

АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЕЙ ТЯЖЕСТИ

ANALYSIS OF GYNECOLOGICAL AND OBSTETRIC ANAMNESIS IN PREGNANT WOMEN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA OF VARIOUS DEGREES OF SEVERITY

**E. Belikova
T. Kolesnikova
M. Tashalieva
T. Irzakhanova
H. Ziyara
S. Dedkova**

Summary. One of the policy directions in Russia is to increase the birth rate and improve the welfare of citizens. The problem of anemia during pregnancy remains relevant to this day, as it negatively affects the health of the mother and child. The incidence of this pathology among the female population remains high. This article provides an analysis of gynecological and obstetric anamnesis in pregnant women with iron deficiency anemia of various degrees of severity. The provoking factors for the development of anemia during pregnancy are prolonged menstruation, a short menstrual cycle, inflammatory diseases of the uterus and appendages, ovarian dysfunction, uterine fibroids, the interval between childbirth is less than three years. Iron deficiency anemia contributes to the development of colpitis during pregnancy.

Keywords: iron deficiency anemia, pregnancy, childbirth, menstrual cycle, inflammatory diseases of the uterus and appendages, ovarian dysfunction, uterine fibroids, colpitis.

Беликова Елена Владимировна

Доцент, кандидат медицинских наук., доцент,
Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева, г. Саранск
bel.ev66@mail.ru

Колесникова Татьяна Александровна

Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева, г. Саранск
tanusick.m@yandex.ru

Ташалиева Муштарий Фарход кизи

Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева, г. Саранск
mushtariy.farxadova@mail.ru

Ирзаханова Табика Магомедовна

Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева, г. Саранск
tabika05@mail.ru

Зияра Хасан Сабах Ибрахим

Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева, г. Саранск
hassan.ziyara@gmail.com

Дедкова Софья Игоревна

Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
имени Н.П. Огарева, г. Саранск
Dedsona40@gmail.com

Аннотация. Одним из направлений политики в России является увеличение рождаемости, повышение благосостояния граждан. Проблема анемии во время беременности до настоящего времени остается актуальной, так как она негативно отражается на здоровье матери и ребенка. Остаются высокими показатели встречаемости этой патологии среди женского населения. В данной статье приводится анализ гинекологического и акушерского анамнеза у беременных с железодефицитной анемией различных степеней тяжести. Провоцирующими факторами для развития анемии во время беременности являются длительные менструации, короткий менструальный цикл, воспалительные заболевания матки и придатков, дисфункция яичников, миома матки, промежуток между родами менее трех лет. Железодефицитная анемия способствует развитию кольпита во время беременности.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, беременность, роды, менструальный цикл, воспалительные заболевания матки и придатков, дисфункция яичников, миома матки, кольпит.

Как известно, одним из направлений политики в России является увеличение рождаемости, повышение благосостояния наших граждан. Для рождения здорового потомства большое значение имеет благоприятное течение беременности, родов, послеродового периода. При анализе возможных осложнений во время гестации, мы обратили внимание на железодефицитную анемию (ЖДА), так как она негативно отражается на здоровье матери и ребенка. Частота встречаемости этой патологии остается высокой. В России в 2021–2022 гг. анемия встречалась у 1446,1–1507,4 человек. Среди беременных, рожениц и родильниц этот показатель составил 35,4–34,6. Заболеваемость анемией детей первого года жизни 79,3–75,1 [1]. Около 90 % всех анемий у беременных приходится на долю железодефицитной (ЖДА). Железодефицитная анемия — это синдром, характеризующийся нарушением синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа и проявляющийся анемией. По определению Всемирной Организации Здравоохранения нижним пределом для уровня гемоглобина у беременных женщин считается менее 110 г/л в первом и третьем триместрах, менее 105 г/л во втором триместре, менее 100 г/л в послеродовом периоде. По степени выраженности анемии подразделяют: легкая степень — 90–109 г/л, средняя степень — 70–89 г/л и тяжелая степень — менее 70 г/л [2].

Немало работ посвящено изучению влияния железодефицитной анемии на течение беременности, родов, послеродового периода [3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13]. Авторы приводят аспекты здорового образа жизни с целью профилактики этого заболевания [14]. Однако проблема до сих пор остается актуальной.

Все вышесказанное определило цель наших исследований: провести анализ гинекологического и акушерского анамнеза у беременных с железодефицитной анемией в Республике Мордовия.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось путем сравнительного анализа гинекологического и акушерского анамнеза у беременных с железодефицитной анемией различных степеней тяжести. Данные анализа приведены в процентах и представлены в виде рисунков. Проведено сравнение показателей.

Первую группу составили беременные с анемией легкой степени тяжести, во вторую вошли беременные с анемией средней степени тяжести, в третью группу — беременные без анемии.

Результаты исследования и их обсуждение

Беременные с анемией легкой степени тяжести, как правило, жалоб не предъявляли. При анемии средней

степени тяжести отмечались: бледность кожных покровов, слабость, в небольшом проценте случаев (7,7 %) отмечался шум на верхушке сердца. В первой группе оказались женщины, у которых анемия возникла во время беременности, во второй группе — женщины с анемией, возникшей до беременности.

Как известно, одной из причин развития железодефицитных анемий у женщин являются кровопотери различной этиологии. Значительное количество крови теряется во время менструации. Менструальный цикл — это сложный физиологический процесс взаимодействия между многими тканями, клетками и гормонами женского организма [15]. Данные менструальной функции представлен на рисунке №1.

При сравнении групп между собой, было выявлено, что у большинства беременных женщин менструации пришли в срок, лишь у 7,7 % женщин без анемии было позднее начало менструации.

У всех обследованных женщин продолжительность менструации менее трех дней не наблюдалось. У беременных без ЖДА наиболее часто отмечалось продолжительность менструации 3–5 дней (61,5 %). У беременных с ЖДА легкой степени этот показатель встречался в меньшем проценте случаев (36,8 %). У беременных с ЖДА средней степени тяжести он составил 27,3 %. Продолжительность менструации 5–7 дней у здоровых беременных встречалась реже (38,5 %), а у беременных с ЖДА значительно чаще (у беременных с ЖДА легкой степени — 68,4 %, у беременных с ЖДА средней степени — 63,6 %). Следует отметить, что длительные менструации, более 7 дней, отмечались только у беременных с ЖДА средней степени тяжести (27,3 %).

При анализе цикличности менструального цикла выявлено что, у здоровых беременных наиболее часто отмечался длительный менструальный цикл (26–30 дней у 46,2 %, 30–35 дней — у 30,8 %). В небольшом проценте случаев у этих женщин цикл был 35 дней и более (15,4 %). У беременных с ЖДА цикл 35 дней и более встречался гораздо реже (у беременных с ЖДА легкой степени — 5,3 %, у беременных с ЖДА средней степени — 9,1 %). Более короткий цикл (21–25 дней) встречался гораздо чаще у беременных с ЖДА по сравнению с контролем (легкая степень — 10,5 %, средняя степень — 18,2 %). Цикл 26–30 дней, соответственно, у женщин с ЖДА легкой степени составил 52,6 %, у беременных с ЖДА средней степени — 54,5 %. Цикл более длительный (30–35 дней) встречался у женщин с ЖДА легкой степени в 31,6 % случаев, у женщин с ЖДА средней степени в 30,8 % случаев). Таким образом, к причинам дефицита железа в организме во время беременности могут привести длительные менструации и короткий менструальный цикл. При этом нарушается равновесие между

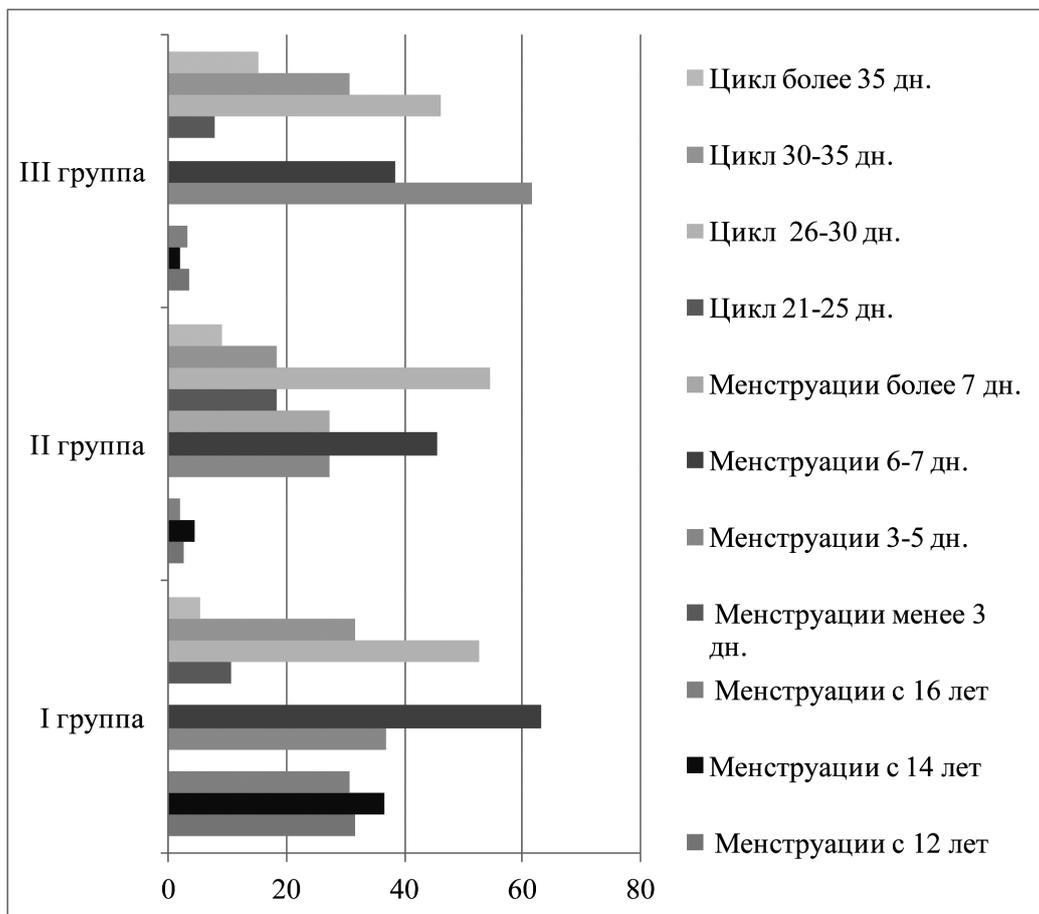


Рис. 1. Менструальная функция у обследованных женщин

поступлением и расходом железа, необходимого для эритропоэза. Повышенная потеря железа, при которых данный микроэлемент не успевает депонироваться, происходит при менструальных кровопотерях, предшествующих беременности. При обильных менструациях возможна потеря железа в количестве 50–250 мг железа [2].

Следующим этапом наших исследований явилось изучение перенесенных и сопутствующих гинекологических заболеваний у обследованных беременных женщин. Результаты представлены на рисунке №2

Эктопия шейки матки — это расположение цилиндрического эпителия, выстилающий канал шейки матки, на влажной ее поверхности [15]. При осмотре в гинекологических зеркалах эктопия выглядела как красное пятно вокруг наружного отверстия цервикального канала. Самые распространенные причины — это гормональное воздействие и инфекционный процесс в организме женщины [15]. В наших исследованиях данная патология примерно с одинаковой частотой встречалась у всех обследованных женщин. У беременных с ЖДА легкой степени — 15,8 %, у беременных с ЖДА средней степени тяжести в 18,2 % случаев, у беременных без ЖДА — 15,4 %. Следовательно, можно предпо-

ложить, что эктопия шейки матки существенно не влияет на развитие анемии во время беременности.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) — это воспалительные заболевания органов верхнего отдела женского репродуктивного тракта, включающие эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит и их сочетания [15]. В наших исследованиях встречались неспецифические воспалительные заболевания матки и придатков. При сравнении групп между собой мы выявили, что генитальное заболевание наиболее часто было выявлено у беременных с ЖДА легкой степени (31,6 %) и у беременных с ЖДА средней степени тяжести (36,4 %). У беременных без ЖДА этот показатель был значительно ниже — 7,7 %. Есть мнение различных авторов о существовании так называемого перераспределительного дефицита железа, возникающего при хронических воспалительных заболеваниях, при которых большая концентрация микроэлемента распределяется в очаге воспаления [2].

Кольпит — это воспаление слизистой оболочки влагалища. Заболевание может вызываться специфическими и неспецифическими микроорганизмами. Коль-

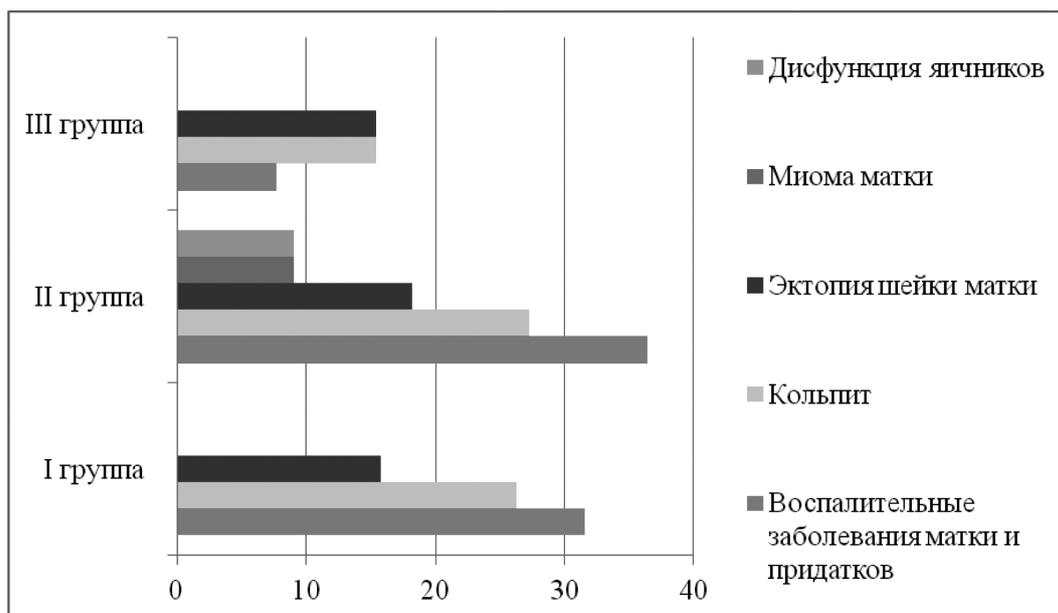


Рис. 2. Гинекологические заболевания у обследованных женщин

пит — одно из самых распространённых заболеваний женской половой сферы, которым наиболее часто страдают женщины репродуктивного возраста. Если женщина здорова, то флора влагалища состоит в основном из влагалищных палочек Додерлейна, которые вырабатывают молочную кислоту, оказывающую губительное действие на различные микробы. Инфекция легко проникает в организм матери, все иммунные механизмы которого направлены на поддержание жизни и развития плода. Из-за перестройки гормонального фона во влагалище образуется щелочная среда, благоприятная для размножения и колонизации бактерий. Гормональная перестройка и снижение иммунитета при беременности являются предрасполагающими факторами для развития кольпита во время беременности [15]. В наших исследованиях данная патология с примерно одинаковой частотой встречалась у беременных женщин с ЖДА (в первой группе — 26,3 %, во второй группе — 27,3 %). У беременных без ЖДА этот показатель был значительно ниже (15,4 %). Можно предположить, что ЖДА способствует развитию кольпита во время беременности.

Миома матки — это доброкачественная опухоль, возникающая в мышечном слое матки — миометрии. Она является одним из самых распространенных заболеваний у женщин, достигая частоты 12–25 % от всех гинекологических заболеваний. Наиболее высокая заболеваемость миомой матки приходится на поздний репродуктивный период [15]. В наших исследованиях в небольшом проценте случаев встречалась интерстициальная миома матки у беременных с ЖДА средней степени тяжести (9,1 %).

Дисфункция яичников — это нарушение функциональной активности яичников, которое характеризуется

изменением гормонального фона. Дисфункция яичников может являться результатом воспаления или гормонального дисбаланса на уровне гипоталамо-гипофизарного комплекса. Все физиологические механизмы, происходящие в яичниках, контролируются гормонами, которые продуцируются в гипоталамусе и гипофизе [15]. В наших исследованиях дисфункция яичников встречалась в небольшом проценте исследований у беременных с ЖДА средней степени тяжести (9,1 %).

На следующем этапе мы анализировали акушерский анамнез у беременных женщин. Акушерский анамнез — это собирательное понятие, под которым понимают исходы предыдущих беременностей, родов. Данные акушерского анамнеза представлены на рисунке 3.

Анализируя данную таблицу видно, что у большинства обследованных беременных была выявлена повторная беременность и предстоящие повторные роды. Так в первой группе этот показатель был 68,4 %, во второй группе — 63,6 %, в третьей группе — 61,5 %. Промежуток между родами менее 3 лет в первой группе составил 30,8 %, во второй группе — 71,4 %, в третьей группе таких беременных не было. Организм женщины не успевает восполнить возникший в предыдущую беременность дефицит микроэлемента. Происходит истощение запасов железа в депо. Таким образом, можно предположить, что частые повторные роды с коротким промежутком являются провоцирующим фактором развития анемии во время беременности.

При анализе медицинских аборт и выкидышей нами установлено, что данные показатели примерно с одинаковой частотой встречались во всех группах. У беременных с ЖДА легкой степени тяжести в 15,8 %

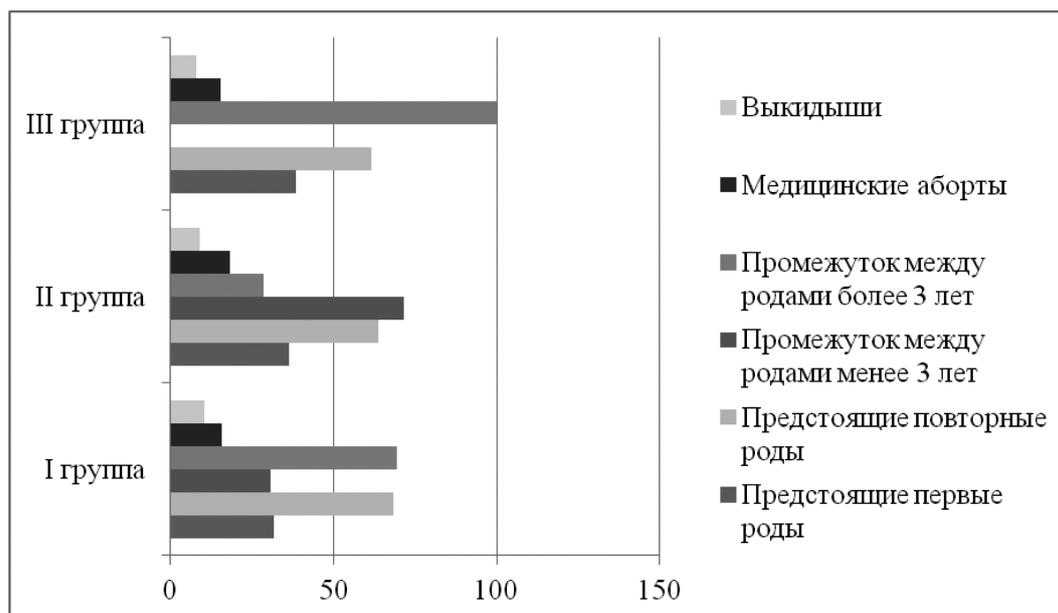


Рис. 3. Акушерский анамнез у обследованных беременных женщин

и 10,5 %, во второй группе — 18,2 % и 9,1 %, в третьей группе — 15,4 % и 7,8 %. Можно предположить, что данные показатели существенно не влияют на развитие анемии во время беременности.

Заключение

Провоцирующими факторами для развития анемии во время беременности являются предшествующие дли-

тельные менструации и короткий менструальный цикл, а также воспалительные заболевания матки и придатков, дисфункция яичников, миома матки, промежуток между родами менее трех лет. Сама железодефицитная анемия способствовала развитию кольпита во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в России.2023: Стат. сб. /Росстат. — М., 2023. — 179с.
2. Петров Ю.А., Горяева А.Э. Железодефицитная анемия у беременных //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2018. — №5–1. — С. 240–244.
3. Петрова Е.А., Беликова Е.В. Анемия у беременных // Актуальные проблемы фундаментальных и прикладных наук. Сборник научных трудов I Всероссийского студенческого научного форума с участием молодых исследователей. — Саранск, 2012. — С. 130–131.
4. Юматова Н.С., Беликова Е.В., Авдеева Н.А. Влияние анемии на течение беременности //Актуальные проблемы медико-биологических дисциплин: Сборник научных трудов III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием молодых ученых, аспирантов, студентов, Саранск, 22–23 мая 2014 года. — Саранск: Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, 2012. — С. 12–17.
5. Беликова Е.В., Авдеева Н.А. Влияние анемии на течение беременности / Е.В. Беликова, Н.А. Авдеева, Н.С. Юматова // Актуальные проблемы медико-биологических дисциплин. Сборник научных трудов III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием молодых ученых, аспирантов и студентов. — Саранск, 2014. — С. 12–14.
6. Сухорукова М.А., Слугина В.А., Теплова М.М., Беликова Е.В. К вопросу о влиянии анемии на течение беременности, развитие плода и новорожденного //Актуальные проблемы медико-биологических дисциплин: Сборник научных трудов V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием молодых ученых, аспирантов, студентов. В 2-х частях, Саранск, 20 мая 2021 года /Под редакцией Л.А. Балыковой, Л.В. Матвеевой. Том Часть 1. — Саранск: Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, 2021. — С. 11–16.
7. Худайберенова О.Д., Худайберенов Р.Д., Беликова Е.В. Пиелонефрит у беременных с анемией: лечение // Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема: Метериалы V межрегиональной научно-практической конференции, Саранск, 20 мая 2021 года. — Саранск: Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, 2022. — С. 189–194.
8. Анашкова М.Ю., Беликова Е.В. К вопросу о факторах риска развития железодефицитной анемии во время беременности. В сборнике: Актуальные проблемы медико-биологических дисциплин. Сборник научных трудов V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием молодых ученых, аспирантов, студентов. В 2-х частях, Саранск, 20 мая 2021 года / Под редакцией Л.А. Балыковой, Л.В. Матвеевой. Том Часть 1. — Саранск: Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, 2021. — С. 5–10.

9. Абдуллаева З.М., Хализова М.В., Беликова Е.В. Частота встречаемости различных синдромов у беременных с железодефицитной анемией и урогенитальной инфекцией. Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема: материалы VI межрегиональной. научно-практической конференции, Саранск 2022, с.13–17.
10. Хализова М.В., Абдуллаева З.М., Беликова Е.В. Урогенитальные инфекции и железодефицитная анемия у беременных женщин. //Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема: материалы VI межрегиональной. научно-практической конференции, Саранск 2022, с. 273–277.
11. Хализова М.В., Абдуллаева З.М., Беликова Е.В. Анализ кардиограмм у беременных с железодефицитной анемией и урогенитальными инфекциями. // Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема: материалы VI межрегиональной. научно-практической конференции, Саранск 2022, с. 269–273.
12. Левакина Ю.А., Мамедова З.С., Беликова Е.В., Радынова С.Б., Тюрина Е.П. Лабораторная диагностика железодефицитной анемии, сочетанной с урогенитальными инфекциями. // Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема: Материалы VII межрегиональной научно-практической конференции, Саранск 2023, с.219-224.
13. Левакина Ю.А., Мамедова А.С., Калгина И.Н., Беликова Е.В. Современные взгляды на этиологию, патогенез, клинику и диагностику железодефицитной анемии во время беременности // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи.2023. №5. С.26–28.
14. Авдеева Н.А. Некоторые аспекты здорового образа жизни. Проблемы современной науки и инновации. 2023. №1. С. 8–11.
15. Гинекология: учеб. Для студентов мед. Вузов /под ред. Г.М. Савельевой В.Г. Бреусенко. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — (Учебник для вузов).

© Беликова Елена Владимировна (bel.ev66@mail.ru); Колесникова Татьяна Александровна (tanusick.m@yandex.ru);
Ташалиева Муштарий Фарход кизи (mushtariy.farxadova@mail.ru); Ирзаханова Табика Магомедовна (tabika05@mail.ru);
Зияра Хасан Сабах Ибрахим (hassan.ziyara@gmail.com); Дедкова Софья Игоревна (Dedsona40@gmail.com)
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»