



## УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

**Эгамбердиева  
(Мамирова) М.У**

*магистр 3-курса Ташкентской медицинской  
академии (ТМА)*

Annotatsiya

Оптимизация послеоперационной реабилитации пациентов с избыточной массой тела и ожирением продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем в настоящее время. Эффективность гормональных контрацептивов может быть связана с метаболическими изменениями у пациентов с ожирением, с увеличением массы тела и жировых отложений.

**Kalit so'zlar:**

Проанализировать приемлемость, побочные эффекты и осложнения обратимого метода контрацепции - КПП, назначаемого после абдоминальных родов женщинам с избыточным весом.

**Материалы исследования.** Исследование проводилось в родильном доме № 2 города Самарканда для оценки клинического исхода, а также для изучения некоторых клиничко-лабораторных показателей чистой прогестиновой контрацепции у женщин с избыточной массой тела, перенесших кесарево сечение.

**Полученные результаты.** В течение всего периода наблюдения были выяснены аспекты общего состояния здоровья женщин с избыточной массой тела после кесарева сечения чистыми прогестиновыми контрацептивами, а также выявлено появление нежелательных симптомов и побочных реакций, а также эффективность контрацепции.

Было обнаружено, что эффективность противозачаточных средств была значительно высокой, и в течение 12 месяцев ни одна женщина не забеременела.

**Выводы.** Использование чистого прогестина для женщин с избыточным весом после кесарева сечения - практичный, удобный, безопасный, эффективный и приемлемый метод контрацепции.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, обратимая контрацепция, чисто прогестиновая контрацепция, приемлемость, избыточный вес.

**Вступление.** Одна из характерных черт современного акушерства - наличие двойственного отношения к операции кесарева сечения. С одной стороны, наблюдается устойчивая тенденция к увеличению частоты

абдоминальных родов, а с другой стороны, также предпринимаются попытки оптимизировать частоту этой операции за счет расширения возможности вагинальных родов у пациенток с рубцом на матке. [2, 6]. Объективно считается, что кесарево сечение - необходимая операция, когда речь идет о жизни и здоровье матери и ребенка. Однако большинство экспертов утверждают, что в каждом третьем случае оно проводится необоснованно, что подвергает женщин и их детей ненужным дополнительным рискам. Каждое последующее кесарево сечение увеличивает риск осложнений во время следующей беременности, включая высокую вероятность разрыва матки. Повторные операции - один из факторов, ограничивающих количество потенциальных родов для женщины. Среди осложнений беременности и родов, являющихся показаниями для кесарева сечения, важная роль принадлежит состояниям, связанным с ожирением [1, 5]. Частота абдоминальных родов с избыточной массой тела, по данным литературы, колеблется от 40 до 100% в зависимости от тяжести ожирения [4]. В связи с этим оптимизация реабилитации в послеоперационном периоде у пациентов с избыточной массой тела и ожирением продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем. Эффективность гормональных контрацептивов может быть связана с метаболическими изменениями у женщин с ожирением, избыточной массой тела или жировыми отложениями. Ежегодно примерно 51% беременностей во всем мире являются непреднамеренными. Вероятно, что многие из этих незапланированных беременностей происходят среди женщин с ожирением, поскольку ожирение в значительной степени связано с неиспользованием контрацепции. Фактически, женщины с индексом массы тела (ИМТ) более 30 кг / м<sup>2</sup> реже используют противозачаточные средства, чем женщины с ИМТ менее 24 кг / м<sup>2</sup>.

Незапланированная беременность у полных женщин вызывает особую озабоченность из-за более высокого риска беременности, связанного с ожирением. Риски для матери включают более частое кесарево сечение, гестационную гипертензию, гестационный диабет и преэклампсию.

Для врачей важно учитывать потребности пациентов с ожирением в планировании семьи, чтобы предотвратить нежелательную беременность и последующие акушерские осложнения. Для женщин репродуктивного возраста, страдающих ожирением, консультирование по вопросам контрацепции особенно полезно, поскольку они могут недооценивать свою фертильность из-за нерегулярных менструаций, вызванных ановуляцией. Кроме того, женщины с ожирением могут пожелать использовать противозачаточные средства, чтобы оптимизировать свой вес до зачатия, чтобы иметь более здоровую беременность.

Женщины с ожирением могут избегать использования противозачаточных средств из-за опасений, что гормоны могут способствовать увеличению веса. Однако большинство исследований показали, что увеличение веса с помощью многих методов контрацепции аналогично увеличению веса в зависимости от возраста. Связь между набором веса и методами, принимающими только прогестин, также не установлена.

Противозачаточные таблетки, содержащие только прогестин, остаются эффективным методом лечения женщин с ожирением.

**Цель:** проанализировать приемлемость, побочные эффекты и осложнения обратимого метода контрацепции - КПП, назначаемого после абдоминальных родов женщинам с избыточным весом.

**Материалы и методы исследования.** В ходе нашей работы было обследовано 73 женщины в возрасте от 18 до 38 лет с индексом массы тела (ИМТ) 25–30 кг / м<sup>2</sup>. Все пациентки родильного дома №2 г. Самарканда имели абдоминальный тип родов. Наблюдаемые пациенты были разделены на 2 группы: I группа - 38 человек, использовавших в послеродовом периоде чистый прогестинный контрацептив Дезогестрел 0,075 мг (Лактинет). II контрольную группу составили 35 женщин, перенесших кесарево сечение и не использовавших гормональные методы контрацепции. В группу наблюдаемых женщин не вошли пациенты с нейроэндокринными нарушениями, с ИМТ более 30 кг / м<sup>2</sup>, страдающие тяжелой и декомпенсированной соматической и гинекологической патологией. Распределение женщин по возрасту, соматической патологии, паритету в наблюдаемых группах не различалось. Исследование было проспективным и проводилось до и через 12 месяцев после абдоминальных родов и включало определение следующих параметров: уровень глюкозы в сыворотке крови натощак и после стандартного теста толерантности к глюкозе, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды. Биохимические параметры крови, взятой натощак из пролежневой вены, определяли полуавтоматической аналитической системой с использованием адаптированных фотометрических микрометодов, которые представлены унифицированными методами биохимических исследований со стандартным набором реагентов. У всех женщин до и после окончания наблюдаемого периода определялся вес и рассчитывался ИМТ по методу, предложенному Дж. Бреем в 1987 г. Достоверность разницы между данными основной и контрольной групп определялась на основании по расчету критериев студентов.

**Полученные результаты.** Менструальная функция практически полностью восстановилась через 4-9 мес послеоперационного периода (таблица 1). Средний период восстановления менструального цикла у женщин, выбранных для ППК, составил  $5,6 \pm 1,3$  месяца. У женщин контрольной группы менструальный цикл восстановился в среднем через  $6,1 \pm 1,4$  мес.

**Таблица 1 Распределение пациенток в зависимости от восстановления менструального цикла после операции**

Recovery of menstrual cycle	PPC – abs. (%) n=38	Control group - abs. (%) n=35
After 1 month	7 (18,4)	7 (20)
After 3 months	11 (28,9)	11 (31,4)
After 6 months	13 (34,2)	9 (25,7)
After 12 months and further	7 (18,4)	7 (20)

До 6 месяцев после кесарева сечения менструация возобновилась у 47,4% женщин, использовавших КПП. В контрольной группе до этого времени менструация возобновилась у 51,4% женщин.

Только у 4 женщин первая менструация характеризовалась гиперполименореей, у 2 женщин - гипополигоменореей. Второй и последующие менструальные циклы у женщин контрольной группы протекали без отклонений от нормы.

Продолжительность лактации была разной. По истечении периода наблюдения количество кормящих женщин уменьшилось, и к 12-му месяцу послеродового периода только 36,4% женщин кормили грудью. В группе женщин, использующих противозачаточные средства на основе чистого прогестина Лактинет для предотвращения нежелательной беременности, общая частота побочных эффектов и осложнений существенно не отличалась от женщин контрольной группы. Однако спектр побочных реакций был своеобразным (таблица 2). Как видно из таблицы, только у 10 из 38 женщин, получавших Лактинет, наблюдались побочные реакции, из которых только у 6 женщин, принимавших Лактинет, возникли такие осложнения, как нарушение менструальной функции. Однако у 28 женщин (73,9%) применение перорального гестагена не вызвало каких-либо нарушений самочувствия. Таблица 2 Частота побочных реакций и осложнений у женщин, применявших Лактинет.

При этом было отмечено, что частота осложнений при приеме Лактинета у женщин, перенесших кесарево сечение, незначительно превышала их количество у женщин контрольной группы. Основной спектр реакций и осложнений при приеме Лактинета был связан с нейроэндокринной регуляцией менструальной функции. Побочные реакции и осложнения встречались практически с одинаковой частотой в обеих группах (26,3% и 25,7% соответственно). Только у женщин, перенесших кесарево сечение и принимавших КПП, ациклические маточные кровотечения возникали почти в два раза чаще, чем у женщин контрольной группы (15,7% и 8,6% соответственно) ( $p < 0,05$ ). Нарушения менструального цикла у женщин, принимавших Лактинет, проявлялись в основном кровянистыми выделениями в течение нескольких дней после окончания нормальной менструации. Следует отметить, что у пациенток после операции с начальным нарушением менструального цикла наблюдался положительный эффект от приема Лактинета к 12-му месяцу применения КПП.

Средняя продолжительность грудного вскармливания у женщин, перенесших кесарево сечение и принимавших Лактинет ППК, составила  $7,0 \pm 2,3$  месяца. Эти данные достоверно не отличались от средней продолжительности лактации ( $7,0 \pm 2,2$  месяца) у женщин, не использовавших противозачаточные средства. ( $p < 0,05$ ).

Показатели общего анализа крови с применением чистых прогестиновых контрацептивов оставались в пределах физиологической нормы ( $p < 0,05$ ).

Показатели гемостаза также были в пределах нормы ( $p < 0,05$ ). Исходные значения состояния у женщин, применявших КПП, и у женщин контрольной группы через 12 месяцев имели следующие значения:

фибриноген -  $3,02 \pm 0,3$  г / л, ПТИ -  $83,0 \pm 1,6\%$  и фибриноген -  $3,08 \pm 0,3$  г / л, ПТИ -  $82,0 \pm 1,6\%$  соответственно ( $p < 0,05$ ).

Следует отметить, что в обеих наблюдаемых группах не было статистически значимой разницы в значениях ИМТ (рис. 1). При оценке средних



значений следует выделить небольшое клинически незначимое увеличение данного показателя за анализируемый период с  $27,8 \pm 1,2$  кг / м<sup>2</sup> до  $28,2 \pm 1,1$  кг / м<sup>2</sup> в I группе, с  $28,7 \pm 1,3$  кг / м<sup>2</sup> до  $29,4 \pm 1,2$  кг / м<sup>2</sup> - во II группе.

При оценке биохимических показателей среднее значение уровня глюкозы натощак и после пробы на толерантность к глюкозе у обследованных пациентов всех групп не превышало нормативных значений как до, так и через 12 мес с момента хирургических родов (таблица 3) ( $p < 0,05$ ).

Таблица 3 Среднее значение уровня глюкозы натощак и после теста толерантности к глюкозе у исследуемых пациентов

Аналогичные данные были получены при определении концентрации общего холестерина сыворотки крови. За исследуемый период его показатели увеличились у женщин I группы с  $4,31 \pm 0,11$  ммоль / л до  $4,59 \pm 0,20$  ммоль / л. Статистической значимости различий между показателями холестерина и его фракций, а также триглицеридов в I и II группах как до кесарева сечения, так и после применения контрацептива не выявлено. При оценке средних значений показателей липидного обмена отмечается небольшое снижение ЛПНП, повышение ЛПВП, что более заметно в I группе у женщин, принимающих Лактинет ( $2,92 \pm 0,08$  ммоль / л и  $27,5 \pm 0,28$  ммоль / л до операции и  $29,5 \pm 0,29$  ммоль / л и  $28,5 \pm 0,28$  ммоль / л после операции). Контрольная группа  $27,8 \pm 0,28$  ммоль / л до операции и  $28,2 \pm 0,29$  ммоль / л после операции). Через 12 месяцев  $2,83 \pm 0,16$  ммоль / л;  $1,36 \pm 0,09$  ммоль / л и  $1,45 \pm 0,10$  ммоль / л до приема противозачаточного средства и через 12 месяцев соответственно). Однако средние значения холестерина и триглицеридов несколько выше, чем у пациентов, которые вообще не получали гормональные препараты.

Принципиальное значение при выборе контрацептива после абдоминальных родов для женщин с избыточным весом имеет форма контрацепции. В связи с этим у женщин с избыточной массой тела мы считаем оправданным применение препаратов, содержащих гестагенный компонент третьего поколения (дезогестрел), не обладающих проанδροгенными свойствами. Данные, полученные нами при изучении динамики показателей углеводного и липидного обмена, не имеют существенных различий. На основании полученных результатов следует сделать вывод, что после абдоминальных родов у женщин с избыточной массой тела для регулирования цикла и предотвращения прогрессирования метаболических нарушений оправдано применение гормональных контрацептивов, содержащих гестагены третьего поколения.

**Вывод.** Использование чистых прогестиновых контрацептивов в послеоперационном периоде у женщин с избыточным весом более целесообразно, так как оно не влияет на вес женщины, регулирует менструальный цикл, вызывает меньшие изменения липидного профиля, а также отличается легкостью применения. Наши основные рекомендации врачу первичной медико-санитарной помощи женщинам с избыточным весом, перенесшим кесарево сечение: 1. Информировать акушерских пациентов с ожирением после абдоминальных родов об акушерском риске, связанном с ожирением, и обсудите варианты контрацепции. 2. Обсудите со всеми пациентами, что увеличение веса с помощью противозачаточных средств

обычно такое же, как увеличение веса с учетом возраста, за некоторыми исключениями. 3. Объясните пациентам с ожирением, что существует ограниченная литература об эффективности методов контрацепции у полных женщин. Подчеркните, что даже если эффективность может быть немного ниже, все же лучше использовать контрацепцию, чем иметь нежелательную беременность, особенно после кесарева сечения.

### **Список литературы.**

1. Андреева Е. Н. и др. Ожирение и продуктивная функция у женщин: эпигенетические и сомато-психологические особенности // Ожирение и метаболизм. - 2019. - Т. 16. - №. 2.
2. Дворянский С. А., Емельянова Д. И. Ожирение и женское репродуктивное здоровье (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник. - 2020. - №. 2 (66).
3. Курбаниязова В.Е., Рахимовна К.Д. Перспективы реабилитации женщин при кесаревом сечении // Европейский журнал молекулярной и клинической медицины. - 2020. - Т. 7. - №. 3. - С. 4385-4398.
4. Лопес Л. М. и др. Гормональные контрацептивы для контрацепции у женщин с избыточным весом или ожирением // Кокрановская база данных систематических обзоров. - 2016. - №. 8.
5. Rocha A. L. L. et al. Безопасность гормональной контрацепции для женщин с ожирением // Экспертное заключение о безопасности лекарственных средств. - 2017. - Т. 16. - №. 12. - С. 1387–1393.