



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

2 (88) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
февраль

УДК 618.145–007.61–085

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЛАЦЕНТАРНО-ФЕТАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ ОБИЛЬНЫХ МЕНСТРУАЦИЯХ В АНАМНЕЗЕ

Насирова Зебинисо Азизовна <https://orcid.org/0000-0001-7032-2628> email-azijon54@gmail.com

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Обильные менструальные кровотечения (ОМК) представляют собой одну из наиболее распространённых причин анемического синдрома у женщин репродуктивного возраста, оказывая значительное влияние на их качество жизни, репродуктивное здоровье и трудоспособность. Несмотря на широкую распространённость, проблема остаётся недооценённой как пациентками, так и медицинскими работниками. ОМК часто сопровождаются железодефицитными состояниями, включая латентный дефицит железа, что усугубляет течение беременности и послеродового периода. В исследовании проведён ретроспективный анализ 144 историй болезни женщин с ОМК, позволивший выявить основные клинико-демографические особенности и частоту ассоциированных осложнений. Полученные результаты подтверждают необходимость ранней диагностики и профилактики железодефицита у женщин с менструальной гиперменореей, а также важность комплексного подхода к ведению таких пациенток, включающего оценку гемостаза, коррекцию дефицита железа и индивидуализированный подбор терапии.

Ключевые слова: обильные менструальные кровотечения; железодефицитная анемия; латентный дефицит железа; гемостаз; репродуктивное здоровье; анемический синдром.

КЎП МИҚДОРДАГИ ХАЙЗ ҚОН КЕТИШЛАР КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА ПЛАЦЕНТА–ҲОМИЛА ЎЗARO АЛОҚАЛАРИНИНГ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Насирова Зебинисо Азизовна <https://orcid.org/0000-0001-7032-2628>

Самарканд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарканд, Амир Темура 18,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Кўп миқдорда менструатсия қон кетишлари (КМК) репродуктив ёшдаги аёллар орасида анемик синдромнинг энг кенг тарқалган сабабларидан бири ҳисобланади. Ушбу ҳолат аёлларнинг ҳаёт сифати, репродуктив соғлиги ва меҳнат фаолиятига сезиларли таъсир кўрсатади. Кенг тарқалганлигига қарамай, муаммо ҳам беморлар, ҳам тиббиёт ходимлари томонидан етарлича баҳоланмайди. КМК кўпинча темир танқислиги ҳолатлари, жумладан яширин темир танқислиги билан кечади, бу эса ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги давр кечишини оғирлаштиради. Тадқиқот давомида КМК билан оғриган 144 нафар аёлнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинди. Олинган натижалар аёлларда менструатсион гиперменорея фонида темир танқислигини эрта аниқлаш ва олдини олиш зарурлигини, шунингдек, бундай беморларни бошқаришда комплекс ёндашув — гемостазни баҳолаш, темир танқислигини тўғрилаш ва индивидуал даволаш усуллари таниш муҳимлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: кўп миқдорда менструатсия қон кетишлари; темир танқислиги анемияси; яширин темир танқислиги; гемостаз; репродуктив соғлиқ; анемик синдром.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF PLACENTAL-FETAL INTERACTIONS IN WOMEN WITH A HISTORY OF HEAVY MENSTRUAL BLEEDING

Nasirova Zebiniso Azizovna <https://orcid.org/0000-0001-7032-2628>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

Heavy menstrual bleeding (HMB) is one of the most common causes of anemic syndrome in women of reproductive age, significantly affecting their quality of life, reproductive health, and work capacity. Despite its high prevalence, the problem remains underestimated by both patients and healthcare professionals. HMB is often accompanied by iron deficiency conditions, including latent iron deficiency, which aggravates the course of pregnancy and the postpartum period. The study conducted a retrospective analysis of 144 medical histories of women with HMB, which made it possible to identify the main clinical and demographic features and the frequency of associated complications. The obtained results confirm the need for early diagnosis and prevention of iron deficiency in women with menstrual hypermenorrhea, as well as the importance of a comprehensive approach to managing such patients, including hemostasis assessment, correction of iron deficiency, and individualized therapy selection.

Keywords: heavy menstrual bleeding; iron deficiency anemia; latent iron deficiency; hemostasis; reproductive health; anemic syndrome.

Актуальность

ОМК остаются недооцененной проблемой, несмотря на их значительное распространение. Среди женщин репродуктивного возраста частота ОМК варьируется от 10 до 30%, в зависимости от методов оценки, клинической картины, культурных особенностей и представлений о нормальной и обильной менструации. По мнению самих женщин, ОМК наблюдаются в 25–50% случаев, при этом более четверти из них страдают от ЖДА. У двух третей женщин с ОМК выявляются железодефицитные состояния различной степени тяжести. Это обусловлено не только регулярной кровопотерей во время менструации, но и увеличенной потребностью в железе в период беременности. При этом случаи ЛДЖ, когда уровень гемоглобина остается нормальным, но запасы железа в организме истощены, значительно чаще встречаются у пациенток с ОМК. К сожалению, в клинической практике ОМК часто недооцениваются как важный фактор, способствующий развитию дефицита железа. Даже незначительный, но длительный дефицит железа может негативно влиять на жизненно важные процессы в организме женщины.

В целом, железодефицитные состояния, ассоциированные с ОМК, оказывают значительное социально-экономическое влияние. Эти последствия затрагивают не только самих пациенток, но также их семьи, работодателей, медицинских работников и общество в целом.

Цель исследования: оценить клинико-демографические характеристики, структуру осложнений беременности и частоту железодефицитных состояний у женщин с обильными менструальными кровотечениями в анамнезе.

Материал и методы исследования

Ретроспективный этап — анализ амбулаторных карт и историй родов 144 женщин с обильными менструальными кровотечениями (ОМК) в анамнезе, что позволило определить частоту и структуру осложнений беременности,

Результат и обсуждения

В ретроспективное исследование были включены 144 медицинские карты женщин, у которых, согласно записям акушеров-гинекологов и данным амбулаторных карт, в анамнезе до наступления беременности фиксировались признаки ОМК и/или ЖД), ассоциированной с менструальной кровопотерей. Оценка демографических и антропометрических характеристик

данной когорты позволила выявить ключевые особенности. Средний возраст пациенток составил $27,5 \pm 5,3$ года, что соответствует наиболее активному репродуктивному периоду. Этот возрастной диапазон представляет клинический интерес, поскольку сочетание хронической менструальной кровопотери и анемического синдрома в указанный период может оказывать значительное влияние на течение беременности и её исходы.

Средний ИМТ составил $25,6 \pm 3,4$ кг/м², что отражает преобладание пациенток с нормальной или умеренно избыточной массой тела. Учитывая влияние ИМТ на развитие метаболических осложнений, таких как гестационный сахарный диабет и преэклампсия, данный параметр рассматривается как один из факторов, потенциально влияющих на течение гестационного периода.

При анализе образовательного уровня установлено, что 33,3% пациенток имели среднее образование, 35,4% – среднеспециальное и 31,3% – высшее. Уровень образования коррелирует с приверженностью к профилактическим и лечебным мероприятиям, а также с осведомлённостью о возможных рисках железодефицита во время беременности. Доступ к медицинской информации и критическое отношение к собственному здоровью в этой связи представляют собой важные компоненты своевременного обращения за специализированной помощью.

Анализ менструального анамнеза пациенток выявил ряд характерных особенностей, типичных для женщин с ОМК, обладающих значимой клинической и прогностической ценностью при оценке репродуктивного здоровья и течения беременности. Средний возраст менархе в этой когорте составил $12,8 \pm 1,4$ лет, что в целом соответствует популяционным нормам. Тем не менее, у части пациенток отмечались отклонения от стандартных сроков полового созревания: раннее менархе (до 11 лет) — у 9,7% женщин, позднее (после 14 лет) — у 12,5%. Эти особенности могут указывать на возможные эндокринные дисфункции в период становления менструального цикла. По регулярности менструаций: у 45,8% женщин цикл был регулярным, тогда как у 54,2% — нерегулярным.

Средняя продолжительность менструального цикла составила $30,5 \pm 4,2$ дня, однако у части пациенток имелось изменение в сторону как укороченных циклов (<25 дней), так и удлинённых (>35 дней), что свидетельствует о нарушениях овуляторного процесса.

Длительность менструального кровотечения в среднем составила $7,8 \pm 2,1$ дня, что превышает физиологическую норму (3–5 дней) и подтверждает наличие патологической кровопотери. При этом обильные менструации выявлены у 77% пациенток, а у 23% они носили крайне выраженный характер, сопровождавшийся значительной кровопотерей, клинически проявлявшейся признаками железодефицита.

Дополнительно, у 38% женщин были зафиксированы межменструальные кровянистые выделения. Характеристика менструальной функции женщин ретроспективной группы представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика менструальной функции (n = 144)

Показатель	Абс. число (n)	Доля (%)
Регулярность менструального цикла		
— регулярный	66	45,8
— нерегулярный	78	54,2
Продолжительность менструального цикла (дней): $30,5 \pm 4,2$		
— укороченные циклы (<25 дней)	17	11,8
— удлинённые циклы (>35 дней)	13	9,0
Продолжительность менструации (дней) Среднее значение: $7,8 \pm 2,1$		
Характер менструаций		
— обильные	111	77,0
— крайне обильные	33	23,0
Наличие межменструальных кровотечений	55	38,2

Сопутствующие симптомы, наблюдаемые у пациенток, включали головокружение (54%), слабость (48%), обморочные состояния (8,6%) и выраженные боли внизу живота (62%). Данные

симптомы были 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 акушерско-гинекологического анамнеза пациенток позволил выявить важные особенности, характеризующие репродуктивное здоровье женщин с 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, абортам (рис. 1).

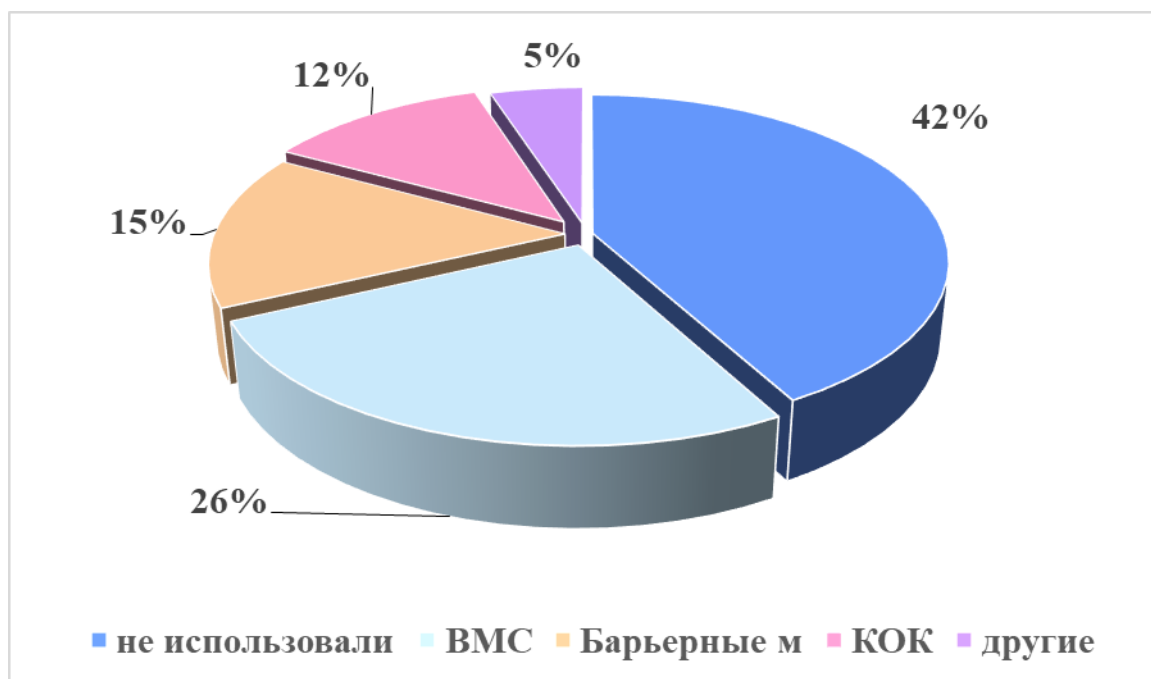


Рисунок 1. Используемые методы контрацепции.

Как видно из рисунка 1, почти половина женщин с ОМК (42%) вообще не использовали методы контрацепции. Внутриматочные средства применяли около четверти пациенток (26%). Барьерные методы и комбинированные оральные контрацептивы встречаются реже — 15% и 12% соответственно. На долю других способов приходится около 5%.

Такое распределение подчёркивает низкую информированность и ограниченное использование современных методов контрацепции. Высокая доля женщин, не использующих контрацепцию, связана с частыми незапланированными беременностями и абортами. А широкое применение ВМС среди пациенток с ОМК усиливает кровопотери и повышает риск железодефицитной анемии. Всё это напрямую влияет на исходы беременности и требует более внимательного выбора метода контрацепции у данной категории женщин.

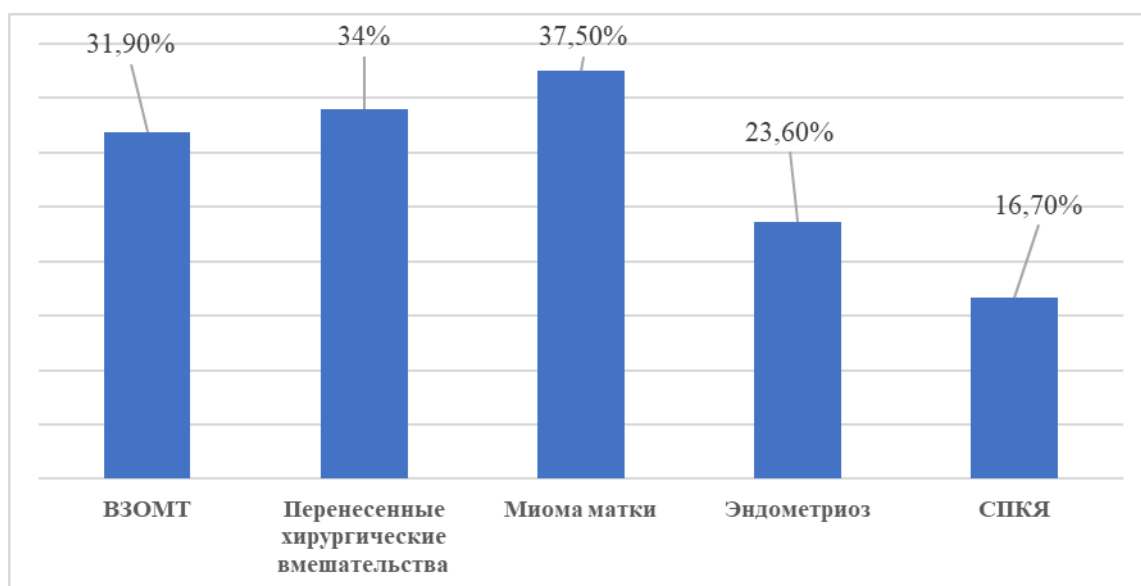


Рисунок 2. Гинекологические заболевания

Как видно, из рисунка 2, гинекологические заболевания отмечались у значительной части пациенток. ВЗОМТ были зарегистрированы у 31,9% женщин, а в 34% случаев в анамнезе отмечались перенесенные хирургические вмешательства, что 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% пациенток этой группы отсутствовала какая-либо структурная или функциональная патология репродуктивной системы. Кроме того, у пациенток нередко встречались сопутствующие хронические соматические заболевания, которые могли оказывать влияние на течение беременности и способствовать развитию анемии и осложнений.

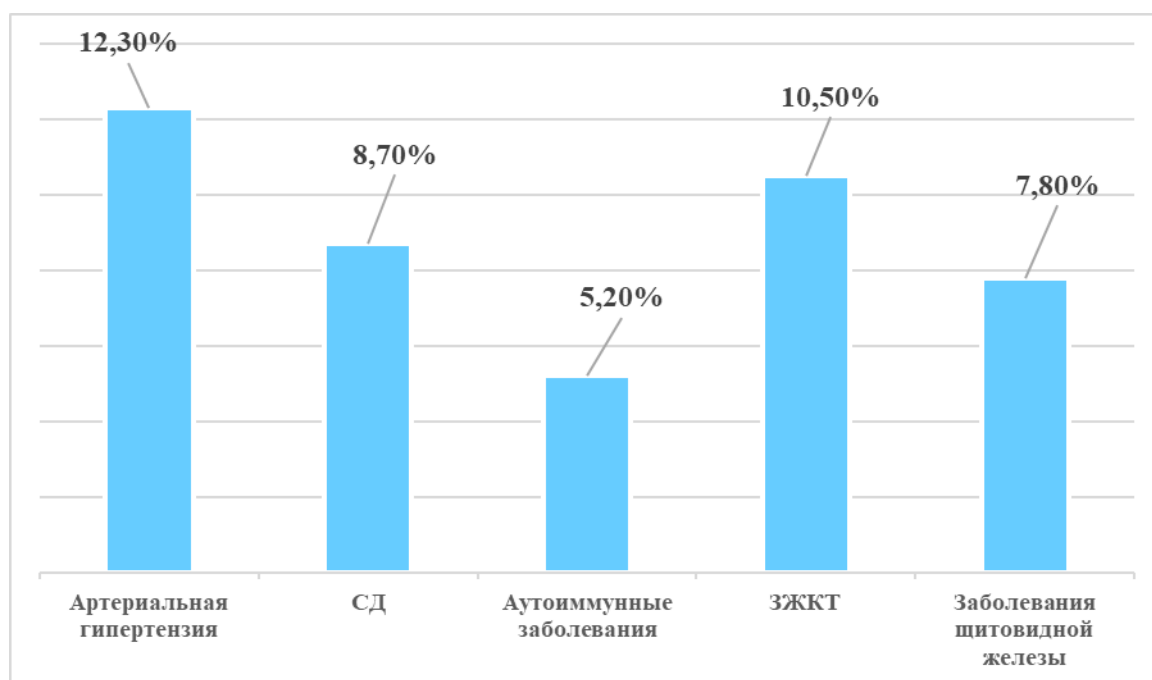


Рисунок 3. Соматическая патология в группе ретроспективного анализа.

Среди сопутствующих заболеваний (рис.3.3) 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 ОМК 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 анализами были статистически значимыми ($p < 0,001$).

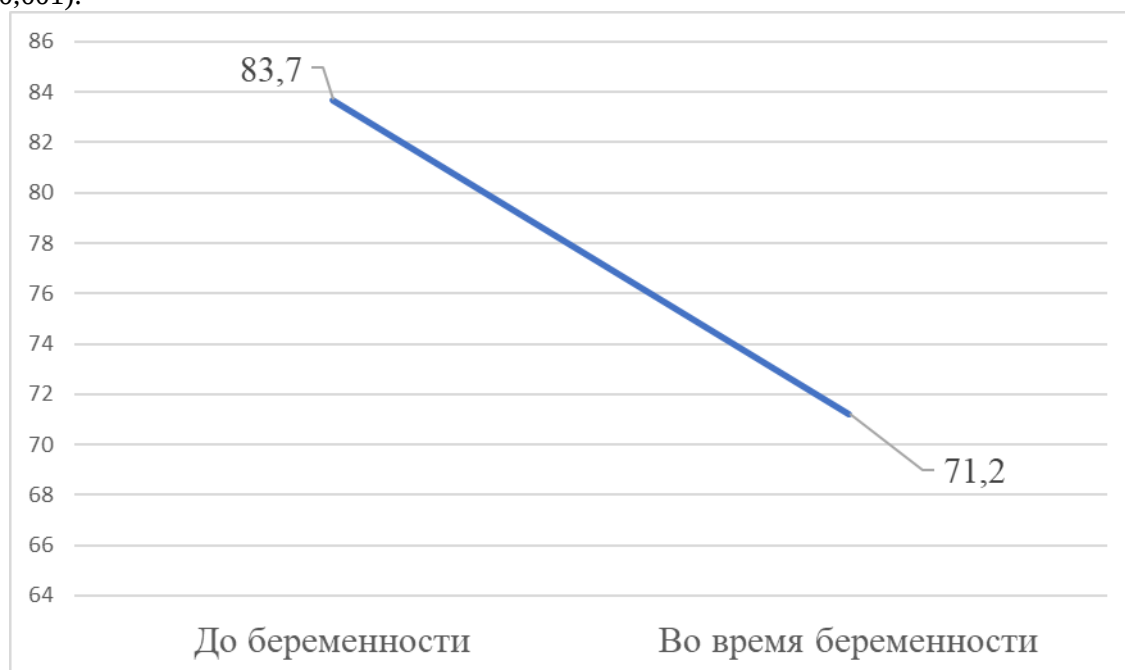


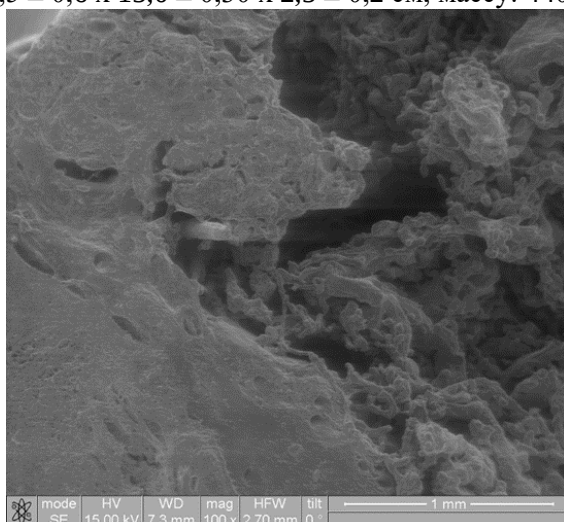
Рисунок 4. Средний уровень гемоглобина (г/л) пациенток ретроспективного анализа.

Диагностика ЖДА в различные сроки беременности показала, что у 38,2% пациенток анемия была впервые выявлена в первом триместре, у 29,9% — во втором, и у 31,9% — в третьем триместре. Эти данные свидетельствуют о том, что в значительном числе случаев ЖДА остаётся не диагностированной на ранних сроках гестации и выявляется лишь при развитии клинически значимого снижения уровня гемоглобина, что сопровождается неблагоприятным воздействием на организм беременной и плода.

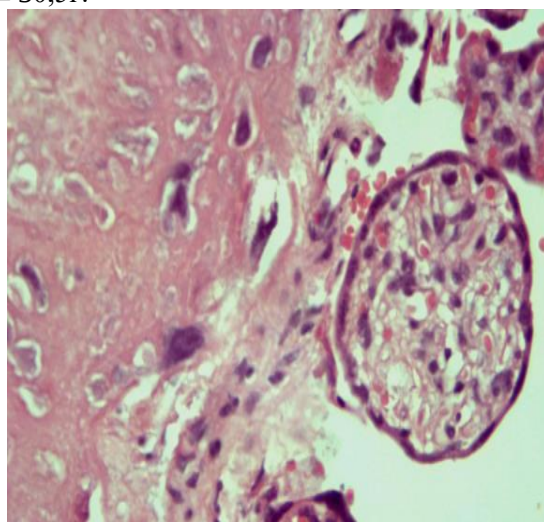
Дополнительным затруднением на этапе диагностики является отсутствие единых референсных значений показателей железа и ферритина в зависимости от триместра беременности в разных медицинских учреждениях. Применение различных лабораторных методик, различие в используемых аналитических платформах и отсутствие стандартизации диагностических порогов (в том числе по ферритину и сывороточному железу) приводят к расхождениям в интерпретации результатов. Это, в свою очередь, затрудняет своевременное выявление латентного дефицита железа и оптимизацию тактики коррекции анемического синдрома.

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 ДЖ пациентки не обращаются за медицинской помощью, что приводит к прогрессированию анемии уже в период беременности. 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.

Плаценты женщин с железодефицитной анемией (с ОМК в анамнезе), развившейся до беременности имели округлую форму (47%) или форму неправильного овала (53%), размеры: $16,5 \pm 0,6 \times 15,0 \pm 0,30 \times 2,5 \pm 0,2$ см, массу: $440,50 \pm 30,5$ г.



А



Б

Рисунок 1 Фрагмент плаценты женщины №2750/909 (И.М., 28 лет, беременность I, 40 недель, роды I, срочные, анемия средней степени).

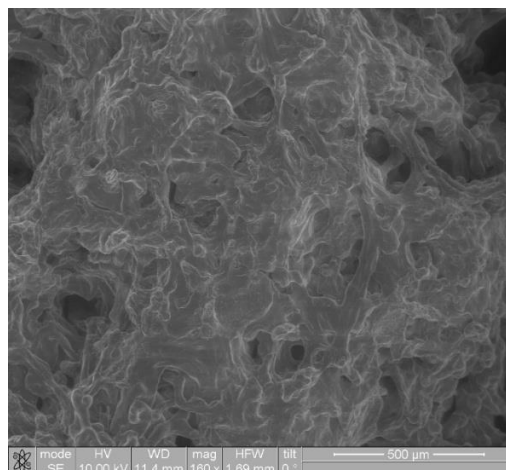
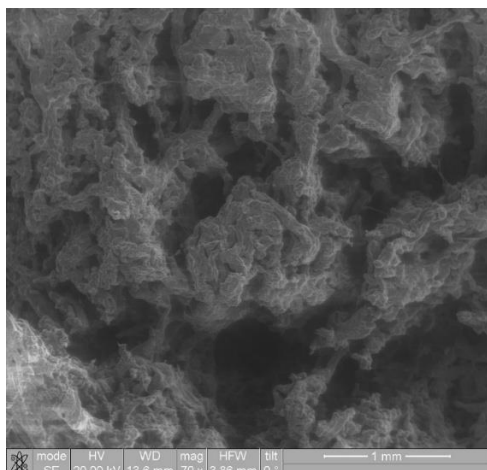
А — участок плаценты при анемии средней степени тяжести: визуализируется инфаркт с нарушением структуры ворсин (СЭМ, $\times 100$).

Б — фрагмент той же зоны, световая микроскопия: деструкция и деформация ворсин, очаговые некротические изменения. Окраска гематоксилином и эозином ($\times 400$).

В плацентах площадь, занимаемая инфарктами, кавернами а афункциональными зонами составляла 6-9%, и чаще наблюдались в плацентах с анемией III степени тяжести (рис.1. В части плацент (6- где-то 10%) выявлены участки с гематомами, которые располагались в краевых синусах плаценты, сдавливая собой терминальные ворсины, что может служить причиной нарушения жизнедеятельности плода.

Помимо этого, в 5 (8%) плацентах выявлены истинные инфаркты плаценты, которые занимали один или несколько котиледонов и носили, как краевой характер, так и располагались в толще органа. В участке инфаркта наблюдались некротизированные ворсины, слившиеся между собой в виде амфорной массы. Гематомы и инфаркты выявлены в плацентах женщин с анемией II и III

степени тяжести. Ворсины, располагавшиеся возле участка инфаркта, были, преимущественно, с участками склероза. Здесь же наблюдалось скопление фибриноида в межворсинчатом пространстве.



А

Б

Рисунок 2 Фрагмент плаценты женщины №2562/846 (Ш.Ш., 22 года, беременность I, 38⁴ недель, роды I, срочные, анемия средней степени).

Афункциональные зоны. Ворсины тесно переплетены между собой.

СЭМ. Рис. А (x70), рис. Б (x160)

В хориальной пластинке в соединительную ткань, в которой разветвляются крупные сосуды пуповины, наблюдается нарушение строения волокон, несущие характер стромально-сосудистой дистрофии вплоть до склероза. Строение амниотического эпителия фрагментарно нарушено с альтеративными изменениями в клетках, вплоть до некроза и их отсутствия. Содержание фибриноида, в том числе в площадь полосы Лангханса, увеличено. В хориальной пластинке пупочные сосуды, проникающие из пупочного канатика, обильно ветвятся (**рис.2**). Часто они ишемичны (**рис.3**).

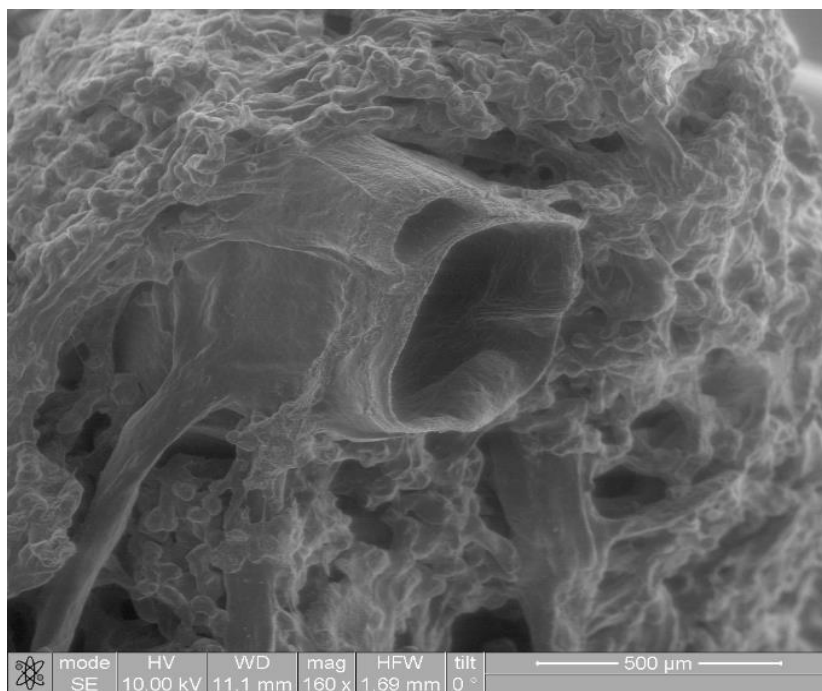


Рисунок 3 Фрагмент плаценты женщины №151 (И.М., 20 лет, беременность I, 39⁴ недель, роды I, срочные, анемия средней степени).

Пупочные сосуды, проникающие из пупочного канатика, ишемичны; СЭМ (x160)

В материнской поверхности также наблюдалось увеличение отложения фибриноида. В части сосудов (до 20%) выявлено расширение их просвета, полнокровие и стаз. Причем, большая часть сосудов все же ишемична. Стенки последних характеризовались выраженной склеротической трансформацией, а в отдельных случаях — облитерацией просвета. Следует подчеркнуть, что количество сосудов с признаками склероза и облитерации существенно превышало число полнокровных сосудов, причём их доля возрастала пропорционально степени тяжести анемии.

У матери с ОМК в плаценте наблюдались признаки повреждения, которые носили характер альтерации, фокального склероза и фибриноидного некроза. Обнаружены признаки незрелости ворсинчатого дерева. Полнокровие и тромбоз были выражены умеренно в отдельных фрагментах плаценты, как и кровоизлияния. Ишемия в сосудах плаценты прогрессировала по мере возрастания тяжести заболевания. В строме ворсин были выявлены участки со склерозом. В ворсинчатом дереве происходило перемещение содержания в пользу створчатых и особенно промежуточных ворсин.

Заключение

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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Munro M. G. et al. Abnormal uterine bleeding: A well-travelled path to iron deficiency and anemia //International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2020;150(3):275-277.
2. Myrin-Westesson L. et al. Prevalence of heavy menstrual bleeding, iron deficiency, iron deficiency anemia, and treatment in women with von Willebrand disease—a cohort study //Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis. 2025;9(4):102-949.
3. 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
4. Nemeth E. et al. Hepcidin, a putative mediator of anemia of inflammation, is a type II acute-phase protein //Blood, The Journal of the American Society of Hematology. 2003;101(7):2461-2463.
5. Oh C., Keats E. C., Bhutta Z. A. Vitamin and mineral supplementation during pregnancy on maternal, birth, child health and development outcomes in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis //Nutrients. 2020;12(2):491.
6. Obeagu E. I. Prevalence and risk factors of heavy menstrual bleeding in Africa: a narrative review //Annals of Medicine and Surgery. 2025;87(7):4194-4200.
7. Okafor I. M. et al. Morphological classification of anaemia and neutrophil patterns in pregnant women with asymptomatic malaria parasite infection //Sokoto Journal of Medical Laboratory Science. 2024;9(3):22-31.
8. Park C. H. et al. Hepcidin, a urinary antimicrobial peptide synthesized in the liver //Journal of biological chemistry. 2001;276(11):7806-7810.
9. Pattoyevich G. A. Iron deficiency anemia in children: early diagnosis and modern treatment approaches //Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing. 2025;3(5):494-501.
10. Pavord S. et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy //Br J Haematol. – 2020.
11. Perera C.O., et al. Mild anemia during pregnancy upregulates placental vascularity and VEGF expression // Med Hypotheses. 2016;91:1–4;
12. Jain V., et al. Angiogenesis in abnormal uterine bleeding: a narrative review // Int J Mol Sci. 2022;23(13):71-89.

Поступила 20.01.2026