות בעזרת הפריה חוץ גופית דומה לכאורה, לאפשרות לשאיבת זרע מאדם שסורס על-ידי ניתוק צינור הזרע, שהשאיבה אינה משנה את הגדרת הפעולה שנעשתה בו כסירוס; כך שהאפשרות להרות בעזרת הפריה חוץ-גופית לכאורה אינו מתיר את הפעולה אם נגדיר אותה כשעצמה כסירוס].

7. האם אשה שיכולה להרות רק בעזרת הפריה חוץ-גופית תיחשב עקרה, ויהיה מותר לבעלה לתבוע ממנה גט אחרי עשר שנות נישואין? [נראה לכאורה שההיתר לתבוע גירושין מאשה נובע מהתוצאה, שאינה

מסוגלת להוליד ילד לבעלה; אך אם הדבר ניתן באמצעים חדישים – לא סביר שיתירו לו לכפות עליה גירושין.]

## ד. אמצעים חדישים נוספים למניעת הריון

### 1. תכשירים הורמונליים

**לגבר:** נטילת תכשירים הורמונליים מונעי הריון בהזרקה או בהחדרת שתל תת-עורי. החומרים האלו מתערבים במסלול ההורמונלי המוביל ליצירת זרע ולתנועתיות של הזרע. כדי למנוע פגיעה באיזון ההורמונלי חייבים אותם גברים ליטול במקביל תוספת אנדרוגנים על-מנת שלא יפגעו מסת השריר, הליבידו וסימני המין המשניים. כמו-כן ניתן לשלב נטילת אנדרוגן ופרוגסטוגן בזריקה.

**לאשה:** קיימים היום אמצעים הורמונליים חדישים, כגון שתל תת-עורי של פרוגסטרון שנושלף לאחר חמש שנים, וכן זריקת פרוגסטרון הניתנת לאשה פעם בשלושה חודשים. למרות הנוחות והיעילות של אמצעים אלו – קיימת בהם תופעת לוואי בעייתית של דמם לא סדיר היכול לפגוע קשה בחיי המשפחה.

קבוצה נוספת של תכשירים היא אמצעים הורמונליים שמשמשים בהם מיד אחרי התשמיש, כאמצעי חירום במקרה שחייבים למנוע את ההריון האפשרי. למשל: מתן גלולות במינונים גבוהים במשך 72 שעות מהתשמיש ה'בעייתי', או מתן חומר פרוגסטטיבי בפרוטוקולים מסויימים (מיד לאחר התשמיש, או פעם בשבוע למשך חודש אחריו, או בחלק השני של המחזור) כדי לשבש את ההשרשה.

עדיין בתהליכי ניסוי קבוצה שלמה של גלולות שנטילת גלולה אחת מהן אמורה למנוע הריון למשך חודש שלם.

תכשיר חדיש נוסף (שטרם אושר להפצה בארץ) הוא טבעת נרתיקת המשחררת הורמונים. טבעת זו נשארת בנרתיק למשך שלושה שבועות, ואז מסירים אותה למשך שבוע כדי לקבל דמם ויסתי סדיר.

### 2. חסימה מיכנית

ישנם נסיונות לשפר אמצעים מיכניים ידועים, כגון דיאפרגמות וכובעונים צואריים (שיהיו עשויים מפולימרים שאינם Latex).



**3. התקנים תוך-רחמיים חדשים**

קיים התקן תוך-רחמי המשחרר פרוגסטרון, והוא יעיל לחמש שנים. תכשיר זה כבר שמיש באירופה, אך טרם אושר בארה"ב ובארץ. יחסית להתקנים תוך-רחמיים אחרים גורם התקן זה לפחות כאבים ודימומים\* ופחות דלקות אגניות.

**4. אמצעים אחרים**

נעשות עבודות לפיתוח אמצעים למניעת הריון לנשים וגברים, שיפעלו דרך מערכת החיסון, על-ידי יצירת נוגדנים שיפריעו לתיפקוד החלבונים הקשורים לתהליך הרבייה. נערכים כבר ניסויים קליניים, והצפי הוא שתכשירים אלו יהיו זמינים עוד כעשרים שנה.

**ה. היבט הלכתי של האמצעים החדשים**

מוסכם כמעט על כל הפוסקים שהאמצעים ההורמונליים, שמונעים הריון על-ידי שיבוש שרשרת הפעולות הגורמות כרגיל להריון, חמורים פחות מאשר אמצעים מיכניים, המונעים פיסית את פגישת הזרע עם הביצית, וגם מהתקנים תוך-רחמיים שדרך פעולתם לא לגמרי ברורה (מניעת השרשה – או הפלה מיידית של ביצית מושרשת). אין גם סיבה להניח שיש הבדל בין אמצעים הורמונליים, לבין כאלו שמפריעים לפעילות החלבונים דרך מערכת החיסון וכד'. אולם אמצעים מכניים פנימיים, כגון פקקי סיליקון (בהנחה שזהו אמצעי הפיך לחלוטין), עשויים להיות אמצעי אידיאלי למי שנדרש למנוע הריון לתקופה של שנים<sup>22</sup>, כמו לנשים המתקרבות לגיל המעבר, שעקב גילן הותר להם להמנע מהריון אך נאסר עליהן ליטול גלולות, ומצד שני התקנים תוך-רחמיים גורמים להן דימומים במקרים רבים<sup>23</sup>.

\* עם הכנסתם של התקנים מסוג זה לשימוש רחב נמצא שאחוז גבוה מהנשים מדממות או מכתימות חלק ניכר מימי ארבעת החודשים הראשונים של השימוש בהתקן. משום כך הוא לא מומלץ למטרות של מניעת הריון. ראה מאמרי על הת"ר פרוגסטוגני להלן עמ' 249-261 - העורך.

22. ראה במאמרנו על אמצעי המניעה (לעיל הע' 1) ובמקורות המצויינים שם.  
23. ראה במאמר 'הוולדנית המבוגרת', ד"ר חנה קטן, תר' 'אסיא' נו-נח [כסלו תשנ"ז], בעיקר בעמ' 109.

**סיכום**

יש לשים לב היטב לחידושים בתחום אמצעי המניעה, שנוסף ליתרונות הרפואיים והשימושיים שיש בהם – יתכן שיוכלו לפתור בעיות הלכתיות באופן מושלם יותר.

**מקור:** אסיא נט-ס, עמ' 146-154, 1997