

ОБЗОРЫ

---

© Амонов И.И., Ашурова Н.Г., Адизова С.Р., 2015  
УДК 618-055.28:[616.155.194+616.61-002.3

**ОБ ОСОБЕННОСТЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ  
МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

И.И. АМОНОВ, Н.Г. АШУРОВА, С.Р. АДИЗОВА

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

---

**FEATURES OF REPRODUCTIVE SYSTEM MULTIPAROUS WOMEN  
WITH ANEMIA AND PYELONEPHRITIS (LITERATURE REVIEW)**

I.I. AMONOV, N.G. ASHUROV, S.R. ADIZOVA

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

**В обзорной статье описывается частота перинатальной и экстрагенитальной патологии, частота осложнений беременности, родов у многорожавших женщин. Среди всех заболеваний беременных гестоз наиболее часто развивается на фоне железодефицитной анемии. В настоящее время частота анемий при беременности в РФ составляет 60%, а в Дагестане – неблагоприятном в социальном плане регионе – достигает 80%. Авторы считают, что проблема разработки эффективных и оптимальных методов контрацепции у многорожавших женщин с анемией и пиелонефритом далека от своего окончательного решения. В связи с вышеизложенным представляется актуальным изучение проблемы выбора оптимального метода контрацепции у многорожавших женщин.**

*Ключевые слова: репродуктивная система, многорожавшие женщины, анемия, пиелонефрит.*

---

**In a review the frequency of perinatal and extragenital pathology, frequency of complications of pregnancy, childbirth at a lot of giving birth women is described. Among all diseases of pregnant women gestosis most often develops against iron deficiency anemia. Now the frequency of anemia's at pregnancy in the Russian Federation makes 60%, and in Dagestan – the adverse region in the social plan – reaches 80%. Authors consider that the problem of development of effective and optimum methods of contraception at a lot of giv-**

**ing birth women of women with anemia and pyelonephritis is far from the final decision. Due to the above studying of a problem of a choice of an optimum method of contraception at the multigiving birth women is represented actual.**

*Keywords: reproductive system, a lot of giving birth women, anemia, pyelonephritis.*

Многочисленные роды и частые беременности являются универсальными факторами риска. Возраст и паритет, короткий интергенетический интервал, высокая частота экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, снижение социально-экономического статуса являются факторами, обуславливающих высокую частоту перинатальной патологии у многорожавших женщин. Среди различных видов экстрагенитальной патологии у многорожавших женщин заболевания мочевыделительной системы занимают значительный удельный вес (18,7-37,4%). Особенности отклонений в здоровье объясняются дистрофическими процессами, которые особенно выражены в матке, преждевременным старением всех органов и систем.

Частые роды и высокий паритет является факторами, снижающими качество жизни женщин в активном репродуктивном возрасте. До настоящего времени многорожавшие женщины составляют большой процент среди женщин репродуктивного возраста.

Частота осложнений беременности, родов, рост гинекологической заболеваемости, низкий уровень репродуктивного здоровья многорожавших женщин на современном этапе предъявляют к системе организации акушерско-гинекологической помощи особые требования.

По данным отчета клиники научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и педиатрии Таджикистана за 2007 год, удельный вес многорожавших составил 21%. В отчете клиники

группы многорожавших составили женщины с 5 родами и больше. По Европейским стандартам к многорожавшим относят женщин, имевших в анамнезе более 3 родов (ВОЗ). С учетом Европейских стандартов данный показатель в Таджикистане увеличивается.

В Дагестане многорожавшие (МРЖ) составляют более 32% среди всех рожавших и характеризуются более осложненным течением гестации на фоне высокой отягощенности экстрагенитальными заболеваниями. По определению ВОЗ МРЖ относят к универсальной группе риска. Усиление хронической венозной недостаточности (ХВН) наступает после каждой последующей беременности.

В России, согласно законодательным актам, к многодетным относят семьи, имеющие троих и более несовершеннолетних детей. При этом семьи, в которых воспитывается по 5 и более детей, составляют 5,2% от общего количества "ячеек общества", а семьи, в которых 9 и более детей, – 0,1%.

У часто и многорожавших женщин Кавказского региона, по данным Т. Х-М. Хашаевой [7], климакс наступает раньше и протекает тяжелее.

Анемия относится к широко распространенной патологии среди женщин. По частоте, прямому и косвенному влиянию на материнскую, перинатальную заболеваемость и смертность анемия все еще сохраняет значение одной из наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения во всем мире (Омарова Асият

Магомедовна 2008г). По данным ВОЗ, частота железодефицитной анемии у много-рожавших женщин в странах с различными уровнями жизни колеблется от 21 до 80 %. В развитых странах Европы около 10% женщин детородного возраста страдают железодефицитной анемией, у 30% из них наблюдается скрытый дефицит железа, в некоторых регионах нашей страны данный показатель достигает 50-60%.

ЖДА в сочетании с пиелонефритом является непростым сложением двух патологий, а имеют взаимоотношающее влияние, которое значительно ухудшает исход репродуктивного здоровья, как для матери, так и для плода. Сочетанная патология (ЖДА и ПН) приводит к достоверному возрастанию частоты осложнений по сравнению с изолированными формами этих патологических состояний.

Анемия, изменяя гомеостаз материнского организма вследствие обменных, волевических, гормональных, иммунологических и других нарушений, способствует развитию акушерских осложнений (Шехтман М М., 2000, Bondevik GT, Eskeland B, 2000, Давыдова БГ, 2000, Линева ОИ, Гильмиярова ФН, 2001) Частота их находится в прямой зависимости от степени тяжести анемии Ранний токсикоз у пациенток с ЖДА развивается в 23-28% случаев, угроза прерывания беременности встречается в 12-15% случаев, а преждевременные роды в 11-42%. С ЖДА связывают возрастающую частоту преждевременных родов и недоношенных детей У беременных с дефицитом железа в 2-3 раза чаще, чем у женщин с нормальным уровнем гемоглобина, развивается гестоз. Сочетание ЖДА и гестоза наблюдается у 14,5-50% женщин (Алиева МС, 2005, Бакуева НМ, 2003, Далгатова СВ, 2000, Омаров НС – М, 1999)

Течение родов у каждой второй много-рожавшей женщины с анемией осложняется несвоевременным излитием околоплодных вод. Нарушение тканевого метаболизма ведет к понижению сократительной функции миометрия, развитию слабости родовой деятельности, в пределах 10-15% и, как следствие, к увеличению объема патологической кровопотери в родах и в послеродовом периоде, диагностируемое у 7,8 и 23,6% родильниц, соответственно. При этом объем кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периоде пропорционален тяжести анемии (Омарова ПМ, 2005, Обоскалова ТА, 2005, Радзинский ВЕ, Милованов АП, 2004, Цхай ВБ, 2003, Бурлев ВА, Мурашко ЛЕ, 2002)

Основными факторами, способствующими развитию анемии у женщин репродуктивного возраста являются низкий уровень жизни, много- и часторождение, скудные знания о контрацепции и возможности планирования беременности, повышенная частота соматической и акушерско-гинекологической патологии в анамнезе, низкая диспансерная активность, а также несбалансированность питания по основным питательным веществам, недостаточность поступления с пищей витаминов, микро- и макроэлементов.

При проведении исследования анкетно-опросным методом было установлено, что чаще всего в режиме женщин с анемией, независимо от уровня жизни, использовалось трехразовое питание. Большинство женщин основную часть пищи потребляют на ужин.

Вопросы этиологии и патогенеза инфекции мочевыводящих путей у много-рожавших женщин в частности пиелонефрита, в литературе освещены достаточно широко. Доказано, что ведущая роль в его возникновении принадлежит бактериаль-

ным агентам, преимущественно представителям семейства Enterobacteriaceae (Владимирова Н.Ю. и соавт., 2001; Дядык А.И. и соавт., 2000; MacLean A.B., 2001; Hill J.B. et al., 2005; Sobel J., Kaye D., 2000). Развитию гестационного или обострению хронического пиелонефрита во время беременности способствует комплекс гормональных, иммунных и механических факторов, неразрывно связанных с беременностью (Довлатян А.А., 2004; Никольская И.Г. и соавт., 2003; Заманская Т.А. и соавт., 1999; Davison J.M., 2001; Grenier N. et al., 2000; Patterson T.F., Andriole V.T., 1997).

Недостаточно освещена в литературе проблема информативности и допустимости использования у многоплодных женщин с анемией и пиелонефритом различных методов контрацепции. До сих пор существуют различные точки зрения относительно влияния различных видов контрацепции у многоплодных женщин с анемией и пиелонефритом.

В отечественной и зарубежной литературе последних лет имеется небольшое число работ, посвященных проблеме многоплодных женщин. Исследования проводились в различных аспектах и посвящены изучению течения и осложнения беременности и родов у этого контингента (Нурмагомедова СС, 2000, 2006, Рудакова ЕБ и соавт, 2000, Амирханова МИ, 2001, Омаров С-МА и соавт, 2002, Гаджирамазанов КА, 2002, Багрий ЕГ, 2004, Кузнецова СВ, 2004, Celix C et al, 2003, Basson E et al, 2004, Odugogbe A A et al, 2001, Manandhar D S et al, 2004)

К настоящему времени накоплен значительный опыт изучения патогенеза, диагностики, отдельных видов экстрагенитальной патологии, относящихся к сопутствующим заболеваниям многоплодных

жавших. Так, исследования показывают возрастающую роль анемии в исходе беременности и родов у этих женщин (Низамова АФ, 2002, Шехтман ММ, 2003).

Значимость в проблеме многоплодных ожирения отражены в исследованиях КанНИ (2001), Багрий ЕГ (2003).

Важное место в структуре экстрагенитальной патологии у многоплодных занимает варикозная болезнь (Науменко НН, 2003).

Ряд работ посвящены пролонгированию беременности у многоплодных (Mannoff DN, Chinn A, 2001)

Исследования Heinberg EM et al (2002), Мирсаидовой МУ (2004) установили, что многоплодные женщины без соматических и акушерских осложнений имеют благополучные роды через естественные родовые пути.

Работами (ВОЗ, 1978, Гаджимурадова С.М., 2002, Кочофа Ж.О., 2003) показано, что многоплодные составляют группу высокого риска материнской и перинатальной смертности.

Велика роль центров планирования семьи в профилактике осложнений у многоплодных женщин. Она заключается в выработке тенденции к прекращению репродуктивной функции у них после 40 лет и обеспечение интервала между родами не менее двух лет.

Предпочтение при выборе метода контрацепции отдавалось КОК, т.к. их применение максимально уменьшает риск развития незапланированной беременности и осложнений, связанных с ее прерыванием. У большинства женщин КОК осуществляют регуляцию менструального цикла, оказывают лечебное действие при меноррагии, дисменорее, предменструальном синдроме, овуляторных болях. Уменьшение менструальной кровопотери на фоне приема КОК

способствует повышению эффективности антианемической терапии. Кроме того, лечебный эффект оральных контрацептивов прямо пропорционален длительности их применения. Применение КОК позволяет регулировать длительность интергенетического интервала в зависимости от степени тяжести анемии и скорости восстановления депо железа в организме. Подбор гормональной контрацепции осуществляли строго дифференцированно, с учетом выявленных относительных или абсолютных показаний.

### Заключение

Таким образом, несмотря на многочисленные и многоплановые исследования во всем мире, направленные на предупреждение нежелательной беременности у женщин, можно с уверенностью считать, что проблема разработки эффективных и оптимальных методов контрацепции у многопложавших женщин с анемией и пиелонефритом далека от своего окончательного решения. В связи с вышеизложенным представляется актуальным изучение проблемы выбора оптимального метода контрацепции у многопложавших женщин.

### Литература

1. Амирханова М.И. Нарушение лактационной функции у многопложавших женщин с гестозом / М.И. Амирханова, С.-М.А. Омаров. – Махачкала, 2001.
2. Асхабова Л.М. Репродуктивное здоровье и вопросы планирования семьи / Л.М. Асхабова, Г.А. Махмудова. – Махачкала, 2003.
3. Бабаджанова Ш.А. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у многопложавших женщин с железодефицитной анемией: дис. ... канд. мед. наук / Ш.А. Бабаджанова. – Ташкент, 1990.
4. Багрий Е.Г. Особенности гестации у многопложавших женщин с ожирением: дис. ... канд. мед. наук / Е.Г. Багрий. – Ростов н/Д, 2004.
5. Басин Б.Л. Медицинская помощь многопложавшим женщинам в условиях сельских районов / Б.Л. Басин, Ю.И. Чуловский // Деп. рукопись. – Омск, 1996.
6. Басин Б.Л. Особенности течения родов и морфология матки у многопложавших женщин / Б.Л. Басин, Ю.И. Чуловский // Деп. рукопись. – Омск, 1997. – 3 с.
7. Девятова И.Н. Сравнительная характеристика течения беременности и родов у пациенток с рубцом на матке / И.Н. Девятова, О.М. Малахова, О.Н. Харкевич // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 2. – С. 126-134.
8. Дядык А.И. Инфекции почек и мочевыводящих путей / А.И. Дядык, Н.А. Колесник. – Донецк: КП "Репой", 2003.
9. Зупарходжаева М.З. Особенности течения и исхода беременности и родов у здоровых многопложавших женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.З. Зупарходжаева. – Ташкент, 1989.
10. Игнатко И.В. Клиническое значение исследования внутривагинального кровотока в оценке степени тяжести гестоза и прогнозирования течения беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Игнатко. – М., 1996.
11. Калугина Г.В. Хронический пиелонефрит / Г.В. Калугина, М.С. Клушанцева, Л.Ф. Шсхаб. – М., 1993.
12. Марупова С.И. Дегградация белков и свободнорадикальных процессов у женщин с патологией амниона / С.И. Марупова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – № 3. – С. 73-77.
13. Международная статистическая классификация болезней и проблем, свя-

занных со здоровьем (10-й пересмотр) // ВОЗ. – Женева, 1995.

14. Милютина Ю.И. Осложнения беременности у многорожавших женщин. / Ю.И. Милютина // Акт. пробл. неотл. сост.: материалы Регион, науч.-практ. конф. мол. уч. и специалистов. – 1995.

15. Омаров С.-М.А., Раджабова Ш.Ш., Нурмагомедов С.Н., Дабузов А.Ш. Активное ведение многократных родов // IV Всеросс. Форум «Мать и Дитя. – 2002.

16. Омаров С.-М.А., Хашаева Т.Х.-М., Омаров Н.С.-М. Принципы планирования семьи в регионе с высокой рождаемостью // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 1995.

17. Савельева Г.М. Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. – 1998.

18. Свзнадзе Н.Г., Самородинова Л.А., Быкова Н.И., Шаповалова Н.Н.,

Смирнова М.И. Пиелонефрит и акушерские проблемы // Журнал акушерства и женских болезней. – 1998.

19. Султонова Н.А. Факторы риска развития преэклампсии у беременных и пути её снижения / Н.А. Султонова, Э.Р. Наврузов, Ю.Г. Расульзаде // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – № 2. – С. 67-74.

20. Урванцева Г.Г. Особенности течения беременности и исходы родов при высоком риске перинатальной патологии / Т.А. Обоскалова, В.С. Иванова, Ж.К. Егорова // Урал. мед. журн. – 2005.

21. Ушкалова Е.А. Фармакотерапия легочной гипертензии во время беременности и в послеродовом периоде / Е.А. Ушкалова, Н.К. Рунихина, И.М. Новикова // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова – 2013. – № 1. – С. 129-136.

---

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Амонов Икром Истамович – д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии Бухарского государственного медицинского института, г. Бухара.

Ашурова Нигора Гафуровна – к.м.н., ст. преп. кафедры акушерства и гинекологии Бухарского государственного медицинского института, г. Бухара.

Адизова Сарвиноз Ризокуловна – магистр кафедры акушерства и гинекологии Бухарского государственного медицинского института, г. Бухара.

E-mail: Gavhar72@inbox.ru