

Ideą antykoncepcji jest swoboda współżycia bez konsekwencji w postaci ciąży. Zaś idealna metoda antykoncepcji to taka, która poza tym, że nie powoduje ograniczeń w sferze seksualności kobiety, jest w 100% skuteczna, bezpieczna i odwracalna. Niestety, trzeba to stwierdzić z całą stanowczością, takiej metody nie ma!

Ponadto należy zaznaczyć, że żadna z metod antykoncepcji nie chroni całkowicie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową (termin „choroby weneryczne”, stosowany niegdyś głównie w odniesieniu do kiły i rzeżączki, dawno się już zdezaktualizował, ponieważ wcale nie jest to ani „wszystko” ani „to najgorsze”, czym można się zarazić w wyniku incydentalnego kontaktu seksualnego). Nawet prezerwatywa (pomijając problem jej pęknięcia), o ile zmniejsza (nie eliminuje!) ryzyko zarażenia się np. wirusem HIV, w odniesieniu do zarażenia się wirusem HPV jest wyjątkowo mało skuteczna.

Badania naukowe udowodniły, że nie ma takiej metody antykoncepcji, która gwarantowałaby pełną skuteczność, uwzględniając w tym również czynnik ludzki, np. błąd stosującej ją pacjentki. W ogóle w medycynie nikt gwarancji nie daje... . Tak samo nie można zagwarantować, że dwie młode, zdrowe kobiety w tym samym wieku, bez żadnych obciążeń zdrowotnych, o identycznej masie ciała, będą tak samo dobrze tolerowały dany preparat dwuskładnikowej doustnej tabletki antykoncepcyjnej. Nawet ta sama kobieta, gdy po przerwie powróci do stosowanego wcześniej leku antykoncepcyjnego, może mieć zupełnie inny poziom jego tolerancji. Na polskim rynku zarejestrowanych jest kilkadziesiąt dwuskładnikowych doustnych preparatów antykoncepcyjnych. A to oznacza przede wszystkim to, że nie ma idealnego, uniwersalnego.

Dobór antykoncepcji należy do lekarza-ginekologa i jego pacjentki. Wspólnie ustalają metodę uwzględniając zarówno uwarunkowania zdrowotne, nawykowe (np. „zapominalstwo”), jak i preferencje samej pacjentki. Po dokładnym i wnikliwym zebraniu wywiadów dotyczących stanu zdrowia - wiek, masa ciała, ciążę, poronienia, porody, choroby przebyte, współistniejące, przyjmowane leki, choroby nowotworowe w rodzinie, choroby uwarunkowane genetycznie, nałogi, tryb życia - zmierzeniu ciśnienia tętniczego, zbadaniu piersi, badaniu ginekologicznym (cytologia!) można wspólnie ustalić, jaka metoda antykoncepcji wydaje się optymalna dla danej pacjentki. Czasem jej wdrożenie musi poprzedzić wykonanie USG narządu rodnego, USG piersi ewentualnie mammografia, a w przypadku wkładki wewnątrzmacicznej konieczne jest wykonanie badań bakteriologicznych (posiewów) z narządu rodnego.

Tak naprawdę ważne jest jedno: dobór takiej metody antykoncepcji – tabletek

dwuskładnikowych (o większej bądź mniejszej zawartości hormonów) przyjmowanych przez 21 lub 28 dni w miesiącu, tabletek jednoskładnikowych, plastrów hormonalnych, dopochwowych krążków z hormonami, zastrzyków hormonalnych co 3 miesiące, wkładki wewnątrzmacicznej (tzw. spirali antykoncepcyjnej) z miedzią, bez miedzi (dla uczulonych na miedź) – w wybranym kształcie i dobranym do wielkości jamy macicy rozmiarze, z hormonem (przy zakładaniu wkładki warto omówić kwestię znieczulenia, bo zakładanie całkiem „na żywca” bywa niekiedy wysoce nieprzyjemne) – by osiągnąć zamierzony efekt minimalizując ryzyko zdrowotne związane ze stosowaniem. W każdym wypadku stosowania antykoncepcji istnieje, zwłaszcza na początku, możliwość utrudnionej adaptacji organizmu kobiety do zastosowanego środka. Stąd konieczność stałego kontaktu z lekarzem prowadzącym. Nie należy np. przerywać nagle stosowania środków hormonalnych, gdyż skutkować to będzie pojawieniem się krwawienia macicznego, nieraz trudnego do opanowania. Ponadto należy pamiętać, że leki hormonalne mają działanie wielokierunkowe. Ta złożoność ich działania jest nieraz bardzo pożądana i wykorzystywana np. do zmniejszenia obfitości krwawień miesięcznych, redukcji towarzyszącym im bolesności, korzystnego wpływu na cerę itd. Czasem zleca się stosowanie hormonalnych leków i środków antykoncepcyjnych właśnie ze wskazań czysto terapeutycznych, a nie antykoncepcyjnych. Jednakże środek antykoncepcyjny powinien być dobrze tolerowany, zaś w przypadku wystąpienia tak zwanych nasilonych działań niepożądanych, konieczna może być zmiana środka lub nawet metody antykoncepcji.

Pacjentka stosująca antykoncepcję, winna być pod stałą kontrolą swojego lekarza. Jednorazowo na receptce lekarz może przepisać 6 opakowań hormonalnego środka antykoncepcyjnego. Już to sugeruje, że co pół roku kobieta powinna być przebadana, ze stosownymi badaniami krwi włącznie.

Osobne zagadnienie stanowi tak zwana „antykoncepcja po”, zwana również „antykoncepcją postkoitalną” (łac. coitus – stosunek), czy „antykoncepcją awaryjną”. Trzeba mieć świadomość faktu, że przyjęcie odpowiedniej tabletki w takiej sytuacji nie może być metodą planowanej antykoncepcji (m.in. ze względu na ograniczoną skuteczność), a jest raczej próbą ratowania sytuacji.

Mając wiele lat doświadczeń w poradnictwie antykoncepcyjnym u kobiet w każdym wieku ich aktywności seksualnej w potencjalnie płodnym przedziale życia, a także dysponując stosownym zapleczem diagnostycznym i laboratoryjnym, jesteśmy w stanie prowadzić nasze pacjentki tak, by odpowiednio były przygotowane do antykoncepcji, reakcja ich organizmów monitorowana, uwzględniając komfort i bezpieczeństwo. Właśnie w trosce o komfort pacjentek gabinety nasze zawsze zaopatrzone są we wszystkie podstawowe obecne na rynku typy wkładek wewnątrzmacicznych w różnych rozmiarach i o różnym kształcie, włącznie z wkładką hormonalną oraz wkładką bez miedzi – dla uczulonych na ten pierwiastek.

