

Контрацепција



Контрацепција обухвата низ метода које имају за циљ да спрече оплодњу јајне ћелије, а у случају да до оплодње ипак дође да спречи усадњу тј. имплантацију оплођене јајне ћелије на слузокожу материце (ендометријум) и на тај начин настанак трудноће.

Врсте контрацепције

Традиционални методи контрацепције су: апстиненција, методи засновани на одређивању периода тзв. плодних дана (на основу мерења базалне температуре, календара менструације или карактеристика цервикалне слузи), метод прекинутог сношаја и метод лактационе аменореје.

Савремени методи контрацепције су: комбинована хормонска контрацепција (у виду таблета, фластера, вагиналног прстена и депо-инјекција), прогестагенска хормонска контрацепција (у виду таблета, вагиналног прстена, депо-инјекција и импланата), интраутерина контрацепција (у виду интраутериних уложака са бакром и интраутериних система са левоноргестрелом), баријерна контрацепција (у виду мушких и женских кондома, дијафрагми и цервикалних капа), спермициди, вољна стерилизација жене и мушкарца и хитна контрацепција

Делотворност метода

Избор средства за контрацепцију делимично зависи од делотворности метода да спречи непланирану трудноћу, што опет у случају неких метода не зависи само од заштите коју пружа сам метод, већ и од тога колико се доследно и правилно он користи.

Табела 1. Процент жена којима се догодила нежељена трудноћа у току прве године типичне употребе и прве године идеалне употребе контрацептивних средстава, као и процент жена које су наставиле са употребом по истеку прве године

Метод	% жена које су доживеле нежељену трудноћу у току прве године употребе		% жена које су наставиле с употребом након прве године ³
	Типична употреба ¹	Идеална употреба ²	
Без метода ⁴	85	85	
Спермициди ⁵	29	18	42
Прекинут сношај	27	4	43
Методи одређивања плодних дана	25		51
Метод стандардних дана ⁶		5	
Метод два дана ⁶		4	
Метод овулације ⁶		3	
Сунђер			
Жене које су рађале	32	20	46
Жене које нису рађале	16	9	57
Дијафрагма ⁷	16	6	57
Кондом ⁸			
Женски	21	5	49
Мушки	15	2	53
Комбиноване таблете и таблете искључиво на бази прогестогена	8	0,3	68
Евра фластер	8	0,3	68
NuvaRing	8	0,3	68
Depo-Provera	3	0,3	56
Комбиноване инјекције (Lunelle) ⁹	3	0,05	56
Интраутерини уложак			
ParaGard (Cooper T)	0,8	0,6	78
Mirena (LNG-IUS)	0,2	0,2	80
Implanon	0,05	0,05	84
Стерилизација жена	0,5	0,5	100
Стерилизација мушкарца	0,15	0,10	100
Хитна орална контрацепција: терапија започета у року од 72 сата након незаштићеног сношаја смањује ризик од трудноће за барем 75%.			
Метод лактационе аменореје је изузетно делотворан, привремени метод контрацепције ¹⁰			

Извор: (Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive technology: nineteenth revised edition. New York NY: Ardent Media, 2007.)

Напомене:

1. Процент оних којима се догоди нежељена трудноћа међу паровима који почну с употребом неког метода (не нужно први пут), у току прве године коришћења, уколико не престану с употребом из ма ког разлога.

2. Процент оних којима се догоди нежељена трудноћа међу паровима који почну с употребом неког метода (не нужно први пут) и који га користе на идеалан начин (доследно и правилно), у току прве године коришћења, уколико не престану с употребом из ма ког разлога
3. Процент оних који ће наставити употребом тог метода након годину дана, међу паровима који желе да избегну трудноћу.
4. Процент жена које би остале у другом стању у року од годину дана које се сад ослањају на реверзibilне методе контрацепције, уколико би у потпуности престале с контрацепцијом.
5. Пене, креме, гелови, вагиналне супозиторије и вагинални филм.
6. Метод овулације и метод два дана су засновани на процени цервикалног секрета. Метод стандардних дана подразумева избегавање сношаја од 8. до 19. дана циклуса.
7. Са спермицидним кремом или гелом.
8. Без спермицида.
9. Извор: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive technology: eighteenth revised edition. New York NY: Ardent Media, 2004.
10. Међутим, како би се одржала делотворна заштита од трудноће, потребно је почети с коришћењем другог метода контрацепције чим се менструација врати, смањи се учесталост или трајање дојења, уведе се храњење бебе из флашице, или дете наврши шест месеци.

Здравствена стања која излажу жену повећаном ризику у случају нежељене трудноће

Женама са обољењима због којих нежељена трудноћа може да представља неприхватљив здравствени ризик треба саветовати да искључива употреба баријерних метода и метода који захтевају ангажовање корисника за њих не би била најприкладнији избор. Ова обољења обухватају:

- Карцином дојке
- Компликована обољења срчаних залистака
- Дијабетес: инсулин-зависни; са нефропатијом/ретинопатијом/неуропатијом или с другим васкуларним обољењем; или ако траје дуже од 20 година
- Карцином материце или јајника
- Повишени крвни притисак (сistolни > 160 mmHg или дијастолни > 100 mmHg)
- HIV/AIDS
- Ишемијско обољење срца
- Малигна гестациска трофобластна болест
- Малигни тумори јетре и хепатоцелуларни карцином јетре
- Шистозомијаза са фиброзом јетре
- Тешка (декомпензована) цироза
- Анемија српастих ћелија
- Сексуално преносиве инфекције
- Мождани удар
- Системски еритемски лупус
- Тромбогене мутације
- Туберкулоза

Поновно успостављање плодности

С изузетком стерилизације мушкараца и жена, употреба контрацептивних средстава не води ка неповратним променама плодности. Поновно успостављање плодности је брзо код свих метода, осим код депо-инјекција медроксипрогестерон-ацетата и норетистерон енантата. Просечно време потребно да би се поново успоставила плодност код ових метода је 10, односно шест месеци од датума последње инјекције, без обзира на дужину њиховог коришћења. Стерилизација мушкараца и жена треба да се сматра трајним методом, и у складу с тим треба саветовати све појединце и парове који размишљају о томе. Ниједан други метод не доводи до трајне неплодности.

Сексуално преносиве инфекције и контрацепција: двојна заштита

Иако је развој међународних стандарда за употребу контрацептивних средстава од кључног значаја за квалитет здравствене заштите, такође се мора узети у обзир друштвени и културолошки контекст сваког корисника, као и његови обрасци понашања. У том смислу, потребно је посебно размотрити проблем изложености сексуално преносивим инфекцијама, укључујући и HIV, због тога што је једнако важно спречити и трудноћу и преношење инфекције. Када постоји ризик од сексуално преносивих инфекција укључујући HIV, важно је да здравствени радници изричито препоручују двојну заштиту свим особама које су изложене значајном ризику, било путем истовремене употребе кондома и још једног метода, или путем доследне и правилне употребе искључиво кондома, како би се спречиле и трудноћа и болест.

Извор: *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th edition. Geneva: World Health Organization; 2015.*