

הנקה ואמצעי מניע

אשר בשיר, בוריס פורמן, משה מזור

החותינה למילודות וגינקולוגה, מרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה, בראשבּוּ

מתחדשת השפעת הפורולאקטין על השד. גודש בשדיים והפרשת חלב מתחילה 3-4 ימים לאחר הלידה, כאשר רמות הסטרואידים אסטרוגן ופרוגסטרון ירדו באופן משמעותי. בשבוע הראשון לאחר הלידה, יורדות רמות פROLAKTIN באשה מיניקה בכ-50%. נינקה גורמת לעלייה בפורולאקטין, החשובה בתחום ייצור החלב. באשה מיניקה, נשארות רמות בסיסיות גבוחות של פROLAKTIN, ויינקה גורמת לעלייה של פי 2 ברמות אלה, ההכרחית להמשך ייצור החלב. המנגנון להשכיחות ייצור החלב קשור בהפרשה של 3 הורמוניים כתוצאה מהninika עצמה – פROLAKTIN, אוקסיטוצין ו-De-thyroid stimulating hormone (TSH). פROLAKTIN גורם להמשך הפרשת קוזאין, חומצית-শומן, לאקטוזה ונפה ההפרשה, ואילו אוקסיטוצין גורם להתקכוות תאים מיאופטיליים ובכך מאפשר המשך הפרשת החלב ומילוי מחדש של הבועות. העלייה בי-TSH בעת המציצה מצביעה על-כן, שנראתה ה-TRH ממלאת תפקיד בתגובה פROLAKTIN למציצה. הנסיבות והאיכויות המיטבתיות של החלב תלויות בזמיןות של הורמוני בלוטת-התריס אינסולין, קורטיזול וכן במרכבי המזון, כמו גם גנוזלים [2,1].

אל-זות בזמן הנקה (lactational amenorrhea method – LAM)

כאמור, הנקה מודכאת תיפקד שחילות ובכך מפחיתה את הסיכון להרין [3]. ביוין נדריך מאוד בחודשים הראשונים לאחר לידה. הנקה עצמה יכולה להיות כשיתה לתינון המשפחה. הנקה יכולה לספק הגנה טובה נגד הרין כאשר היא מיושמת לפי הקונצנזוס של Bellagio, הגורט שקיימות הגנה של 98% נגד הרין לא רצוי במהלך 6 החודשים הראשונים, אם האם עדין בא-זות והיא מיניקה בלבד או כמעט בלבד [5,4]. במהלך, דרגה זו של הגנה נמצאה תקפה במספר מחקרים קליניים [8,6]. שיטה זו של אל-זות בזמן הנקה (או"ה)* אינה יעילה לאחר 6 חודשים, בגל סיכוי מוגבר לביוין.

הפרעה בהנקה קשורה בהתקאות הוצר ההורמוני, המוביל לביוין סמוך יותר לאחר הלידה ומגבירה סיכון להרין. הפרעה בהנקה שכיחה ומגיעה לפדי דיזוזים עד ל-36% [9]. הסיבות העיקריות להפרעה בהנקה הן: עייפות, חוליה של האם או התינוק והופעת וסת. 75% מההפרעות מתורחשות במהלך שלושת החודשים הראשונים לאחר הלידה. לכן, חשוב להתגבור על משבב כזה בהנקה ע"י תמייה וחינוך, ובכך להבטיח את השיטה של אב"ה. חוזרת התיפקד השחלתי במישוב הלידה מהירה מאוד בנשים שאינן מיניקות [11,10].

קיימים גורמים המשפיעים על הקשר בין הנקה ופוריות והם

ה נקת הלוד היה בעל תרונות מוכחים לגבי בריאות הילד ומקובל על הכל, שחלב-אם מכיל את המרכיבים התזונתיים הטובים ביותר בהשוואה לתחליפים אחרים, כמו כן, לנעד לו תפקיד מכריע בהישרונות הילדים במדינות מפותחות. לאור זאת, נודעת חשיבות רבה לאמצעי המנע הנבחר בזמן הנקה, שכן יהיה בעל השפעות מינימליות על החלב ועל הלוד.

בחירה אמצעי המנע (contraceptives) לאשה מיניקה צריכה

להיקבע באופן אישי ויש לשקת בחשבון מספר שיקולים לגבי

הסוג הנבחר ומועד תחילת הניטילה: העדרה אשית, השפעה על

הפוריות, השפעה על הנקה, עלות, שיעור השפעות-הלוואי,

מידת הייעילות, משך ההשפעה וזרנות השיטה. באופן מעשי,

מצטצמות האפשרויות ל-4 שאלות:

1) באיזה אמצעי ניתן להשתמש מיד לאחר הלידה או ביעוץ

הראשון לאחר הלידה?

2) לאיזו תקופה יכולה אשה מיניקה לדוחות אמצעי מנעיעיל

ועודין להיות בטוחה במניעת הרין לא רצוי?

3) מתי יכולים אמצעי מנע הורמוניים שונים לבוא בחשבון, ללא

השפעה משמעותית על הנקה?

4) מתי החדרת התקן תוק-רוחמי בטוחה?

במאמר זה, נסקור את אמצעי המנע השונים לאשה מיניקה,

טור התיחסות ליתרונות ולחותרונות.

פיזיולוגיה של הנקה

ההורמון העיקרי היוצר הוא הפורולאקטין, המכודד ע"י גן יחיד וממוקם על כרומוזום 5. במהלך ההריון, עלות רמות הפורולאקטין מהרמות התקינות של 1,100-440 פ"מ/מ"ל לרמות גבוהות, החל משבוע 8 וגיעות לשיא של 17,600-8,800 פ"מ/מ". העלייה ברמות פROLAKTIN מקבילה לעלייה ברמות אסטרוגן ומהגנון לעלייה ברמות פROLAKTIN הוא כנראה דיכוי דופאמין ע"י אסטרוגן, הנחשב למעקב פROLAKTIN, וכן גירוי ישיר של שייעותוק (transcription) הגן לפROLAKTIN ביוורתה המוח.

למרות שפורולאקטין מגורם באופן משמעותי את גידילת השד לצורך הנקה, יש לכך, שرك קולוסטרום (המורכב מתאי אפיתל נשירים ותפליט), מוצע במהלך ההריון. הנקה עצמה אינה מתאפשרה במהלך, בשל עיכוב ע"י פרוגסטרון, המפריע לפעולות הפורולאקטין בקולטן שלו על פני התא הבועתי בשד. ללא פROLAKTIN, לא יתרחש ייצור החלבן המקורי, קוזאין ולא תאפשר הפרשת חלב אמיתי. הגירוי ההורמוני ליצור חלב בתא הבועתי (alveolar) והפרשתו לחלל הכלולות הוא הועלמות המהירה של אסטרוגן ופרוגסטרון מהאזור הדם לאחר הלידה, וכן

Key words: breast feeding; lactational amenorrhea; contraceptives; family planning; prolactin; lactation.

* או"ה – אל-זות בזמן הנקה.

הילודות בכיתת-חולמים או במרכזו רפואי. על-פי מחקרים רבים, החדרת הת"ר לאחר הלידה, 10-30 דקות לאחר פליטת השיליה היא בטוחה מאוד [16,15]. להת"ר אין השפעה שלילית על ההנקה [16] או על התינוק [18,17], הוא עייל ביחסו נמוך מ-19% [19] וקיים בשימוש ממושך בו, בזמן הנקה. החדרת הת"ר מייד לאחר פליטת השיליה יכולה להיות קשורה בשיעור גובה יותר של פליטה לפיה מספר עבודות [16,15] לעומת מישבכ' לידה או לאחר הווסת.

Kennedy [14] מסכם, שהחדרת הת"ר מייד לאחר הלידה מצריכה כישורים סגולים ושיעורי הפליטה מופחתים עם ניסיון החדרה עליידי הרופא. באופן כללי, הנקה אינה קשורה בשיעור גובה יותר של פליטות הת"ר או בניקוב (הקשורים במצב הרחם בתוקפם מישבכ' הלידה) והוא קשורה במספר מועט של הוצאות בשל דימום או כאב.

ברגע שהחדרת הת"ר במקום, זהה שיטה יעילה לאמצאי מניעה לאחר הלידה ובמוצאו, 80%-70% נותרים במקום ההתקנה לפחות שנה. החדרת התקן במישבכ' הלידה, אפשרית, אך טעונה ניסיון מיוחד בשל גודל הרחם ורקתו היחסית. הסיכון לניקוב כנראה מעט גבוהה יותר מאשר לאחר הווסת, כיון שריר הרחם, המצווי בחתכנות, הוא דק מאוד [21,20]. לאחרונה, דיווחנו על שני מקרים של ניקוב הרחם שאירעו עם החדרה של התקן תוך-רחמי המכיל נוחשת לתוך הרחם, בזמן הנקה. במקורו הראשון, מדווח באשה ללא תסמינים בתחלת הרוין ובמקורו השני התקונה המוקנית הייתה כאבי בטן כרוניים בעקבות התהוויה. נוכחות נוחשת במהלך הבטן יכול להוביל להידבקויות ובמהשך לכאב בטן, לחסימת מעי או לאי-פוריות; ולכן, במקרה שקיימות נוכחות של נוחשת במהלך הבטן, יש להוציא את התקן, גם כשהחליה איבת-תסמינית [22]. חשוב לבדוק בהירות גודל ועמדת הרחם ע"י בדיקה דו-צדדית של הרחם או ע"י בדיקת על-שמע של הלדן לפני החדרה, אך עדיף ללא כל מדידה תוך-רחמית. הפעולה צריכה להשתחרר מה-applicator מייד לאחר הפיה הפנימי ואח"כ, דחיפה קלה לקרקעיה היא בטוחה.

ניסיון עם הת"ר נוחשת או פרוגסטרון במישבכ' הלידה מעודד. במדינות מתפתחות, יכול הדבר להיות מעט שונה, עקב חוסר מזומנים, אך אם יש רופא מזומן ומונחה, הת"ר הוא אמצעי מנע מומלץ בוחור לנשים מיניקות.

צ'ן וחבי' [23] הישוו שימוש בת"ר עם נוחשת TC380 לעומת פרוגסטרון לדנית, המשחררת פרוגסטרון בלבד נשים מיניקות ונמצא, שתי השיטות בטוחות ויעילות. נמצא, שיש יותר הפסקת שימוש בטבעת בשל בעיות טכניות וביעילות בלבד, עם שימוש הפסקה כולל של 2.3%. מימצאים אלה נתמכו גם ע"י Sivin וחבי' [24] שדיווחו, כי נשים עם TC380 היו עם יותר סיכוי. כמובן, שימוש הביווץ היה ממושך יותר אצל אלה עם התקן בטבעת.

שיטת הורמוניות

פרוגסטיניים

נראה, של שיטות המבוססות על פרוגסטרון בלבד אין השפעות שליליות על ההנקה, לא בכמות, לא באיכות או ממשר ולכנון, הן

שונות בין מדינות מתפתחות לבין מדינות מפותחות וכוללים את המצב התזונתי, החברתי-כלכלי והתרבותי של האמהות. תוצאות מחקר נרחב של ה-WHO שפורסם לאחרונה [12] תמכו בקונסנסוס של Bellagio; במחקר זה נמצא, שמצב פיזיולוגי זה מהוות שיטה נכונה באמצעות מנגנון במשכוב הלידה.

אמצאי מנע חזיצים

אמצאי המנגנון המכאניים — קונדומים, ספוגיות ודיאפרוגמה הם שיטות מומלצות מאוד בזמן הנקה, הם זמינים מאוד ויכולים להיות מאוד יעילים אם משתמשים בהם כראוי. לאמצאים אלה אין השפעות שליליות על ההנקה ולא על האם או הלוד, והם גם מספקים הגנה מסוימת נגד מחלות זיהומיות.

שימוש בקונדומים יכול לגרום לגירוש של הלדן ותוספת של חומר סיכה לעתים הכרחית בגין דילדרול (atrophy) של לאחר הלידה. הדיאפרוגמה אינה בשימוש נרחב, כיון שהיא צריכה להיות מותאמת מחדש לאחר הלידה, לאחר שהרחם חזר לגודל שלפני ההריון. כמובן, יעלותה תלואה בשימוש בקוטלי זרע ובמעבר של זה האחרון לחבל אף דוחה בספרות [13].

ספרוגיה מהוות שיטה לשיחורומושה של קווטל זרע. היא גם סופחת תאי זרע, חוסמת את המעבר לתעלת-הצוארי ואנייה מהיבת התאמה מיוחדת. בישראל, משוקת ספרוגיה בשם פרמטקס המכילה בנזאלקוניום. כמובן, אין סיכון מגבר לתיסמונה ההלם הרעלני (toxic shock syndrome). יש הטוענים שהספוגית עלולה לגרום נזק לרירית הלדן ולהקל על מעבר HIV בנוסף לחשש שהtagבר לאחורה ביחס לשימוש בקוטל הזרע נוקסינול-9 [1]. כל אמצאי המנגנון המכאניים יעילים וב吐וחים כאשר משתמשים בהם באו"ה.

אמצאי מנע בלתי הפיכים לאחר לידה

תאורטית, זה הזמן הטוב ביותר ביחס לאמצאי מנע בלתי-היפיך, הן לבגר והן לאשה. לאמצאי מנגנון בלתי-היפיך אין השפעה שלילית על ההנקה, והשיטה יעילה כמעט ב-100%. בנוסף, לאחר הלידה זהה הזמן הטוב גם לכrichtת צינור הזרע, כיון שבמהלך 2-3 חודשים לאחר כריתת צינור הזרע, נותרים תאי הזרע בדריכיהם הגבריים ואשה מיניקה בתקופה זו מוגנת למעשה מהרין. כאמור, העיה מבניה מעשית, בעיקר לאחר הלידה, היא הייעוץ. חשוב ליעץ לשני בני הזוג יחד וудיף לעשות זאת ולקבל הסכמה מוקדם במהלך ההריון. יש לזכור, שבתקופה המוקדמת של לאחר הלידה, שינויים במצב הרוח שכחחים מאוד ו"הרצונות המשפחתיים" של המשפחה אינם ברורים למגורי. זו שיטת הבחירה רק אם הבחירה והיעוץ נעשים בהרבה ובזהירות.

התקן תוך-רחמי

החדרה מוקדמת של התקן תוך-רחמי (הת"ר)* לאחר הלידה היא שיטה בטוחה ונוחה, למקרה שאינה מציה בשימוש נרחב במדינות מפותחות [14,15]. במדינות מתפתחות, יש יתרונות רבים לנשים

* הת"ר — התקן תוך-רחמי.

עליה ליטול אותן לא לפני החודש השלישי או הרבעי לאחר הלידה. כמו כן, כדי להפחית את השפעת המעכבות על ההנקה, יש ליטול גלולות במינון הנמוך ביותר. יש להסביר לאם את חשיבות פגולת המציצה עצמה כדי "להתגדר" להשפעה ההורמוניית של הפחתה באספקת החלב. הרכיב החלב נותר ללא שינוי.

למינון גבוה של סטראודים עלולה להיות השפעה מזיקה על היולד, כגון היפרבלילורובינימה או פמיניזציה עם דנדנות הזכר ביחסו [37]. לעומת זאת, השפעות אלה מתרחשות לעיתים נדירות ביותר [37]. על פי מחקר אורך-טוחה נמצא, כי ילדים שניקו כאשר האם נתלה גלולות מושלבות לא נפגעו מבחינה עלייה במסקל, עליה בגובה, מחלות כלשהן או התנוגות פסיקולוגיות [38].

מתן אסטרוגן (גלולה משולבת) במישוב הלידה לא מומלץ. גם בשל הסיכון לאירוע פקתי-תסחيفי (thromboembolic) בטבלה 1, מוכאים היתרונות והחסרונות של השימוש שהוזכרו עד כה.

מתאיימת למיניות שאין מעוניינת באמצעות אמצעים לא-הורמוניים. המלצתנו לנשים אלה היא, שאין להשתמש באמצעות אמצעים מסווג זה לפני 6 שבועות לאחר הלידה [27,25]. קיימות מספר שיטות אפשריות: טబליות (פמולן), מתן תתי-עוררי (נורפלן), זיריקות לתוך השירר (דיפפרובורה) או התקן תור-רחמי עם פרוגסטרון. כל השיטות הללו יעילות. דימום לא סדר, אין מהווע בעיה חמורה בשיטה על בסיס פרוגסטרון בלבד במיניות, בשל אל-וסת של אחר הנקה. כל השיטות בנות-ביצוע. בכל השיטות, אין השפעה שלילית על יצור החלב, גידילת היילוד או התפתחות מוקדמת ולהן השפעות קלות על התפקיד השחלתי. השימוש בהן אפשרי מיד לאחר הלידה או לפחות בפיגיאה הראשונה לאחר הלידה, אך ככל מקרה ורק החל מ��ישה שכזו מעת הלידה. אין חסכנות ברורים לאמצעי מנע של פרוגסטרון בלבד במהלך ההנקה. למעשה, מרכיבי החלב אינם משתנים עם כמות מועטה של סטרואדים מזוהה בחלב; אך השפעת עקבות סטרואדים אלה על התפתחות היילוד היא תאורטית בלבד [29,28].

שיטת בשלב מחקרי

GNRH (gonadotropins releasing hormone) agonists תכשירים מקבוצחה זו מצויים בשימוש נרחב בגינקולוגיה. התוצר המשוגג באמצעותו הוא היפואסטרוגניים. לאחרונה, פורסמו דווחים על שימוש ב-GNRH אנלוגי באמצעות מיניקוי מונע בנשים מיניקות. Miaguti וחבר' [39] בדקו השפעת הטיפול על התפקיד השחלתי, דימום והנקה בקרב מיניקות במינון 300 מק"ג ו-600 מק"ג ובקבוצת בקירה. תסמנים של היפואסטרוגניים לא דוחה ובאופן אחד מהקבוצות, כיוון שרמות האסטרוגן לא ירדו לרמות של נשים בחידלון-הוות. מסקנתם הייתה, שמתן חד-יום יכול לבוא בחשבון וב吐וחה בתקופה שלאחר הלידה בנשים מיניקות; יחד עם זאת, דרוש מידע נוסף כדי לבסס את יעילות נטילת תכשיר זה כאמור מינעה.

Naga וחבר' [40] בדקו השפעות ביוכימיות, הורמוניות ואנדומטריות בנשים שנטו ב-GNRH אгонיסטי, החל מ-6 שבועות לאחר הלידה במשך 6 חודשים באמצעות משאף, במינון 300 מק"ג ליום או 600 מק"ג ליום לעומת קבוצת בקירה שכלל נשים עם הת"ר. לא נמצא הבדלים משמעותיים בין הקבוצות ולכל נקבע, ששיטה זו יכולה להיות גישה בטוחה ומעשית באמצעות מינע לאחר הלידה.

GNRH (gonadotropins releasing hormone) antagonists קבוצחה זו היא בעלת פוטנציאל באמצעות מינעה לאחר הלידה כיוון שתרופות אלה ימשכו לעצב ביוֹן הקשור בהנקה אך השפעות על הילוד בשל מעבר האנטגוניסט דרך החלב לא ידועות. Fraser וחבר' [41] דווחו על ניסוי בקופים בו בדקו שימוש קרוני ב-GNRH אנטגוניסט ויכלתו למניעו ביוֹן בתקופה ההנקה והשפעתו על העיליה הפטנטנאלית ברמת טסטוסטרון בפלסמת ילודים זרים. וכן נמצאה שבאך מקרה לא היה ביוֹן. כמו כן לא הייתה השפעה על רמת טסטוסטרון ולכל נקבע, שי-GNRH אנטגוניסט הוא בעל פוטנציאל כאמצעי מינע.

זהו שמו המסחרי של אטינודיל דיאצטט והוא התכשיר הפורמי הקיים בישראל. קיימים שלושה עקרונות בנטילתו: 1) זמן הנטילה צריך להיות קבוע ומדויק; 2) על הנטילה להיות רצופה, ללא הפסקה; 3) בזמן הנטילה, על האשה להיות במצב אל-וסת. Caird וחבר' [30] מצאו, ששיטה זו יכולה להגן מפני איבוד עצם, ההפיק בנשים מיניקות, בשל המצב היפואסטרוגני, בזכות הרכמיות הקטנות של פרוגסטרון (הגסטגן).

שתלים (נורפלן)

אפשר להחדרם מיד לאחר הלידה, אך בר"כ מבצעים הליך זה 3-2 למשך הלידה [31]. הם אינם משפיעים על משך ההנקה או על מצב הילוד [32,31]. שיטה זו חשובה מאוד במדינות מתפתחות, בהן נשים מגיעות רק פעמי אחת לבית-חולים או מרוץ רפואי — במהלך הלידה.

התקן תור-רחמי עם לבוגורסטROL

על-פי עבודות שונות [33], התק"ר עם לבוגורסטROL לא משפיע באופן שונה על משך ההנקה ועל גובה ומשקל הילוד בהשוואה להתק"ר עם נחשות. דימום והכתמה שכחחים יותר בהתק"ר עם לבוגורסטROL, אך רק במהלך 3-2 החודשים הראשונים Patel וחבר' [34] דווחו, כי שיטה זו בטוחה ליישום כ-12 שבועות לאחר הלידה, כיוון שאז חילוף החומרים ביילוד פועל היטב.

הגולות המשולבות

נטילת גלולות מושלבות בשבועות הראשוניים לאחר הלידה יכולה להפחית את נפח החלב עד 40%. לעומת זאת, הגולות החדשנות הן, ככל הנראה, עלולות להשפיע שלילית פחותה על משך ההנקה ונפח החלב [35,18], במידה והנטילה הchallenge כאשר ההנקה הייתה "مبוססת", למרות שעדיין קיימים דיוכו ברור. אם האשה מעוניינת ליטול גלולות בלבד גם בזמן הנקה,

ההנקה החשובה ביותר לילוד על דעת הכל, ויש לעשותו לפחות רב להתאים אמצעי מנע שישתלב עם ההנקה. עבדה זו משמעותית ביותר במדיניות מתפתחות, בהן להנקה יש משמעות אף לגבי הישרדות. יתכן שפיתוח אמצעי מנע לגבר, למעט קונדום, יהוו את הפתרון הטוב ביותר לנשים מיניקות.

ביבליוגרפיה

- Speroff L, Glass H Robert & Kase G Nathan, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Sixth Edition. Breast, 1999; 595-643.*
- Wagner CL & Purohit DM, Clinical aspects of human milk and lactation. Clin Perinatol, 1999; 26: 505-525.*
- McNeilly AS, Lactational amenorrhea. Endocrinol Metab Clin North Am, 1993; 22: 59-73.*
- Kennedy KI, Rivera R & McNeilly AS, Consensus statements on the use of breast feeding as a family planning method. Contraception, 1989; 39: 477-495.*
- Consensus statement: breast feeding as a family planning method. *Lancet, 1988; 8621: 1204-1205.*
- Ramos R, Kennedy KI & Visness CM, Effectiveness of lactational amenorrhea in preventing pregnancy in Manila, the Philippines. Br Med J 1996; 313: 909-912.*
- Kazi A, Kennedy KI, Visness CM & Khan T, Effectiveness of the lactational amenorrhea method in Pakistan. Fertil Steril, 1995; 64: 717-723.*
- Perez A, Labbok MH & Queenan JT, Clinical study of the*

חיסונים

לאחרונה, פורסמה עבודה [42] בה נסקרו התפתחויות האחוריונות לגבי חיסונים הגורמים לייצור נוגדים נגד HCG ו-RH ומסר, שהמתקנים הגיעו לשלבים מתקדמים ונמצאו בעליים מבחינה בטיחותית ו邏輯ית הפיכות. לא נמצא בעיות בסדרות המחוור והנשים המשיכו לביעץ כרגל. על-שם התוצאות, ממשיכים לחתבצע מחקרים לפיתוח חיסון נגד-ההרין. חיסון נגד RH יכול להינתן הן לגברים והן לנשים.

לסיכום, שיטת אמצעי המונעת הנברשת בהנקה תלויה בספר גורמים, כולל הצורך בשיטה זמנית או קבועה, האופן המועדף של הזנת הלוד, החלטה לפני הלידה (לגבי אמצעי מנע בלתי-היפוכיים), כולל הסכמה כתובה והשפעה על הפוריות. להשגת הגנה מרבית, על אשה שאינה מיניקה להיות מוגנת החל מהשבוע הרבעי לאחר הלידה, גם אם המשמעות היא שימוש בשיטה זמנית, כגון קונדום או דיאפרגמה במישלב עם קווטל זרע, עד לבחירה סופית של שיטה.

ההנקה עצמה, אם היא מלאה, מהוות אמצעי מנעה יעיל וטוב למשך חצי שנה. השיטות האחרות שנסקרו במאמר זה, כולל אמצעים מכניים, התקן תוך-רחמי ותכשירים פרוגסטטיביים, מהוות אפשרויות חלופיות. ראוי להזכיר, שકירתה בחשבון של יתרונות מול חסרונות. ראוי שתתוכנן בתחלת הריאון בغالל בעיתת ההפיכות וההנקה מהוות הורית-ינגד לנטיילת גלויות מסוימות.

טבלה 1: יתרונות וחסרונות של השיטה

השיטה	יתרונות	חסרונות
אל-זוסת	(1) אין השפעה על החלב (2) יעיל ל-6 חודשים לאחר לידת נשים בלבד. (3) האפשרות הראשונה והבטשית במיזוג מותפתחות.	בעיקבות ההנקה א-אמצעים חוץ-ים (1) אין השפעה על ההנקה. (2) יעילים מאוד אם משתמשים בהם נכון. (3) מספקים הגנה אסוציאטיבית נגד STD. (4) אין סיכון לאם או לילוד. (5) שיטת המונעת הראשונה בזמן ההנקה.
התקן תוך-רחמי	(1) אין השפעה על החלב. (2) מאד יעילים. (3) שיטת החיבור המעודפת בידים מזומנות.	אל-זוסת (1) אין השפעה על הנקה, או יכול להגביר נפש החלב. (2) יעיל כמו הגלולות המשולבות בזמן ההנקה. (3) שיטת מנעה המעודפת במיזוג מותפתחות וייעילה ביחס למיניות מפותחות.
שיטות על בסיס פרוגסטרון בלבד	(1) אין השפעה על הנקה, או יכול להגביר נפש החלב. (2) יעיל כמו הגלולות המשולבות בזמן ההנקה. (3) שיטת מנעה המעודפת במיזוג מותפתחות וייעילה ביחס למיניות מפותחות.	יעירור (1) אין השפעה על ההנקה. (2) השיטה היעילה ביותר. (3) שיטת מנעה עדיפה רק במקרים מיוחדים בהם נדרש א-אמצעי מנע קבוע.
גיבור ואשה	(1) יעילות ביותר. (2) השפעות חיוביות על סדרות המחוור.	галולות מושולבות (1) יעילות ביותר. (2) השפעות חיוביות על סדרות המחוור.

- lactational amenorrhea method for family planning. Lancet, 1992; 339: 968-970.
9. Verronen P, Breast-feeding reasons for giving up and transient lactational crises. Acta Pediatr Scand, 1982; 71: 447-450.
 10. Diaz S, Seron-Ferre M, Cardenas H & al, Circadian variation of basal prolactin response to suckling and length of amenorrhea in nursing women. J Clin Endocrinol Metab, 1989; 68: 946-955.
 11. Shaaban MM, Sayed GH & Ghaneimah SH, The recovery of ovarian function during breast feeding. J Steroid Biochem, 1987;27:1043-1052.
 12. World Health Organization task force on methods for the natural regulation of fertility. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. Fertil Steril, 1999; 72: 431-440.
 13. Chrapil M, Eskelson CD, Stiffel U & al, Studies on nonoxynol-9, intravaginal absorption, distribution, metabolism and excretion in rats and rabbits. Contraception, 1980; 22: 325-336.
 14. Kennedy K, Post-partum contraception. Bailliere's Clin Obstet Gynecol, 1996; 10:25-41.
 15. Rosenfield AG & Gastadot RG, Early postpartum and immediate postabortion intrauterine contraceptive device insertion. Am J Obstet Gynecol, 1974; 118: 1104-1114.
 16. Annus J, Brat T, Dietelberg P & al, Comparative multicenter trial of three IUDs inserted immediately following delivery of the placenta. Contraception, 1980; 22: 9-18.
 17. Prema K, Duration of lactation and return of menstruation on lactating women using hormonal contraception and IUDs. Contracept Deliv Syst, 1982; 3: 39-46.
 18. Compodonico I, Guerro B & Landa L, Effect of a low-dose oral contraceptive (150 mg of levonorgestrel and 30 mg ethinylestradiol) on lactation. Clin Ther, 1978; 1: 454-459.
 19. Diaz S & Croxatto HB, Contraception in lactating women. Current Opinion Obstet Gynecol, 1993; 5: 815-822.
 20. Goldstuck ND & Halloway G, IUD insertion forces effect of recent childbirth and lactation. Adv Contraception, 1988; 4: 159-64.
 21. Mishell DR & Roy S, Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4-8 weeks postpartum. Am J Obstet Gynecol, 1982; 143: 29-35.
 22. Chen JH, Wu SC, Shao WQ & al, . The comparative trial of Tcu 380A IUD and progesterone-releasing vaginal ring used by lactating women. Contraception, 1998; 57: 371-379.
 23. Sivin I, Diaz S, Croxatto HB & al, Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper-T 380A IUD. Contraception, 1997; 55: 225-232.
 24. Progestogen-only contraceptives during lactation: I. Infant Growth. World Health Organization Task Force for Contraception. Contraception, 1994; 50: 35-53.
 25. Kennedy KI, Short RV & Tully MR, Premature introduction of progestin only contraceptive methods during lactation. Contraception, 1997; 55: 347-350.
 26. Progestogen only contraceptives during lactation: II. Infant development. World Health Organization, task force for epidemiological research on reproductive health: special program of research, development, and research training in human reproduction. Contraception, 1994; 50: 55-68.
 27. Betrabet SS, Shikary ZK & Toddywalla VS, Transfer of a norethisterone (NET) and levonorgestrel (LNG) from a tablet into the infants circulation through the mother's milk. Contraception, 1987; 35: 517-522.
 28. Lahteenmaki PLA, Diaz S, Miranda P & al, Milk and plasma concentrations of the progestin ST-1435 in women treated parenterally with ST-1435. Contraception, 1990; 42: 555-561.
 29. Caird LE, Reid-Thomas V, Hannan WJ, Gow S & Glasier AF, Oral progestogen-only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding women. Clin Endocrinol (Oxf), 1994; 41: 739-745.
 30. Shabaan MM, Contraception with progestogens and progesterone during lactation. J Steroid Biochem Biol, 1991; 40: 705-710.
 31. Frazer TS, A review of the use of progesterone-only minipills for contraception during lactation. Reprod Fertil Dev, 1991; 3: 245-254.
 32. Heikkila M & Luukkainen T, Duration of breast-feeding and development of children after insertion of a levonorgestrel releasing intrauterine device. Contraception, 1982; 25: 279-292.
 33. Patel SB, Toddywalla VS, Betrabet SS & al, At what infant age can levonorgestrel contraceptives be recommended to nursing mothers? Adv Contracept, 1994; 10: 249-255.
 34. Croxatto HB, Diaz S, Peralta O & al, Fertility regulation in nursing women: IV. Long-term influence of a low-dose combined oral contraceptive initiated at day 30 postpartum upon lactation and infant growth. Contraception, 1983; 27: 13-27.
 35. Borglin N & Sandholm L, Effect of oral contraceptives on lactation. Fertil Steril, 1971; 22: 39-41.
 36. Harforche JK, Appearance of contraceptive steroid in human milk: effects on the child. J Biosoc Sci (suppl), 1977; 4: 165-179.
 37. Nilsson S, Mellbin T, Hofvander Y & al, Long-term follow-up of children breast-fed by mothers using oral contraceptives. Contraception, 1986; 34: 443-457.
 38. Mayagoitia SB, Hernandez-Morales C, Macias AM & Vega RR, Luteinizing hormone releasing hormone agonist for postpartum contraception. Adv Contracept, 1996; 12: 27-41.
 39. Epidemiological research on reproductive health; special program of research, development and research training in human reproduction. Adv Contracept, 1996; 12: 15-25.
 40. Fraser HM, Recio R, Conn PM & Lunn SF, Gonadotropin-releasing hormone antagonist for postpartum contraception: outcome for the mother and male offspring in the marmoset. J Clin Endocrinol Metab, 1994; 78: 121-125.
 41. Talwar GP, Fertility regulating and immunotherapeutic vaccines reaching human trials stage. Hum Reprod Update, 1997; 3: 301-310.