

Послеродовая контрацепция

Д.м.н., проф. Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, к.м.н. Ж.А. МАНДРЫКИНА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета (зав. — проф. Ю.Э. Доброхотова) Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва

Postpartum birth control

YU.E. DOBROKHOTOVA, ZH.A. MANDRYKINA

Obstetrics and Gynecology Department Two, Faculty of Therapeutics, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Контрацепция в послеродовом периоде является важной составляющей в сохранении здоровья женщин. В статье указаны принципы выбора метода контрацепции в послеродовом периоде и дана характеристика методов, которые можно использовать после родов (естественные методы контрацепции, воздержание от половых сношений, метод лактационной аменореи, негормональные методы, чисто прогестагеновые контрацептивы, комбинированные гормональные контрацептивы). Подчеркнуто преимущество использования метода лактационной аменореи как временного метода планирования семьи. Даны показания к использованию чисто прогестагеновых препаратов. Указано, что не обнаружено неблагоприятного воздействия применения гестагенсодержащих контрацептивов, способствующих усилению лактации при грудном вскармливании, но начинать их прием следует с 6-й недели послеродового периода в непрерывном режиме. Необходимо проводить дородовое консультирование женщины по вопросам контрацепции в послеродовом периоде.

Ключевые слова: послеродовая контрацепция, метод лактационной аменореи, комбинированные гормональные контрацептивы, чисто прогестагеновые контрацептивы, лактинет.

Postpartum birth control is an important component of preserving female health. The paper indicates the principles of choosing the means of contraception in the postpartum and characterizes methods, such as natural methods of birth control, sexual continence, lactational amenorrhea, nonhormonal methods, pure progestogen contraceptives, combined hormonal contraceptives, to be used after childbirth. Emphasis is laid on the benefit of lactational amenorrhea as a temporal family planning method. The indications for the use of pure progestogen agents are given. The gestagen-containing contraceptives contributing to enhanced lactation on breastfeeding have not been found to have negative effects, but their continuous use should be started at 6 weeks postpartum. It is essential to prenatally consult women on the issues of postpartum birth control.

Key words: postpartum birth control, lactational amenorrhea method, combined hormonal contraceptives, lactinet.

Послеродовой период является уникальным периодом в жизни женщины, в течение которого происходит восстановление органов и систем после перенесенной беременности и родов. Восстановление активности яичников и соответственно возможность наступления новой беременности зависят от многих факторов: времени, прошедшего с момента родов, длительности грудного вскармливания, питания матери и т.д. Процессы инволюции в половых органах роженицы начинаются практически сразу, и уже к 10-му дню после родов полностью формируется цервикальный канал; на 3—4-й неделе происходит закрытие наружного зева; восстановление эндометрия заканчивается на 6—7-й неделе, а в области плацентарной площадки — на 8-й. Менструальная функция восстанавливается у кормящих грудью женщин в среднем через 6 мес, а у не кормящих в течение 4—6 нед после родов. Хотя первые менструальные циклы нередко являются ановуляторными, примерно в 40—78% случаев овуляция предшествует появлению первой менструации [4, 11].

В первые 6—8 нед после рождения ребенка, когда происходят инволютивные процессы во внутренних половых органах, рекомендуется половое воздержание, при

этом вопрос контрацепции становится актуальным уже по окончании второго месяца после родов, так как подавляющее большинство женщин в послеродовом периоде остаются сексуально активными. До 95% рожениц возобновляют половую жизнь в течение 2-го месяца после родов. От 10 до 25 женщин из 100 обращаются в клиники для прерывания беременности в течение первого года после родов, и только около 36% женщин настроены на повторную беременность в ближайшее время [2].

При отсутствии контрацепции риск наступления незапланированной беременности в послеродовом периоде очень высок. Популяционные исследования в странах Европы и Азии показали, что большинство женщин возобновляют половую жизнь на 6-й неделе после родов, причем независимо от таких факторов, как роды через естественные родовые пути или роды путем кесарева сечения, кормит женщина грудью или нет [15].

Исследования последних лет показывают, что наиболее оптимальный интервал между родами для матери и плода составляет от 3 до 5 лет [7]. Уменьшение промежутка времени между родами большинство исследователей связывают с увеличением материнской заболеваемо-

сти и смертности и с худшими перинатальными исходами [16]. Тем не менее проведенные в середине XX века крупномасштабные международные исследования в рамках программы по изучению показателей фертильности (CPS — Contraceptive Prevalence Studies) и репродуктивного здоровья (RHS — Reproductive Health Surveys) (J. Anderson, J. Cleland, 1984; R. Lightbourne и соавт., 1982), показали, что у женщин в послеродовом периоде выявляется один из самых высоких показателей «неудовлетворенной потребности» в контрацепции. Под «неудовлетворенной потребностью» в контрацепции понимают желание женщин предупредить наступление беременности, но не использование методов контрацепции. Несмотря на то что до 98% женщин, находящихся в послеродовом периоде, не хотят иметь ребенка в ближайшие 5 лет, только 40% из них пользуются тем или иным методом планирования семьи. В результате от 10,3 до 28,0% женщин в течение первого года после рождения ребенка обращаются в медицинские учреждения для прерывания беременности [3].

Выбор того или иного метода контрацепции в послеродовом периоде зависит от многих факторов, ведущими из которых являются наличие или отсутствие грудного вскармливания.

Установлено, что у не кормящих грудью женщин овуляция может восстанавливаться уже на 27-й день послеродового периода [5]. Менструация не является ранним маркером возобновления овуляции в послеродовом периоде, поэтому не кормящая грудью женщина должна быть проконсультирована и начать использовать контрацепцию в течение 3 нед после родов.

В случае если по тем или иным причинам в послеродовом периоде у пациентки планируется медикаментозное подавление лактации (например, при ВИЧ-инфекции), женщина должна начать использовать контрацепцию на неделю раньше — со 2-й недели послеродового периода. Это связано с тем, что прием стимуляторов дофаминовых рецепторов ЦНС вызывает более быстрое восстановление секреции гонадотропинов и возобновление овуляции [8, 9]. В этой связи становится очевидным, что именно контрацепция является важнейшим направлением в сохранении здоровья женщин после родов.

В настоящее время выбор методов контрацепции, используемых после родов, весьма разнообразен. Сложность состоит в том, что универсальных, приемлемых во всех случаях, методов предохранения нет.

Выбирая метод контрацепции, необходимо учитывать следующие факторы:

- влияние на лактацию и развитие ребенка;
- эффективность метода;
- возможность возникновения побочных реакций и осложнений;
- пожелания женщины;
- возраст;
- анамнез.

Главную роль в естественной регуляции фертильности играет аменорея (отсутствие менструаций), связанная с длительным грудным вскармливанием. В то же время рассчитывать на 100% эффективность метода можно лишь в первые 6 мес после родов при отсутствии менструаций и полном грудном вскармливании.

В настоящее время существует большой выбор контрацептивных методов, которые можно использовать в послеродовом периоде:

- естественные методы контрацепции (измерение ректальной температуры, календарный метод, исследование шеечной слизи);

- воздержание от половых сношений (абстиненция);
- метод лактационной аменореи (МЛА);

- негормональные методы контрацепции (внутриматочные контрацептивы, барьерные средства);

- чисто прогестагеновые контрацептивы, не содержащие эстрогенного компонента (таблетки мини-пили; парентеральные инъекции, импланты, внутриматочные рилизинг-системы ВМС);

- комбинированная эстроген-прогестинная гормональная контрацепция.

Естественные методы (измерение ректальной температуры, календарный метод, исследование шеечной слизи) не рекомендуются к применению до восстановления регулярных менструаций, так как трудно определить срок овуляции и первой менструации после родов. Цервикальную слизь трудно интерпретировать до возобновления регулярных менструаций. Базальная температура тела изменяется, когда мать просыпается ночью для грудного кормления. Поэтому «ранние утренние» подъемы базальной температуры после овуляции не являются надежными. Но при этом отсутствуют побочные эффекты, и супруги несут совместную ответственность. Эффективность этого метода низкая (при соблюдении всех правил не более 50%).

Воздержание от половых сношений (абстиненция). Абстиненция не влияет на грудное вскармливание. При воздержании существует 100% эффективность защиты от беременности. Этот метод можно использовать в любое время. Но для некоторых пар длительные периоды послеродовой абстиненции труднопереносимы. Поэтому воздержание удобно использовать в качестве промежуточного метода.

В 1988 г. в Италии на Международном совещании были признаны и количественно оценены достоинства и условия применения метода лактационной аменореи в качестве эффективного контрацептивного метода. В резолюции указано, что кормление грудью может обеспечить эффективную контрацепцию на 98%, если [3]:

- у матери не начались менструации (кровотечение после родов, закончившееся и вновь начавшееся до 56-го дня после родов, рассматривается как эпизод восстановления после родов и не считается менструацией);

- мать кормит исключительно грудью (или преимущественно: 1 или 2 раза в день младенцу даются витамины, вода, сок); преимущественное кормление грудью означает, что ребенок получает грудное молоко в количестве, не меньшем 85% объема всей пищи, при этом он может получать в дополнение другую жидкость или продукты, но это дополнение никогда не заменяет кормление грудью;

- перерывы в кормлении не больше 4 ч днем и 6 ч ночью (другие данные — не более 3 ч круглосуточно, период полураспада пролактина — 3 ч);

- возраст ребенка меньше 6 мес.

Основным принципом действия МЛА является поддержание высокого уровня пролактина и снижение уровня гонадотропинов гипофиза, что замедляет циклические процессы в яичниках и, как следствие, созревание яйцеклетки — за счет постоянной секреции молока, усиливаемой регулярным раздражением сосков при грудном вскармливании ребенка [12].

К преимуществам МЛА относятся:

— высокая его эффективность (до 98%) в первые 6 мес после рождения ребенка;

— отсутствие связи с половым актом;

— отсутствие побочных эффектов;

— доступность для всех без исключения кормящих женщин, кроме того, этот метод выгоден и экономически.

МЛА также способствует:

— долговременной пассивной иммунизации ребенка (за счет иммуноглобулинов, содержащихся в молоке матери);

— уменьшению сенсибилизации и вероятности развития аллергических процессов у ребенка (за счет исключительно грудного вскармливания);

— более быстрой инволюции послеродовой матки.

Важно также помнить о недостатках метода лактационной аменореи:

— необходимости постоянного нахождения с ребенком и точного соблюдения всех требований к применению МЛА;

— кратковременность защиты от непланируемой беременности (высокая эффективность отмечается только до возобновления менструаций и не более 6 мес после родов);

— исключительное или почти исключительное грудное вскармливание может представлять сложность для некоторых женщин в силу социальных обстоятельств (учеба, работа и т.д.);

— отсутствие защиты от инфекций, передающихся половым путем (в том числе вирус гепатита В, ВИЧ и др.).

МЛА — временный метод планирования семьи. Чтобы обеспечить эффективную защиту от беременности, женщина, которая использует МЛА, должна быть готова перейти к другому методу планирования, когда любой из критериев МЛА изменится [3].

Она должна знать, что она может забеременеть:

1. При восстановлении менструации. Женщина должна считать любое вагинальное кровотечение (после 56-го дня после родов) предупреждением, что ее фертильность возвращается, даже если это кровотечение не похоже на обычные менструации.

2. Если она начинает давать младенцу любой прикорм или питье.

3. Если изменяется режим вскармливания — возвращение на работу или прекращение кормления грудью ночью.

4. Если ребенку больше 6 мес, даже если менструации не возобновились.

Если произошло что-либо из вышеперечисленного, женщина должна выбрать другой противозачаточный метод. Однако нет никакой необходимости прекращения кормления грудью.

Женщина, которая кормит грудью, имеет особые условия при выборе средства контрацепции. Она должна обратиться к врачу за консультацией по этому вопросу, обязательно предупредив его, что кормит грудью, так как разные методы могут иметь влияние на качество и количество ее грудного молока.

Методы контрацепции можно разделить на категории, основанные на их влиянии на кормление грудью.

Введение ВМС в послеродовом периоде, производимое не позднее 48 ч после родов, считается достаточно безопасной и удобной процедурой, не повышающей риска инфицирования, перфорации или кровотечения. Если ВМС не было введено сразу после родов, рекомендует-

ся подождать 6—8 нед. Основными недостатками метода внутриматочной контрацепции являются: относительно большая (в 1,3—3,3 раза) вероятность возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза; экспульсии.

В послеродовом периоде можно применять барьерные методы предохранения (презервативы, спермицидные кремы, губки, таблетки). Несмотря на меньшую эффективность (75—90%), по сравнению с ВМС и гормональными контрацептивами (92—99%), их применение вполне оправдано в связи с поздним восстановлением менструации, большим количеством ановуляторных циклов и более поздним восстановлением фертильности, особенно у кормящих матерей [3].

Традиционными и наиболее доступными в России барьерными методами контрацепции являются мужские латексные или полиуретановые презервативы и спермициды (вагинальные пленки, таблетки, пенки, гель). Менее распространены женские презервативы, диафрагмы и цервикальные колпачки. Положительным и в значительной мере определяющим фактором популярности презервативов является отсутствие системного влияния на женский организм, лактацию, развитие вскармливаемых грудью детей. Кроме того, презервативы играют важную роль в предотвращении распространения и передачи заболеваний, передающихся половым путем. Нередко использование кремов и презервативов, которые обработаны смазкой, является методом выбора для кормящих женщин, испытывающих сухость во влагалище после родов. Барьерные методы контрацепции можно использовать в любой день менструального цикла и при возобновлении половой жизни после родов, так как они не оказывают никакого влияния на количество и качество грудного молока.

От приема барьерных методов контрацепции следует воздержаться при наличии:

— высокого риска инфицирования ВИЧ при использовании спермицидов и диафрагмы;

— ВИЧ-инфицированных пациентов;

— СПИД;

— синдрома токсического шока в анамнезе при использовании диафрагмы;

— аллергии на латекс при использовании презервативов и диафрагмы из латекса.

Эффективность мужских презервативов достигает 85%, а эффективность спермицидов — 71%.

Рекомендовать комбинированную гормональную контрацепцию (КГК) в послеродовом периоде можно лишь тогда, когда женщина не кормит грудью. Для женщин, кормящих грудью, КГК лучше рекомендовать через 6 мес после родов, так как средства КГК содержат эстроген, обладающий свойством подавлять лактацию и изменять состав молока. Если женщина не кормит грудью, то КГК можно применять после 21 дня послеродового периода, так как в это время ее свертывающая система приходит в норму и риск развития артериальных и венозных тромбозов снижается.

Средства КГК содержат два гормона — эстроген и прогестерон в различных вариантах и дозировках. К этим средствам с ежедневным режимом приема относят комбинированные оральные контрацептивы (КОК) — таблетки. К комбинированным гормональным контрацептивам с еженедельным режимом приема относят накожный контрацептивный пластырь ЕВРА, который должен меняться женщиной каждые 7 дней. К средствам КГК с ежемесяч-

ным режимом приема относится влагалищное кольцо Нова-Ринг, которое меняется самой женщиной ежемесячно.

С целью контрацепции после родов могут быть использованы чисто прогестагеновые препараты, которые являются аналогом гормона желтого тела, созданным в связи с необходимостью исключить эстрогенный компонент, негативно влияющий на лактацию. Особое распространение получили оральные контрацептивы (мини-пили). Для кормящих грудью женщин рекомендовано применение гестагенов в качестве средств контрацепции с 6–7-й недели после родов. Их относят, согласно медицинским критериям приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, к первой категории безопасности. Поэтому мини-пили можно рекомендовать женщинам и через 6 нед послеродового периода, в случае если женщина вводит дополнительный докорм или кормит грудью непостоянно. Данные о потенциальном отдаленном влиянии мини-пилы на развитие детей отсутствуют.

Используются следующие средства, содержащие прогестагены:

- мини-пили (экслютон, микролют);
- инъекции (типа depo-provera);
- имплантаты (типа norplant);
- ВМС с прогестероном (мирена).

В России зарегистрированы и имеются в аптечной сети следующие мини-пили (гормональные контрацептивы, содержащие микродозы синтетических гестагенов без эстрогенного компонента): микролют (0,03 мг левоноргестрела), экслютон (0,5 мг линэстренола), прогестагенсодержащий оральный контрацептив лактинет (0,075 мг дезогестрела), чарозетта (0,075 мг дезогестрела).

Чисто прогестагеновые контрацептивы, в отличие от КОК, не подавляют овуляцию. Их контрацептивный эффект основан на изменении свойств цервикальной слизи, морфологии эндометрия и на замедлении перистальтики маточных труб. Именно этим объясняется тот факт, что на фоне приема мини-пилы возможно наступление внематочной беременности. Аменорея на фоне приема чисто прогестагеновых препаратов обусловлена атрофией эндометрия. При этом чаще встречается аменорея при использовании парентеральных препаратов. Аменорея при использовании имплантатов наблюдается у 7% женщин, внутриматочных систем — у 20%.

Отдельно необходимо выделить контрацептив, содержащий дезогестрел 0,075 мг. Аменорея на фоне приема дезогестрела составляет до 21%. Дезогестрел (лактинет) обладает всеми положительными свойствами мини-пилы и эффективностью, сопоставимой с КОК, поскольку основным контрацептивным эффектом является подавление овуляции в 99% случаев [11, 14].

В отличие от мини-пилы контрацептивный эффект дезогестрела сопоставим с таковым КОК — индекс Перля дезогестрела у не кормящих грудью женщин составляет 0,14, а левоноргестрела — 1,7; по другим источникам — у не кормящих грудью женщин индекс Перля дезогестрела — 0,17, а левоноргестрела — 1,41 [10].

На основании большинства исследований не обнаружено неблагоприятных воздействий применения гестагенсодержащих контрацептивов при грудном вскармливании в отличие от использования КОК, уменьшающих продукцию молока.

Однако существуют определенные опасения о возможном влиянии стероидных гормонов на здоровье ново-

рожденного в течение первых 6 нед жизни, поэтому ВОЗ рекомендует начинать прием чисто прогестагеновых контрацептивов с 6 нед послеродового периода в непрерывном режиме. Не кормящие грудью женщины могут принимать мини-пили сразу после родов без какого-либо вреда для своего здоровья [1]. Делать перерыв не нужно: после использования 1-й упаковки следует начинать прием новой на следующий день, не ожидая менструацию.

В отличие от КОК, чисто прогестагеновые контрацептивы не повышают риск развития артериальных и венозных тромбозов. При приеме дезогестрела в течение 7 мес в непрерывном режиме не выявлено влияния на активность факторов свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем крови.

Гестагены способствуют усилению лактации, повышая при этом освобождение пролактина.

Концентрация прогестинов в грудном молоке составляет не более 10% от их уровня в крови матери из-за их высокого сродства к глобулину, связывающему половые гормоны. Этоногестрел попадает в грудное молоко путем пассивной диффузии. Соотношение содержания этоногестрела в молоке и сыворотке составило 0,37 и 0,55 в 3–4-й и 4–7-й месяцы лактации соответственно [5], что эквивалентно уровню препарата в молоке 98 и 144 пг/мл. Поэтому дети, находящиеся на грудном вскармливании, могут получать 0,01–0,05 мкг/кг этоногестрела в сутки (при ежедневном получении молока 150 мл/кг). Это сравнимо с поступлением прогестагенов при приеме мини-пилы, в неонатальном периоде. Повышение выделения этоногестрела в поздние сроки лактации обусловлено артефактом, связанным с тем, что забор молока на анализ совпадает с пиковой концентрацией этоногестрела в сыворотке крови [3].

Более высокие уровни прогестинов обнаруживаются при использовании их с низкой протеинсвязывающей способностью — таких, как depo-провера. Левоноргестрел и норэтистерон проникают из грудного молока в кровь ребенка при более высоком уровне, чем из крови в грудное молоко матери. Их уровень в плазме крови ребенка составляет примерно 40% от их концентрации в молоке матери. Конечный результат составляет примерно от 1 до 6% от уровня в материнской плазме. Из расчета соотношения массы тела ребенка к массе тела матери (1:20) следует, что ребенок потребляет около 1% материнской дозы прогестинов на килограмм массы тела [3].

Противопоказаниями для применения чисто прогестагеновых контрацептивов являются: рак молочной железы в настоящее время или в анамнезе, кормление грудью до 6 нед беременности, тромбоз глубоких вен и тромбоз легочной артерии в настоящее время, ИБС, инсульт в настоящее время или в анамнезе, мигрень с аурой, заболевания печени.

Вазэктомия (мужская стерилизация). Вазэктомия может быть произведена супругу в любое время. Но этот метод контрацепции необратим и приемлем для тех, кто абсолютно уверен, что не захочет больше иметь детей. Метод не влияет на мужскую потенцию. При малейшем сомнении вазэктомии не следует применять.

Женская стерилизация (трубная окклюзия) — наиболее эффективный метод предохранения от нежелательной беременности. Но этот метод контрацепции необратим и приемлем для тех, кто абсолютно уверен, что не захочет больше иметь детей. По законодательству, в нашей стране медицинская стерилизация как метод контрацепции мо-

жет быть проведена только у тех, кто не моложе 35 лет или имеет не менее 2 детей, либо по медицинским показаниям. Поэтому не следует принимать решение о применении метода под влиянием обстоятельств и эмоционального стресса.

Таким образом, в настоящее время имеется большой выбор контрацептивов для применения в послеродовом периоде, однако их использование среди различных контингентов женщин не может быть одинаковым. Необходимо учитывать воздействие метода контрацепции на лактацию, состояние матери и ребенка.

Качественное консультирование по планированию семьи является одной из приоритетных задач, которую обязан решить врач акушер-гинеколог при ведении женщины после родов. Дородовое консультирование женщины по вопросам планирования семьи дает ей время для того, чтобы обсудить все интересующие вопросы со своим врачом и заранее определиться с выбором метода контрацепции.

Таким образом, дородовое консультирование позволяет увеличить приверженность женщины выбранному методу послеродовой контрацепции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. ВОЗ 2004; 2—13.
2. Руководство по эндокринной гинекологии. Под ред. Е.М. Вихляевой. М 2000; 504—542.
3. Руководство по контрацепции. Под ред. В.Н. Прилепской. М 2006; 249—256.
4. Яглов В.В. Контрацепция после родов. *Consilium Medicum* 2009; 13: 5: 11—17.
5. Bjarnadottir R.I., Geirsson R.T., Gottfredsdottir H. An open non-randomised comparative study on the effects of desogestrel 0,075 mg/day vs. an IUCD on lactation. *Acta Obstet Gynec Scand* 1997; 76: Suppl. 167: Pt 4: 53.
6. Bjarnadottir R.I., Geirsson R.T., Gottfredsdottir H. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *Br J Obstet Gynaec* 2001; 108: 1174—1180.
7. Conde-Agudelo A., Belizan J.M. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. *BMJ* 2000; 321: 1255—1259.
8. Halderman L.D., Nelson A.L. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *Am J Obstet Gynec* 2002; 186: 1250—1256.
9. Hans-Joachim Ahrendt. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007; 12: 4: 354—361.
10. Korver T., Klipping C., Heger-Mahn D. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogenonly pills containing desogestrel 75 mg/day or levonorgestrel 30 mg/day. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1998; 3: 169—178.
11. *Obstetrics and Gynecology at a Glance*. Blackwell Sci 2001; 40: 18—22.
12. Peterson A., Perez-Escamilla R., Labbok M. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception* 2000; 62: 5: 221—231.
13. Rice C.F., Killick S.R., Dieben T., Coelingh Bennink H. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mcg and levonorgestrel 30 mcg daily. *Hum Reprod* 1999; 14: 982—985.
14. Rice C.F. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mg and levonorgestrel 30 mg daily. *Hum Reprod* 1999; 14: 4: 982—985.
15. Rowland M., Foxcroft I., Hopman W.M., Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1366—1367.
16. Setty-Venugopal V., Upadhyay U.D. Birth spacing. Three to five saves lives. *Popul Rep L* 2002; 13: 1—23.
17. Winkler U.H., Howie H., Buhler K. A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 ng desogestrel or 30 ng levonorgestrel. *Contracept* 1998; 57: 385—392.