

ПАРВАНА И. АЛИЕВА

**РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У
МНОГОРОЖАВШИХ БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ**

II кафедра акушерства и гинекологии АМУ, Баку, Азербайджан

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.05.11>

PARVANA. I. ALIYEVA

**RISK OF PATHOLOGICAL CONDITIONS OF PREGNANCY IN MULTIPAROUS PREGNANT
WOMEN WITH ANEMIA**

II Department of Obstetrics and Gynecology of AMU, Baku, Azerbaijan

SUMMARY

An analysis was made of the occurrence of preeclampsia among multiparous women with iron deficiency anemia and its impact on the course of pregnancy and childbirth. 80 multiparous pregnant women with iron deficiency anemia were examined, which in 23.7%/19 pregnant women, the main I group/pregnancy was complicated by preeclampsia, and in 76.25%/61 pregnant women, the II group, comparison/without preeclampsia. Pregnancy was complicated by preeclampsia more often in the age group of 30-40 years (84.2% versus 15.8% in the comparison group) in pregnant women with anemia II and III degree (57.9% and 10.5%, respectively), which in turn increased the risk of abortion (52.6% versus 42.6%), premature birth (36.8% versus 9.8%), the risk of fetal hypoxia (68.4% versus 42.6%), intrauterine growth retardation (21.1% versus 3.3%). In addition, when anemia was combined with preeclampsia, the percentage of operative delivery by cesarean section was increased (57.9% versus 27.9% in the comparison group). Analysis of the anamnesis data confirmed that the above complications are more common in women with a complicated obstetric and gynecological history (obstetric in 73.7% versus 41.0% in the comparison group and gynecological in 15.8% versus 3.3%). Timely diagnosis of anemia and conducting high-quality anti-anemic therapy in multiparous pregnant women will prevent complications of pregnancy and childbirth, which in turn will improve obstetric indicators and perinatal outcomes.

Keywords: pregnancy, anemia, pathological conditions

Актуальность: По данным ВОЗ дефицит железа в организме человека широко распространенное состояние во всем мире. Нет такой страны, которая бы до конца изучила и решила проблему анемии. Несмотря на достижения акушерства и перинатологии у беременных, страдающих анемией процент осложнений, остается высоким, так преждевременные роды отмечаются в 15-40 %, преэклампсия 1,5 раза чаще, чем у здоровых беременных [1,2,3].

Известно, что одним из факторов риска развития акушерских осложнений являются женщины, у которых в анамнезе было 3 и более родов (многорожавшие женщины). Высокая частота анемии среди многорожавших женщин и рост развития у них преэклампсии вызывает необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Цель исследования явилось проведение анализа возникновения преэклампсии среди многорожавших женщин с железодефицитной анемией и ее влияния на течение беременности и родов.

Материал и методы обследования: Исследование проводилось на беременных и роженицах, обратившихся в родильный дом № 5 (2014-2022 гг.) при II кафедре акушерства и гинекологии АМУ. Обследовано 80 многорожавших беременных с анемией в возрасте от 18 до 44 лет. Беременность осложнилась преэклампсией в 19/23.75% случаях – основная группа, в 61/76,25% случаев преэклампсия не отмечалась – группа сравнения. У всех беременных был проведен анализ анамнестических и клинико-лабораторных данных (общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, ВИЧ, RW, HCV, HBsAg), ультразвуковое обследование, доплерография и КТГ.

Согласно классификации ВОЗ (2011 г.), в зависимости от концентрации гемоглобина I степень анемии считается концентрация гемоглобина Hb 100-109 г/л, II степень - 70-99 г/л, III

степень - 70 г/л и ниже. По нашим данным беременность осложнилась преэклампсией при анемии средней и тяжелой степени. Диагноз гипертонии ставился при систолическом артериальном давлении ≥ 140 мм.р.с. и диастолическом давлении ≥ 90 мм.р.с. Диагноз протеинурии ставился при определении белка в моче методом тест-полоски, результат ≥ 1 ($\leq 0,3$ г/л суточной мочи).

В зависимости от возраста, оказалось, что у беременных 18-29 лет в 34,4% беременность протекала без осложнения преэклампсией, в 15,8% - с преэклампсией, а в группе 30-40 летних у 65,6% беременных не отмечалось преэклампсии, а в 84,2% - беременность осложнилась преэклампсией $P\chi^2=0,122$. По социальному статусу обе группы многорожавших беременных с анемией без осложнения преэклампсией и с преэклампсией были гомогенны (домохозяйки 75,4% и 78,9% соответственно и работающие 24,6% и 21,1% соответственно) $P\chi^2=0,752$.

Статистический анализ: статистическая достоверность разницы между показателями групп рассчитана по программе SPSS-26 по критериям P_t (Student-Bonferon), $P\chi^2$ (Pearson), P_u (Mann-Whitney) [5].

Результаты исследования и обсуждение: Анализ анамнестических данных показал, что у беременных, без осложнения преэклампсией (II группа), в 32,8% случаев не отмечались искусственные и самопроизвольные аборт, а у 67,2% женщин отмечались. У беременных с анемией в сочетании с преэклампсией (I-основная группа) в 26,3% аборт не были зарегистрированы, а в 73,7% были ($P\chi^2=0,595$), ОГА (осложненный гинекологический анамнез) в анамнезе (бесплодие, воспаление половых органов, нарушения менструального цикла и т. д.) у женщин без преэклампсии был в 3,3%, а у беременных с преэклампсией в 15,8% ($P\chi^2=0,049$). Экстрагенитальные заболевания (сердечно-сосудистые патологии, ожирение, варикозное расширение вен и др.) были обнаружены у 18,0% беременных без преэклампсии, и 31,6% беременных с преэклампсией ($P\chi^2=0,208$). ОАА (осложненный акушерский анамнез) присутствовал в 41,0% случаев у беременных без преэклампсии и в 73,7% случаев у беременных с преэклампсией ($P\chi^2=0,013$).

По степени тяжести анемии беременные были распределены следующим образом: у беременных без преэклампсии анемия I степени отмечалась в 17 случаях (27,9%), II степени - 43 (70,5%), III степени - 1 (1,6%), а у беременных с преэклампсией-анемия I степени отмечалась у 6 женщин (31,6%), II степени - 11 (57,9%), III степени - 2 (10,5%) ($P\chi^2=0,177$), т.е. беременность статистически достоверно осложнилась преэклампсией при анемии средней и тяжелой степени..

РПБ (риск прерывания беременности) отмечался у 42,6% беременных без преэклампсии и 52,6% у беременных с преэклампсией ($P\chi^2=0,444$). Хроническая гипоксия плода, связанная с развитием анемии, была обнаружена у 42,6% женщин без преэклампсии и у 68,4% ($P\chi^2=0,049$) женщин с преэклампсией. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) I степени отмечена у 1,6%, II степени-в 0,0%, III степени-в 1,6%, а у беременных с преэклампсией ФПН I степени- 21,1%, II степени- 0,0%, III степени - 0,0% ($P\chi^2=0,008$). ЗВУРП (задержка внутриутробного развития плода) наблюдалась у 3,3% беременных без преэклампсии и у 21,1% беременных с преэклампсией ($P\chi^2=0,010$).

У 24,6% беременных без преэклампсии, родивших естественным путем, наблюдалась первичная слабость родовой деятельности, у 6,6% вторичная, а у беременных с преэклампсией первичная слабость родовой деятельности отмечалась в 21,1%, а вторичная в 5,3% ($P\chi^2=0,922$).

У беременных без преэклампсии преждевременное излитие околоплодных вод составило 59,0% и 26,1% ($P\chi^2=0,013$) у беременных с преэклампсией. Преждевременные роды (ПР) произошли в 9,8% случаев у беременных без преэклампсии, в то время как при преэклампсии в 36,8% случаев ($P\chi^2=0,005$). Что касается госпитализации, то 77,0% беременных без преэклампсии поступили в стационар в I периоде родов, а 23,0% - во II периоде, 89,5% беременных с преэклампсией были госпитализированы в I периоде родов и 10,5% - во II периоде ($P\chi^2=0,237$). У женщин без преэклампсии в 72,1% были физиологические роды и 27,9% - абдоминальные роды, в то время как у женщин с преэклампсией физиологические роды отмечались в 42,1%, а абдоминальные роды путем операции кесарево сечения в 57,9% ($P\chi^2=0,017$).

У 93,4% женщин без преэклампсии наблюдалось головное предлежание плода и у 5,3% - тазовое. У беременных с преэклампсией у 94,7% - головное предлежание плода и 5,3% - тазовое ($P\chi^2=0,839$). Новорожденные по шкале Апгар в первую минуту, имели $Me=7,0$ (7,0-7,0) у беременных без преэклампсии и $Me=7,0$ (7,0-7,0) $P_U=0,393$ у беременных с преэклампсией, на 5 минуте жизни у новорожденных беременных без преэклампсии - $Me=8,0$ (8,0-8,0) $P_U=0,012$. Показатель веса новорожденных, у беременных без преэклампсии составил $Me=3300,0$ (3000,0-3600,0), а у беременных с преэклампсией - $Me=2800,0$ (2400,0-3200,0) $P_U=0,001$. Показатель роста новорожденных у беременных без преэклампсии составил $Me=51,0$ (50,0-52,0), а у беременных с преэклампсией $Me=50,0$ (47,0-51,0) $P_U=0,005$. Что касается гестационного срока, то у беременных без преэклампсии $Me=40,0$ (38,0-40,0), а у беременных с преэклампсией $Me=38,0$ (36,0-39,0) $P_U=0,004$.

Показатели гемограммы были следующими: в группе сравнения количество эритроцитов (количество эритроцитов на единицу объема) составило $4,5\pm 0,4$ $Me=4,5$ (4,1-4,8), а в основной группе $3,7\pm 0,1$ $Me=3,8$ (3,6-3,9) $P_U=0,185$; НСТ (гематокрит) в группе сравнения составил $30,9\pm 0,2$ $Me=30,5$ (29,4-32,4), а в основной группе $30,4\pm 0,6$ $Me=30,2$ (29,3-32,6) $P_U=0,830$; НСВ (гемоглобин) в группе сравнения составил $9,2\pm 0,1$ $Me=9,3$ (8,5-10,0), а в основной группе $9,0\pm 0,3$ $Me=9,0$ (8,4-10,0) $P_U=0,647$; Fe (железо) $7,4\pm 0,2$ $Me=7,2$ (6,3-8,4) в группе сравнения, в основной группе $7,1\pm 0,3$ $Me=6,9$ (5,9-8,5) $P_U=0,311$; показатель общей железосвязывающей способности крови (ОЖСС) в группе сравнения составил - $7,1\pm 1,0$ $Me=69,8$ (66,0-73,8), а в основной группе - $72,3\pm 1,5$ $Me=71,1$ (70,0-74,9) $P_U=0,091$; показатель ЛССЖ (латентная способность связывания железа) в группе сравнения составил - $61,7\pm 1,1$ $Me=62,6$ (57,4-66,9), в основной группе - $65,2\pm 1,7$ $Me=63,9$ (61,8-69,0) $P_U=0,182$; показатель СНТЖ (степень насыщения трансферрина железом) в группе сравнения составил $11,0\pm 0,4$ $Me=10,6$ (8,7-13,0), в то время как в основной группе $9,9\pm 0,6$ $Me=9,7$ (7,9-12,1) $P_U=0,207$; ферритин в группе сравнения составил $14,0\pm 1,1$ $Me=10,4$ (9,2-17,8), а в основной группе $13,2\pm 2,7$ $Me=9,8$ (5,4-17,0) $P_U=0,339$.

Полученные нами данные подтверждают, что у многорожавших женщин с анемией повышен риск осложнения беременности преэклампсией [4,6], которая составила 23,75%. Надо отметить, что преэклампсия отмечалась при анемиях средней (57,9%) и тяжелой (10,5%) степени. Известно, что преэклампсия является глобальной проблемой акушерства, влияющей на течение беременности и ее исход [4,5,6].

Развитие преэклампсии на фоне анемии II и III степени повышает риск возникновения осложнений беременности и родов. Так, по нашим данным у многорожавших беременных с анемией повышен риск прерывания беременности (52,6% против 42,6%), преждевременных родов (36,8% против 9,8%), риск развития гипоксии плода (68,4% против 42,6%), задержки внутриутробного развития плода (21,1% против 3,3%/), кроме того, увеличен процент оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечения (57,9% против 27,9%).

При изучении клинико-анамнестических данных этих женщин было установлено, что патологические отклонения более распространены среди женщин с осложненным акушерским и гинекологическим анамнезом.

Таким образом, превенцию возможных осложнений у многорожавших женщин с анемией необходимо проводить до планирования беременности. Своевременная диагностика анемии и проведение качественного антианемического лечения для предотвращения осложнений, вызванных анемией у многорожавших женщин, позволит добиться улучшения акушерских показателей и перинатальных исходов.

Литература:

1. Сурина М.Н., Чванова Е.А., Марочко Т.Ю., Карелина О.Б. Беременность и анемия тяжелой степени: проблемы диагностики и лечения // Фундаментальная и клиническая медицина, - 2019; 3:4-60.
2. Трухан Д.И., Юренев Г.Л., Чулова Н.А. Железодефицитная анемия: актуальные аспекты диагностики и лечения в реальной клинической практике терапевта //Терапия- 2019; 1:172-181.
3. Fatemeh B., Nobakht M. Gh. Application of metabolomics to preeclampsia diagnosis // Review, SystBiolReprod Med., - 2018; 64(5):324-339.

4. <https://www.figo.org/figo-releases-new-guidelines-combat-pre-eclampsia>
5. Qafarov I.A. Biostatistika. – Bakı: Tebib, - 2022, - 240p.
6. Ramas J.G.L., Sass N., Costa S.H.M. Preeclampsia // Rev Bras Ginekol Obstet., - 2017; 39(9):496-512.

ПАРВАНА И. АЛИЕВА

РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У МНОГОРОЖАВШИХ БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

II кафедра акушерства и гинекологии АМУ, Баку, Азербайджан

РЕЗЮМЕ

Проведен анализ возникновения преэклампсии среди многорожавших женщин с железодефицитной анемией и ее влияния на течение беременности и родов. Обследовано 80 многорожавших беременных с железодефицитной анемией, у которых в 23,7% (19 беременных, основная I группа) беременность осложнилась преэклампсией, а в 76,25% (61 беременная, II группа, сравнения) без преэклампсии. Беременность осложнялась преэклампсией чаще в возрастной группе 30-40 лет (84,2% против 15,8% в группе сравнения) у беременных с анемией II и III степени (57,9% и 10,5% соответственно), что в свою очередь повысило риск прерывания беременности (52,6% против 42,6%), преждевременных родов (36,8% против 9,8%), риск развития гипоксии плода (68,4% против 42,6%), задержки внутриутробного развития (21,1% против 3,3%). Кроме того, при сочетании анемии с преэклампсией был увеличен процент оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечения (57,9% против 27,9% в группе сравнения). Анализ данных анамнеза подтвердил, что вышеуказанные осложнения чаще встречаются у женщин с осложненным акушерским и гинекологическим анамнезом (акушерский в 73,7% против 41,0% в группе сравнения и гинекологический в 15,8% против 3,3%). Своевременная диагностика анемии и проведение качественной антианемической терапии у многорожавших беременных предотвратит осложнения беременности и родов, что в свою очередь улучшит акушерские показатели и перинатальные исходы.

პარვანა ი. ალიევა

**ორსულობის პათოლოგიური მდგომარეობების განვითარების რისკი მრავალჯერ ნამშობიარეებ
ორსულებში, ანემიის დროს**

ასუ მეანობა-გინეკოლოგიის II დეპარტამენტი, ბაქო, აზერბაიჯანი

რეზიუმე

გაკეთდა მრავალჯერ ნამშობიარე ქალებში ანემიის ანალიზი პრეეკლამპსიით და პრეეკლამპსიის გარეშე ჯგუფებში. გამოკვლეული იქნა რკინადეფიციტური ანემიის მქონე 80 მრავალშვილიანი ორსული, რომელთაგანაც 23,7% (19 ორსულ ქალში I ჯგუფი) ორსულობა გართულდა პრეეკლამპსიით, ხოლო 76,25% (61 ორსულ ქალში, II ჯგუფი, შედარება) პრეეკლამპსიის გარეშე.

ორსულობა უფრო ხშირად გართულდა პრეეკლამპსიით 30-40 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (84,2% შედარების ჯგუფში 15,8%) ორსულ ქალებში II და III ხარისხის ანემიით (57,9% და 10,5%, შესაბამისად). თავის მხრივ გაიზარდა აბორტის რისკი (52,6% 42,6%-ის წინააღმდეგ), ნაადრევი მშობიარობა (36,8% 9,8%-ის წინააღმდეგ), ნაყოფის ჰიპოქსიის რისკი (68,4% 42,6%-ის წინააღმდეგ), საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხება (21,1% 3,3%-ის წინააღმდეგ). გარდა ამისა, როდესაც ანემია შერწყმული იყო პრეეკლამპსიასთან, გაიზარდა საკეისრო კვეთით ოპერაციული მშობიარობის პროცენტული მაჩვენებელი (57,9% შედარების ჯგუფში 27,9%-ის წინააღმდეგ).

ანამნეზის მონაცემების ანალიზმა დაადასტურა, რომ ზემოაღნიშნული გართულებები უფრო ხშირია ქალებში გართულებული სამეანო-გინეკოლოგიური ანამნეზით (სამეანო 73,7% შედარების ჯგუფში 41,0% და გინეკოლოგიური 15,8% 3,3%-ის წინააღმდეგ). ანემიის დროული დიაგნოსტიკა და მაღალი ხარისხის ანტიანემიური თერაპიის ჩატარება მრავალშვილიან ორსულებში თავიდან აიცილებს ორსულობისა და მშობიარობის გართულებებს, რაც თავის მხრივ გააუმჯობესებს სამეანო მაჩვენებლებს და პერინატალურ შედეგებს.