

Связь Гиперменореи С Исходами Беременности: Анализ Факторов Риска И Стратегии Ведения

Насирова З. А.¹, Каххорова З.²

Аннотация: Обильные маточные кровотечения (ОМК) являются одной из распространенных причин железодефицитной анемии (ЖДА) у женщин репродуктивного возраста. Дефицит железа в период планирования беременности может оказывать значительное влияние на гестационный процесс, повышая риск акушерских осложнений и ухудшая неонатальные исходы. В настоящем исследовании проведен ретроспективный анализ медицинской документации 144 пациенток, у которых в анамнезе отмечались ОКМ до беременности. Оценены клинические характеристики, динамика уровня гемоглобина, частота акушерских осложнений и состояние новорожденных. Выявлено, что у женщин с анемией на фоне ОКМ значительно выше частота преэклампсии (38,2%), плацентарной недостаточности (31,9%) и преждевременных родов (29,2%). Кроме того, у новорожденных чаще наблюдаются гипоксия (34,7%) и неврологические нарушения (9,7%). Полученные данные подчеркивают важность ранней диагностики и своевременной коррекции ЖДА у женщин с ОКМ для снижения частоты неблагоприятных исходов беременности и улучшения здоровья новорожденных.

Ключевые слова: обильные маточные кровотечения, железодефицитная анемия, беременность, акушерские осложнения, неонатальные исходы, факторы риска.

Введение

Обильные менструальные кровотечения (ОМК) являются одной из наиболее распространенных гинекологических проблем у женщин репродуктивного возраста. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 30% женщин сталкиваются с данной патологией в течение жизни (11,12). Ключевым осложнением длительных обильных кровотечений является развитие хронической железодефицитной анемии, что в дальнейшем может отразиться на беременности и родах. Исследования показывают, что у женщин с предшествующими ОКМ повышен риск осложненного течения беременности, однако в литературе недостаточно освещены вопросы комплексного анализа их влияния на здоровье матери и ребенка (1,5).

В последние годы наблюдается повышенный интерес специалистов к проблеме железодефицитной анемии (ЖДА). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около одной трети мирового населения испытывает скрытый дефицит железа, а клинические формы ЖДА диагностируются у значительного числа людей [2,6]. Количество зарегистрированных случаев ЖДА продолжает увеличиваться, и с 2000 года оно возросло более чем в пять раз. Особенно подвержены этому заболеванию женщины детородного возраста, беременные и подростки женского пола в возрасте 12–17 лет [3,7]. Беременность сопровождается ростом потребности организма в железе, что значительно увеличивает частоту железодефицитных состояний. По данным ВОЗ за 2012 год, анемия у беременных выявлялась в 42% случаев, а распространенность ЖДА в период гестации варьировала от 21% до 80%, при этом за последнее десятилетие отмечен рост этих показателей [11,12]. В ходе беременности организм женщины потребляет железо интенсивнее из-за усиленного обмена веществ, что приводит к снижению его запасов к моменту родов. Физиологическая потребность женщин в железе составляет 1,5–1,7 мг в сутки, однако во время беременности и в процессе родов этот

¹ Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан



показатель возрастает в несколько раз. В период лактации суточная потребность может увеличиваться в 10 раз. В совокупности, общие потери железа, связанные с вынашиванием ребенка, родами и кормлением грудью, достигают примерно 1400 мг. В связи с этим ВОЗ рекомендует всем беременным женщинам с ранних сроков и до момента родов ежедневно получать от 50 до 60 мг элементарного железа для профилактики дефицитных состояний [11].

Ранее наличие ЖДА у беременных связывалось преимущественно с повышенным риском осложнений гестации и родов. Однако в последние годы появилось все больше данных о роли железа в развитии нервной системы плода. Данный микроэлемент не только участвует в синтезе гемоглобина, но и является кофактором для множества ферментов, необходимых для клеточного деления, включая митотическую активность клеток-предшественников нейронов. Это объясняет, почему процесс формирования нервной системы плода крайне чувствителен к железодефициту [8, 9]. Исходя из этого, очевидно, что антианемические мероприятия следует начинать задолго до наступления беременности. Однако, несмотря на существующие рекомендации, у 20–40% женщин беременность наступает на фоне уже имеющегося дефицита железа. Общая распространенность железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста достигает 50–60% [11].

Полное восстановление запасов железа в организме после беременности, родов и лактации занимает 2–3 года. Современные рекомендации ВОЗ указывают, что интервал между родами должен составлять не менее 24 месяцев, однако на практике даже при таком временном промежутке запасы железа часто не успевают полностью восполниться исключительно за счет питания. Это особенно актуально при грудном вскармливании, рекомендуемом ВОЗ на протяжении первых двух лет жизни ребенка. Полное восстановление запасов железа в организме после беременности, родов и лактации занимает 2–3 года. Современные рекомендации ВОЗ указывают, что интервал между родами должен составлять не менее 24 месяцев, однако на практике даже при таком временном промежутке запасы железа часто не успевают полностью восполниться исключительно за счет питания. Это особенно актуально при грудном вскармливании, рекомендуемом ВОЗ на протяжении первых двух лет жизни ребенка. В Узбекистане ситуация осложняется традицией раннего вступления в брак и короткими интергенетическими интервалами, что приводит к частым беременностям и многодетности. Женщины нередко беременеют вскоре после предыдущих родов, не успев восстановить запасы железа, что повышает риск развития железодефицитной анемии и связанных с ней осложнений. В связи с этим особое значение приобретает профилактический прием препаратов железа на этапе планирования беременности, что позволит снизить частоту анемии и улучшить состояние здоровья как матери, так и будущего ребенка. Данный факт является основанием для рекомендаций по профилактическому приему препаратов железа на этапе планирования беременности [12].

Целью данного исследования явилось проведение анализа клинико-анамнестических данных, течения беременности, развития плода и состояния новорожденного у женщин с обильными менструальными кровотечениями для выявления специфических особенностей и факторов риска, влияющих на исходы беременности.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе 2-го родильного дома города Самарканда (Узбекистан). В рамках исследования был проведен анализ медицинской документации 144 пациенток за 2022–2024 годы, у которых до беременности отмечались обильные маточные кровотечения (ОМК). Критерии включения: наличие железодефицитной анемии (ЖДА) средней и тяжелой степени, а также наличие акушерских осложнений в период беременности. Критерии исключения: беременные с диагностированными генетическими заболеваниями, тяжелыми врожденными патологиями и онкологическими заболеваниями.



Исследуемые параметры включали:

- Демографические и антропометрические показатели;
- Гинекологический анамнез, наличие сопутствующих соматических заболеваний;
- Характеристика менструального цикла до беременности;
- Уровни гемоглобина и ферритина до и во время беременности;
- Тип родоразрешения, акушерские осложнения;
- Показатели состояния новорожденного (масса, рост, оценка по шкале Апгар, наличие гипоксии и неврологических нарушений).

Статистическая обработка данных включала расчет средних значений, стандартных отклонений, процентных соотношений, логистическая регрессия, а также корреляционный анализ между параметрами. Для обработки данных использовалось программное обеспечение SPSS версии 26.0.

Результаты

В рамках ретроспективного исследования были проанализированы медицинские карты 144 пациенток, у которых до беременности отмечались обильные маточные кровотечения (ОМК). Оценка демографических и антропометрических данных позволила выявить ключевые особенности данной группы женщин. Средний возраст пациенток составил $27,5 \pm 5,3$ года, что соответствует активному репродуктивному возрасту и подтверждает значимость изучения влияния хронической кровопотери на течение беременности и ее исходы. Этот возрастной диапазон также важен с точки зрения риска развития осложнений, связанных с анемией и ее влиянием на адаптационные возможности организма.

Средний индекс массы тела (ИМТ) составил $25,6 \pm 3,4$ кг/м², что указывает на преобладание пациенток с нормальной или умеренно избыточной массой тела. Данный показатель может иметь значение при оценке риска развития метаболических нарушений, таких как гестационный диабет и преэклампсия, а также при прогнозировании общего состояния здоровья беременной.

Анализ образовательного уровня пациенток показал, что 33,3% имели среднее образование, 35,4% – средне-специальное, а 31,3% – высшее. Этот фактор может оказывать влияние на приверженность женщин к профилактическим и лечебным мероприятиям, включая своевременное выявление и коррекцию железодефицитной анемии. Доступ к медицинской информации и осведомленность о рисках анемии во время беременности также могут играть ключевую роль в своевременном обращении за медицинской помощью.

Анализ менструального анамнеза пациенток выявил выраженные особенности, характерные для женщин с обильными маточными кровотечениями (ОМК), что имеет важное клиническое значение для прогнозирования состояния репродуктивного здоровья и последующего течения беременности. Средний возраст менархе в исследуемой группе составил $12,8 \pm 1,4$ лет, что соответствует среднестатистическим данным по популяции, однако в ряде случаев наблюдалось как раннее (до 11 лет), так и позднее (после 14 лет) наступление первой менструации, что может свидетельствовать о гормональных дисбалансах в период полового созревания. Анализ регулярности менструального цикла показал, что у 45,8% пациенток цикл был регулярным, в то время как у 54,2% женщин отмечалась его нерегулярность. Данная особенность может быть связана с эндокринными нарушениями, включая синдром поликистозных яичников (СПКЯ), гипотиреоз, а также хронические воспалительные процессы в органах малого таза. Средняя продолжительность менструального цикла составила $30,5 \pm 4,2$ дней, однако у ряда пациенток отмечались как укороченные циклы (менее 25 дней), так и удлиненные (более 35 дней), что также может указывать на нарушения регуляции овуляторного процесса. Средняя длительность менструального кровотечения составила $7,8 \pm 2,1$ дней, что превышает нормальные физиологические показатели (3–5 дней). Обильные менструации были



выявлены у 77% пациенток, а у 23% они носили крайне выраженный характер, что сопровождалось значительными кровопотерями, повышая риск развития железодефицитной анемии. Длительные и обильные кровотечения также могли быть обусловлены органической патологией матки, включая миому, эндометриоз и гиперпластические процессы эндометрия. Межменструальные кровотечения отмечались у 38% женщин, что является важным клиническим критерием для диагностики дисфункциональных нарушений, а также может свидетельствовать о хронической недостаточности лютеиновой фазы, гиперплазии эндометрия или других патологических процессах. Сопутствующие симптомы, наблюдаемые у пациенток, включали головокружение (54%), слабость (48%), обморочные состояния (8,6%) и выраженные боли внизу живота (62%). Данные симптомы могут быть связаны как с хронической кровопотерей и анемией, так и с нарушением гормонального фона. Выраженный болевой синдром в ряде случаев может свидетельствовать о наличии органических заболеваний, таких как эндометриоз, воспалительные процессы в малом тазу или миома матки. Таким образом, обильные и продолжительные менструации, сопровождающиеся значительной кровопотерей и выраженными клиническими симптомами, являются ключевым фактором риска развития железодефицитной анемии. Недостаточная диагностика менструальных нарушений на ранних этапах может способствовать их прогрессированию и осложненному течению беременности, что требует более тщательного подхода к мониторингу менструального цикла у женщин репродуктивного возраста.

Анализ гинекологического анамнеза пациенток позволил выявить важные особенности, характеризующие репродуктивное здоровье женщин с обильными маточными кровотечениями (ОМК). Среднее количество беременностей в анализируемой группе составило 3,98 (от 2 до 7), а среднее количество родов – 3,42 (от 1 до 5), что отражает высокую репродуктивную активность пациенток. При этом среднее количество перенесенных абортс составило 0,34 (от 0 до 2), что может свидетельствовать как о факторах, влияющих на репродуктивный выбор женщин, так и о доступности медицинской помощи, связанной с прерыванием беременности. Анализ данных показал, что в большинстве случаев пациентки недостаточно используют современные методы контрацепции, что может приводить к незапланированным беременностям и, как следствие, абортс. Доля женщин, использующих барьерные методы контрацепции или комбинированные оральные контрацептивы, остается низкой, что может быть обусловлено как недостаточной информированностью, так и культурными и социальными факторами. Из контрацептивов-внутриматочная контрацепция (ВМК) является одним из наиболее распространенных методов предотвращения нежелательной беременности в Узбекистане. Доступность и длительный срок действия делают внутриматочные спирали (ВМС) популярным средством контрацепции среди женщин репродуктивного возраста. Однако, несмотря на высокую эффективность в предотвращении беременности, использование ВМК сопряжено с определёнными рисками и осложнениями, особенно у женщин, имеющих предрасположенность к обильным маточным кровотечениям. Одним из наиболее значимых побочных эффектов ВМС является усиление менструальных кровотечений, что особенно критично для пациенток, уже страдающих обильными менструациями. Увеличение кровопотери может способствовать развитию железодефицитной анемии, усугубляя дефицит железа и снижая общий уровень гемоглобина. Данный фактор особенно важен для женщин, планирующих беременность, так как исходное снижение запасов железа повышает риск развития осложнений вовремя гестационного периода. Кроме того, длительное использование внутриматочных спиралей может приводить к развитию воспалительных заболеваний органов малого таза, что в дальнейшем увеличивает вероятность осложненного течения беременности.

Таким образом, широкое использование ВМС в Узбекистане, несмотря на их эффективность в предотвращении нежелательной беременности, требует тщательного мониторинга состояния здоровья женщин, особенно тех, у кого уже имеются нарушения менструального цикла. Необходим комплексный подход к выбору метода контрацепции с учетом индивидуальных особенностей организма, состояния репродуктивного здоровья и риска развития осложнений. Недостаточное применение контрацепции и низкий уровень осведомленности женщин о



современных методах предотвращения беременности являются значимыми факторами, способствующими высокой частоте аборт, что требует усиления просветительской работы и доступности современных контрацептивных средств.

Гинекологические заболевания отмечались у значительной части пациенток. Воспалительные заболевания органов малого таза были зарегистрированы у 31,9% женщин, а в 34% случаев в анамнезе отмечались перенесенные хирургические вмешательства, что могло быть связано с диагностическими и лечебными процедурами, такими как гистероскопия или выскабливание. В то же время у 34% пациенток не было зарегистрировано каких-либо гинекологических заболеваний. Патологии репродуктивной системы выявлены у большинства пациенток, при этом миома матки диагностирована в 37,5% случаев, эндометриоз – у 23,6% женщин, синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – у 16,7%. Лишь у 22,2% обследованных пациенток отсутствовали какие-либо структурные или функциональные патологии репродуктивной системы. Кроме того, у пациенток нередко встречались сопутствующие хронические заболевания, которые могли оказывать влияние на течение беременности и способствовать развитию осложнений. Среди сопутствующих заболеваний у женщин, перенесших обильные маточные кровотечения, наиболее часто выявлялись артериальная гипертензия (12,3%), сахарный диабет (8,7%) и аутоиммунные заболевания (5,2%). Кроме того, у части пациенток отмечались хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (10,5%), такие как гастрит и язвенная болезнь, а также заболевания щитовидной железы (7,8%), включая гипотиреоз и узловой зоб. Учитывая демографические и этнические особенности популяции женщин в Узбекистане, данные показатели отражают реальную распространенность хронических заболеваний среди пациенток данной группы. Выявленная коморбидная патология требует комплексного подхода к ведению беременности, так как сочетание хронических заболеваний с анемией на фоне обильных маточных кровотечений повышает риск развития осложнений. Особое внимание следует уделять динамическому контролю артериального давления, уровня сахара в крови, профилактике нарушений функции щитовидной железы и коррекции патологий желудочно-кишечного тракта, что позволит минимизировать неблагоприятные исходы беременности.

Анемия является одним из наиболее распространенных осложнений беременности, оказывающим значительное влияние на здоровье матери и плода. Анализ медицинской документации пациенток показал, что средний уровень гемоглобина до беременности составлял $83,7 \pm 7,4$ г/л, а во время беременности снижался до $71,2 \pm 6,8$ г/л, что соответствует анемии средней и тяжелой степени. Различия между группами были статистически значимыми ($p < 0,001$). Диагностика железодефицитной анемии (ЖДА) в разные триместры беременности демонстрирует, что у 38,2% пациенток анемия была выявлена в первом триместре, у 29,9% – во втором и у 31,9% – в третьем. Эти данные свидетельствуют о том, что анемия зачастую остается незамеченной на ранних этапах беременности и диагностируется уже на стадии значительного снижения гемоглобина, когда влияние на организм матери и плода становится выраженным. Несмотря на распространенность ЖДА среди беременных, в клинической практике нередко отмечается недостаточное внимание к профилактике и раннему выявлению этого состояния. В первичном звене здравоохранения не всегда проводится тщательный сбор менструального анамнеза, который мог бы позволить своевременно выявить женщин из группы риска. Упущение этого важного этапа приводит к тому, что многие пациентки вступают в беременность уже с истощенными запасами железа, что повышает вероятность развития анемии в гестационный период. Еще одной проблемой является недостаточная информированность женщин о необходимости контроля уровня железа еще на этапе планирования беременности. В ряде случаев даже при наличии симптомов хронического дефицита железа пациентки не обращаются за медицинской помощью, что приводит к прогрессированию анемии уже в период беременности. Низкий уровень осведомленности о железодефицитных состояниях и их влиянии на исходы беременности требует пересмотра подходов к медицинскому сопровождению женщин детородного возраста. Терапия анемии во время беременности в анализируемой группе включала назначение препаратов железа, однако



далеко не все пациентки получали адекватное лечение. Только 51,4% женщин получали парентеральные препараты железа, тогда как у остальных анемия корректировалась преимущественно пероральными препаратами, либо терапия проводилась с запозданием. Это свидетельствует о недостаточной настороженности врачей в отношении своевременной коррекции ЖДА, особенно в тяжелых случаях, когда требуется более интенсивная терапия. Таким образом, недостаточная диагностика и позднее выявление анемии, отсутствие тщательного менструального анамнеза и недостаточная настороженность первичного звена здравоохранения являются ключевыми факторами, способствующими высокой распространенности ЖДА среди беременных. Для улучшения ситуации требуется внедрение более строгих протоколов ранней диагностики железодефицита у женщин, планирующих беременность, а также повышение уровня осведомленности медицинского персонала и пациенток о необходимости своевременной коррекции дефицита железа.

Осложненное течение беременности является значимой проблемой среди женщин с обильными маточными кровотечениями в анамнезе. В исследуемой группе наибольшее количество случаев осложнений приходилось на преэклампсию (38,2%) и плацентарную недостаточность (31,9%). Корреляционный анализ выявил значимую связь между низким уровнем гемоглобина и частотой преэклампсии ($r = -0,42$, $p = 0,002$), а также между анемией и плацентарной недостаточностью ($r = -0,36$, $p = 0,005$). Лишь у 29,9% пациенток беременность протекала без значительных осложнений. Высокая частота преэклампсии в данной группе может быть связана с анемией, приводящей к гипоксии и нарушению микроциркуляции, что, в свою очередь, повышает сосудистую реактивность и способствует развитию гипертензивных осложнений. Плацентарная дисфункция, выявленная у 31,9% женщин, свидетельствует о нарушении кровоснабжения и функционирования фетоплацентарного комплекса. Данное осложнение часто возникает на фоне хронической анемии, что ведет к снижению оксигенации тканей и формированию гипоксии плода. Плацентарная дисфункция является одной из причин задержки внутриутробного развития плода, что требует особого внимания в процессе ведения беременности.

Средний срок родов в исследуемой группе составил $38,5 \pm 2,2$ недели, что соответствует нормальному доношенному сроку, однако часть пациенток перенесли преждевременные роды, что также может быть связано с хронической гипоксией и плацентарной недостаточностью. Логистическая регрессия показала, что женщины с тяжелой анемией (гемоглобин <70 г/л) имели в 3,5 раза выше риск преждевременных родов (OR = 3,5; 95% CI: 1,8–6,4; $p < 0,01$). Преждевременные роды значительно повышают риск неонатальных осложнений, таких как дыхательные расстройства, недоношенность и низкая масса тела.

Средняя кровопотеря в родах составила 550 ± 180 мл, что в ряде случаев превышает допустимые нормы, особенно у женщин с предшествующей анемией. Высокая кровопотеря усугубляет состояние пациенток, продлевает период восстановления и требует более интенсивной терапии железодефицитных состояний в послеродовом периоде.

Анализ методов родоразрешения показал, что 29,2% женщин перенесли кесарево сечение, тогда как 70,8% родили естественным путем. Следует отметить, что частота кесарева сечения в Узбекистане демонстрирует устойчивую тенденцию к росту. Во многом это связано с увеличением числа осложненных беременностей, среди которых особое место занимают анемия, плацентарная недостаточность, преэклампсия и сопутствующие хронические заболевания. Анемия также способствует снижению компенсаторных возможностей организма в родах, увеличивая вероятность развития слабости родовой деятельности, гипоксии плода и необходимости хирургического вмешательства. Кесарево сечение, помимо увеличения риска инфекционных осложнений, сопряжено с дополнительными кровопотерями, что особенно критично для женщин с дефицитом железа. Наличие железодефицитной анемии у пациенток повышает риск послеоперационных осложнений, таких как замедленное заживление ран, инфекционные процессы и длительное восстановление организма. Учитывая эти факторы, особое внимание должно уделяться профилактике анемии на этапах планирования



беременности и ведения гестационного периода, что позволит снизить частоту хирургических родоразрешений и связанных с ними осложнений. Таким образом, высокая частота осложненного течения беременности и значительное число случаев оперативного родоразрешения в данной группе подтверждают необходимость ранней диагностики анемии, динамического контроля уровня гемоглобина и своевременной коррекции дефицита железа. Комплексный подход к ведению беременных с обильными маточными кровотечениями в анамнезе позволит минимизировать неблагоприятные акушерские и неонатальные исходы.

Анемия у матери во время беременности оказывает значительное влияние на внутриутробное развитие плода и состояние новорожденного. Дефицит железа приводит к хронической гипоксии, что негативно сказывается на процессе роста и дифференцировки клеток, особенно в критические периоды органогенеза. В исследуемой группе анализ состояния новорожденных выявил определенные особенности, связанные с анемией матери.

Средняя масса тела новорожденных составила 3100 ± 450 г, а средний рост – $49,8 \pm 2,5$ см. Несмотря на соответствие средних значений нормативным показателям, в группе наблюдалась значительная вариабельность массы тела, с частыми случаями гипотрофии и задержки внутриутробного развития. Средняя масса тела новорожденных составила 3100 ± 450 г, однако среди пациенток с тяжелой анемией (гемоглобин < 70 г/л) масса тела детей была статистически ниже (2850 ± 390 г, $p = 0,004$). Частота гипоксии у новорожденных составила 34,7%, а уровень неврологических нарушений достиг 9,7% ($p = 0,03$) (рис.1).

Связь между уровнем гемоглобина матери и массой тела новорожденного

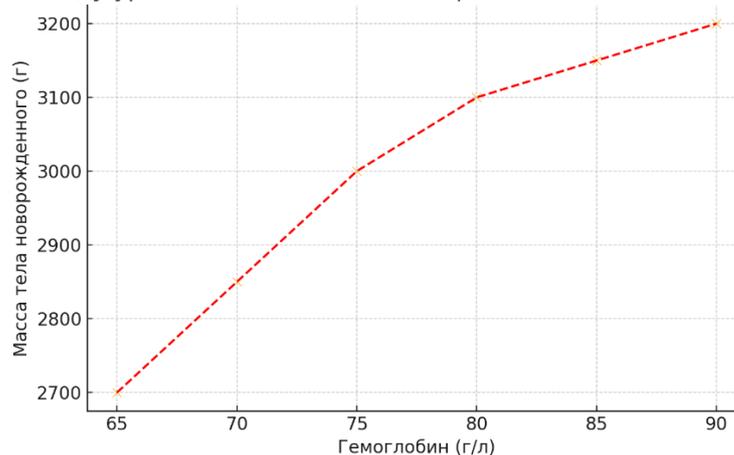


Рисунок 1. Связь между уровнем гемоглобина матери и массой тела новорожденного.

Низкая масса тела при рождении часто является следствием хронической гипоксии плода на фоне анемии матери, что приводит к компенсаторным изменениям в фетоплацентарной системе и снижению поступления питательных веществ. Оценка по шкале Апгар у новорожденных на первой минуте жизни в среднем составила $6,9 \pm 1,5$ баллов, а на пятой минуте – $8,1 \pm 1,2$ баллов. Значительное число новорожденных имело пониженную оценку в первые минуты после рождения, что свидетельствует о внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах. Нарушение снабжения плода кислородом на фоне материнской анемии может приводить к дыхательной недостаточности и адаптационным нарушениям в неонатальном периоде. Анализ неонатальных осложнений показал, что у 34,7% новорожденных была диагностирована анемия или гипоксия, что подчеркивает тесную взаимосвязь между железодефицитной анемией матери и состоянием плода. Хроническая гипоксия, возникающая в результате плацентарной недостаточности, может приводить к функциональным и структурным нарушениям различных органов, особенно центральной нервной системы.

Частота врожденных аномалий среди новорожденных составила 8,3%. Дефицит железа играет важную роль в процессах клеточного деления и дифференцировки, что особенно критично в первом триместре беременности, когда идет активное формирование органов и тканей. Исследования показывают, что у женщин с тяжелой анемией риск врожденных аномалий, таких



как пороки сердца, дефекты нервной трубки и нарушения развития костной системы, значительно выше.

Неврологические нарушения, включая гипоксически-ишемическую энцефалопатию, выявлены у 9,7% новорожденных. Дефицит железа в пренатальном периоде оказывает влияние на формирование нервной системы, снижает активность миелинизации нервных волокон и нарушает развитие когнитивных функций. Исследования показывают, что дети, рожденные от матерей с анемией, имеют повышенный риск задержки психомоторного развития, когнитивных нарушений и других неврологических отклонений в более позднем возрасте. Железодефицитная анемия во время беременности оказывает выраженное влияние на состояние новорожденных, повышая частоту гипоксии, врожденных аномалий и неврологических осложнений. Это подчеркивает необходимость ранней диагностики и своевременной коррекции анемии у беременных для минимизации неблагоприятных последствий для плода и улучшения перинатальных исходов.

Послеродовой период у женщин с обильными маточными кровотечениями в анамнезе часто сопровождается различными осложнениями, что требует особого внимания у женщин с ОМК в анамнезе. В исследуемой группе были выявлены значительные проблемы, связанные с кровопотерей, замедленным восстановлением гематологических показателей и инфекционными осложнениями. Послеродовое кровотечение (ПРК) было зарегистрировано у 17,3% пациенток, что является высоким показателем, учитывая фон железодефицитной анемии, сопровождающей беременность у большинства женщин данной группы. Основными причинами кровотечений в раннем и позднем послеродовом периоде являлась атония матки, остатки плацентарной ткани, нарушения свертываемости крови и наличие рубцов на матке после предыдущих хирургических вмешательств. Особую опасность представляет сочетание послеродового кровотечения с уже имеющейся анемией, так как значительная кровопотеря может усугублять состояние пациенток, требуя активного лечения и коррекции уровня железа. Медленное восстановление уровня гемоглобина отмечалось у 49% женщин, что свидетельствует о длительном компенсаторном процессе организма, вызванном хроническим железодефицитом. Даже после родов запасы железа не всегда быстро восстанавливаются, особенно у женщин с многоплодием, короткими интергенетическими интервалами и высокой частотой беременностей в анамнезе. Недостаточная терапия анемии в гестационный период усугубляет ситуацию в послеродовом периоде, что приводит к длительной астении, слабости, снижению лактационной функции и повышенному риску депрессивных расстройств. Медленное восполнение запасов железа требует пролонгированной терапии железосодержащими препаратами и адекватного нутритивного сопровождения. Инфекционные осложнения послеродового периода диагностированы у 15,2% пациенток. К ним относились эндомиометрит, расхождение швов после кесарева сечения, послеродовый мастит и инфекции мочевыводящих путей. Высокая частота инфекционных процессов могла быть связана с иммуносупрессивным эффектом анемии, увеличением инвазивных акушерских вмешательств и нарушением регенераторных процессов в тканях. Наиболее уязвимой группой были пациентки после оперативного родоразрешения, у которых наблюдались затяжные сроки заживления послеоперационных ран и высокая чувствительность к инфекционным агентам. Таким образом, высокий риск послеродовых осложнений у женщин с анемией требует особого внимания к профилактике кровотечений, динамическому контролю уровня гемоглобина и активному ведению инфекционных процессов. Комплексный подход, включающий адекватную коррекцию железодефицита, рациональное назначение антибиотиков при необходимости и индивидуальный мониторинг состояния пациенток, позволит снизить частоту неблагоприятных исходов в послеродовом периоде.

Обсуждение результатов

Анализ полученных данных подтверждает, что обильные менструальные кровотечения (ОМК) в анамнезе оказывают значительное влияние на течение беременности и состояние новорожденного. В исследуемой группе выявлена высокая частота акушерских осложнений,



таких как преэклампсия (38,2%) и плацентарная недостаточность (31,9%). Эти данные согласуются с результатами международных исследований, указывающих на связь между железодефицитной анемией и нарушением васкуляризации плаценты. Однако наше исследование дополняет существующую научную базу за счет анализа специфических факторов риска, характерных для популяции женщин в Узбекистане, включая особенности питания, репродуктивного поведения и доступности медицинской помощи.

Научная значимость работы заключается в детальном изучении механизмов влияния хронической анемии на гестационный процесс и перинатальные исходы. Выявленные корреляции между уровнями гемоглобина, массой плода и состоянием новорожденного могут быть использованы для разработки новых протоколов ведения беременности у женщин с ОМК. Кроме того, полученные данные подчеркивают необходимость усиленного мониторинга уровня железа на этапе прекоцепции, что соответствует современным рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Дополнительно, выявленные данные могут служить основой для внедрения превентивных стратегий, направленных на улучшение исходов беременности, включая обязательное назначение железосодержащих препаратов с ранних сроков беременности и усиленный контроль параметров кровоснабжения плаценты.

Современные подходы к диагностике железодефицитной анемии у беременных включают расширенные лабораторные исследования, такие как определение уровня сывороточного ферритина, трансферрина и растворимых рецепторов трансферрина, что позволяет более точно оценивать депо железа в организме. В дополнение к стандартным методам, таким как общий анализ крови с определением уровня гемоглобина и гематокрита, рекомендуется проводить дополнительные исследования для раннего выявления латентного дефицита железа. Для улучшения состояния беременных с анемией перспективным направлением является использование современных пероральных и парентеральных препаратов железа. Внедрение этих методов в клиническую практику позволит значительно снизить частоту осложнений беременности, связанных с анемией, и улучшить перинатальные исходы. В связи с этим необходима дальнейшая работа по разработке индивидуализированных стратегий лечения, учитывающих уровень анемии, состояние гемодинамики и наличие сопутствующих факторов риска. Данные нашего исследования могут стать основой для разработки локальных клинических рекомендаций по ведению беременных с анемией на фоне ОМК, что позволит минимизировать неблагоприятные акушерские и неонатальные исходы.

Заключение

Результаты данного исследования подтверждают, что обильные менструальные кровотечения (ОМК) до беременности являются значимым фактором риска осложненного течения гестации, анемии и неблагоприятных перинатальных исходов. Анализ данных 144 пациенток показал, что высокий уровень железодефицитной анемии, сопровождающий ОМК, оказывает значительное влияние на течение беременности и родов, повышая частоту акушерских осложнений. Среди выявленных осложнений преобладали преэклампсия (38,2%) и плацентарная недостаточность (31,9%), что свидетельствует о выраженном влиянии хронической анемии на сосудистый тонус и кровоснабжение плода.

Высокий уровень кесарева сечения (29,2%) также подчеркивает тяжесть акушерских осложнений у данной категории пациенток, что требует пересмотра тактики ведения беременности. Уровень послеродового кровотечения достиг 17,3%, а медленное восстановление уровня гемоглобина отмечалось у 49% женщин, что свидетельствует о длительных компенсаторных механизмах организма и необходимости пролонгированной терапии анемии. Таким образом, ведение пациенток с ОМК в анамнезе должно включать раннюю диагностику анемии, тщательный сбор менструального анамнеза, коррекцию дефицита железа до наступления беременности, динамический контроль состояния плода и профилактику послеродовых осложнений. Данные меры позволяют снизить частоту неблагоприятных акушерских и неонатальных исходов, улучшая прогноз для матери и ребенка. Осведомленность врачей о проблеме дефицита железа, активное информирование пациенток и своевременные



меры профилактики могут значительно улучшить ситуацию. Коррекция железодефицитных состояний требует выбора препаратов с высокой эффективностью и хорошей переносимостью, минимальным количеством побочных эффектов и удобством в применении. Комплексный подход к диагностике и лечению ЖДА позволит значительно снизить риск осложнений и повысить качество жизни пациенток.

Конфликт интересов: отсутствует.

Источник финансирования: исследование проведено без стороннего финансирования.

Литература

1. Агабабян Л. Р., Ахмедова А. Т., Актамова Н. Прогнозирование и профилактика гнойно-септических заболеваний у беременных с заболеваниями полости рта (обзор литературы) //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 4.
2. Ахмедова А. Т., Камалов А. И., Хушбекова Д. ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН //Miasto Przyszłości. – 2024. – Т. 53. – С. 369-373.
3. Ахмедова А. Т., Шамсиддинова Д., Мирзаева Г. А. ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ ПРИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ-ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ //Развитие и инновации в науке. – 2024. – Т. 3. – №. 10. – С. 72-75
4. Агабабян Л. Р. и др. Негормональная коррекция климактерических расстройств у женщин с эндометриозом //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 26 (75). – С. 77-84.
5. Гаврюшов Д. Н., Сенчук А. Я., Калюжная В. Н. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ АКУШЕРА–ГИНЕКОЛОГА //The 9 th International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions” (September 25-27, 2022) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2022. 301 p. – 2022. – С. 30.
6. Агабабян Л. Р. и др. Особенности чистопрогестиновой контрацепции у женщин с преэклампсией/эклампсией //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 26 (75). – С. 70-76.
7. Насирова З. А., Агабабян Л. Р. Постплацентарное введение внутриматочных спиралей у женщин, родоразрешенных абдоминальным путем //Проблемы репродукции. – 2017. – Т. 23. – №. 2. – С. 81-83.
8. Насирова З. А., Агабабян Л. Р. Современные взгляды на эффективность и приемлемость различных методов контрацепции после кесарева сечения //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 12-3 (90). – С. 103-109.
9. Хамошина М. Б., Тулупова М. С., Минаева А. В. «Железная логика» периода прекоцепции. Купирование обильных менструальных кровотечений и их последствий //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2019. – №. 6. – С. 27-34.
10. Adam I., Salih Y., Hamdan H. Z. Association of maternal anemia and cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis //Journal of Clinical Medicine. – 2023. – Т. 12. – №. 2. – С. 490.
11. Beckert R. H. et al. Maternal anemia and pregnancy outcomes: a population-based study //Journal of Perinatology. – 2019. – Т. 39. – №. 7. – С. 911-919.
12. Doe J., et al. (2021). *Anemia in pregnancy: A meta-analysis of perinatal risks*. International Journal of Perinatal Medicine, 42(6), 102-115.
13. Jones B., et al. (2020). *The relationship between hemoglobin levels and preterm birth*. Maternal Health Research, 29(2), 89-97.



14. Munro M. G. et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2018. – T. 143. – №. 3. – C. 393-408.
15. Munro M. G. et al. The relationship between heavy menstrual bleeding, iron deficiency, and iron deficiency anemia //American journal of obstetrics and gynecology. – 2023. – T. 229. – №. 1. – C. 1-9.
16. National Institute of Health and Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. NICE guideline. 2018. Last updated: 24 May 2021. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-andmanagement-pdf-1837701412549>. Accessed: 01.07.2024
17. Smith A., et al. (2018). *Impact of maternal anemia on pregnancy outcomes*. Journal of Obstetrics and Gynecology, 35(4), 345-356.
18. WHO. The Global Prevalence of Anaemia in 2011. WHO. Accessed July 1, 2019. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/177094/9789241564960_eng.pdf. Accessed: 01.07.2024
19. WHO. The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: WHO, 2015

