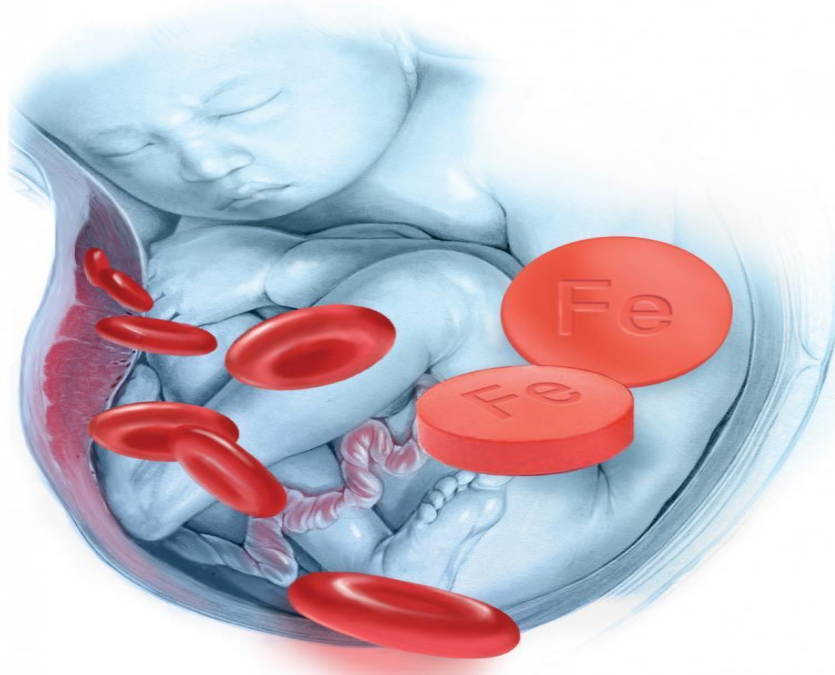


АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Выполнила
Студентка 4 курса 11 группы
педиатрического факультета
Краснова Дарья Сергеевна

- Анемия беременных — анемия, развивающаяся во время беременности (преимущественно во II или III триместре) вследствие недостаточного удовлетворения повышенной потребности организма матери и плода в веществах, необходимых для кроветворения.
- Среди анемий беременных 75-90% составляют железо- и белководефицитные анемии, другие формы встречаются гораздо реже.



Степень тяжести анемии определяют по данным лабораторного исследования:

- умеренная: Hb 109-70 г/л, количество эритроцитов $3,9-2,5 \times 10^{12}/л$, Ht 37-24%;
- тяжёлая: Hb 69-40 г/л; количество эритроцитов $2,5-1,5 \times 10^{12}/л$, Ht 23-13%;
- очень тяжёлая: Hb ≤ 40 г/л; количество эритроцитов менее $1,5 \times 10^{12}/л$, Ht $\leq 13\%$.



ЭТИОЛОГИЯ

У большинства женщин во время беременности развивается анемия, связанная с неравномерным увеличением объёма циркулирующей плазмы крови и объёма эритроцитов. При беременности повышается потребность организма в пластических веществах и железе, и недостаточное их поступление приводит к тому, что темпы эритропоэза отстают от нарастания ОЦК. Анемии беременных являются следствием многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокий уровень эстрогенов, ранние токсикозы, препятствующие всасыванию в ЖКТ микроэлементов, необходимых для кроветворения.

Суммарная потребность в железе в течение беременности — 1300 мг (300 мг — плоду). При недостаточном поступлении железа в организм или неполном его усвоении из-за дефицита белка у беременной развивается железодефицитная анемия, Hb ниже 110 г/л.



ДИАГНОСТИКА

АНАМНЕЗ

- Заболевания ЖКТ.
- Гинекологические заболевания,сопровождающиеся внешним или внутренним кровотечением (эндометриоз, миома матки и др.)
- Заболевания, проявляющиеся хроническими носовыми кровотечениями: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопатии, болезнь Рандю-Ослера (ангиоматоз сосудов носовой полости)
- Гломерулонефрит, мочекаменная болезнь.
- Хронические инфекционные заболевания.
- предшествующий дефицит железа
- частые беременности и роды, многоплодная беременность способствуют истощению депо железа в организме;
- хронические кровопотери различной локализации (желудочно-кишечные, маточные, носовые, почечные) вследствие различных заболеваний;
- нарушение всасывания поступающего с пищей железа в кишечнике (энтериты, резекция тонкого кишечника, синдром недостаточного всасывания, синдром «слепой петли»);
- алиментарная недостаточность железа (недостаточное питание, анорексии различного происхождения, вегетарианство и др.).

ДИАГНОСТИКА

Общеанемический синдром: слабость, повышенная утомляемость, головокружение, головные боли (чаще в вечернее время), одышка при физической нагрузке, ощущение сердцебиения, синкопальные состояния, мелькание «мушек» перед глазами при невысоком уровне артериального давления. Часто наблюдается умеренное повышение температуры, нередко сонливость днем и плохое засыпание ночью, раздражительность, нервность, конфликтность, плаксивость, снижение памяти и внимания, ухудшение аппетита



ДИАГНОСТИКА

физикальное обследование:

- бледность кожных покровов и слизистых;
- «синева» склер вследствие их дистрофических изменений, легкая желтизна области носогубного треугольника, ладоней как результат нарушения обмена каротина;
- койлонихии;
- хейлит (заеды);
- неотчётливая симптоматика гастрита;
- непроизвольное мочеиспускание;
- симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: сердцебиение, одышка, боли в груди и иногда отёки на ногах.



ДИАГНОСТИКА

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (12 параметров)
2. Биохимический анализ крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, АЛТ, АСТ, общий билирубин)
3. Общий анализ мочи
4. С целью оценки эффективности лечения анемии необходим контроль уровня гемоглобина и гематокрита 1 раз в месяц.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Сывороточное железо, ферритин, фолиевая кислота, витамин В12.
2. Стернальная пункция и трепанобиопсия по показаниям
3. Эзофагогастродуоденоскопия по показаниям,
4. УЗИ брюшной полости, почек, селезенки при тяжелой анемии.
5. После родов ОАК - 1 раз в неделю (при средней степени тяжести)



ДИАГНОСТИКА

Показания для консультации специалистов

- гастроэнтеролога - патология органов желудочно-кишечного тракта, приводящая к анемии;
- стоматолога - стоматологические проблемы, сопровождающиеся кровотечениями из десен, нарушением жевания и т.д.,
- лор - проблемы слизистой носа, сопровождающиеся кровотечениями,
- онколога - злокачественное поражение, которое является причиной кровотечения,
- нефролога - исключение заболеваний почек,
- пульмонолога - кровопотери на фоне заболеваний бронхолегочной системы,
- гинеколога - кровотечение из половых путей,
- гематолога - для исключения заболеваний системы крови
- проктолога - ректальные кровотечения.



ДИАГНОСТИКА

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными лабораторными признаками железодефицитной анемии являются:

- низкий цветовой показатель (отражает содержание Hb в эритроците и представляет собой расчетную величину);
- снижение среднего содержания Hb в эритроците;
- снижение количества эритроцитов. Микроцитоз, гипохромия, анизоцитоз и пойкилоцитоз в морфологической картине эритроцитов;
- снижение уровня железа в сыворотке крови (норма у женщин 12-25 мкмоль/л);
- повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови. (выше 85 мкмоль/л); Разница между показателями общей железосвязывающей способности сыворотки крови и сывороточного железа отражает латентную железосвязывающую способность;
- снижение насыщения трансферрина железом (ниже 16%; норма — 16-50%).
- снижение содержания в сыворотке крови ферритина (ниже 15 мкг/л) — белкового железосодержащего комплекса, являющегося одной из форм хранения железа в тканях.
- новая стратегия в диагностике железодефицитной анемии заключается в определении индекса соотношения растворимого рецептора трансферрина к ферритину.

ЛЕЧЕНИЕ

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

- Коррекция дефицита железа, белка, микроэлементов, витаминов (B12).
- Комплексное лечение анемии и осложнений, связанных с ней.
- Ликвидация гипоксических состояний, профилактика и лечение ранней плацентарной недостаточности.
- Нормализация гемодинамики, системных, обменных и органных нарушений.
- Профилактика осложнений беременности и родов, коррекция биоценоза.
- Ранняя реабилитация в послеродовом периоде.



ЛЕЧЕНИЕ

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное лечение включает в себя диету, богатую железом и белком. Но достичь нормализации уровня Нв с помощью лишь диеты невозможно, так как из пищи всасывается небольшой процент железа (из мяса — 20%, из растительных продуктов — 0,2%). Рекомендуют использовать лечебное питание для восполнения дефицита белка: специальные продукты лечебного питания — «Фемилак», гематоген и т.д.



ЛЕЧЕНИЕ

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Этапы лечения:

- Купирование анемии (восстановление нормального уровня Hb).
- Терапия насыщения (восстановление запасов железа в организме).
- Поддерживающая терапия (сохранение нормального уровня всех фондов железа).

Все беременные с самого начала беременности (но не позднее 3-го месяца) и далее в течение 3 мес лактации должны получать 50-60 мг элементарного железа в сутки для профилактики ЖДА. При выявлении у беременной ЖДА суточная доза увеличивается в 2 раза.

Суточная доза для профилактики анемии и лечения лёгкой формы заболевания составляет 60-100 мг железа, а для лечения выраженной анемии — 100-120 мг железа (для железа сульфата).

Включение аскорбиновой кислоты в солевые препараты железа улучшает его всасывание.

Экспертами ВОЗ рекомендован также ежедневный прием фолиевой кислоты. Препараты железа принимают в сочетании с аскорбиновой и фолиевой кислотой в дозе 400 мкг

Лечение должно быть длительным. При адекватном назначении препаратов железа в достаточной дозе подъём ретикулоцитов отмечают на 8-12-й день, содержание Hb увеличивается к концу 3-й недели. Нормализация показателей красной крови наступает только через 5-8 нед лечения.

Схема лечения ЖДА, осложняющей беременность, роды и послеродовый период:

1. При уровне гемоглобина свыше 110 г/л проведение терапии соответственно раздела профилактики анемии (амбулаторный этап);

2. При уровне гемоглобина 109-90 г/л, гематокрита 27-32% назначить комбинацию препаратов:

- Диета, включающую богатые железом продукты;
- Солевые, полисахаридные соединения двухвалентного железа, железо III гидроксид полимальтозный комплекс в суммарной суточной дозе 100 мг (пероральный прием) в течение 1,5 месяцев с контролем общего анализа крови 1 раз в месяц, при необходимости продление курса лечения до 3 месяцев;
- аскорбиновая кислота по 2 др. х 3 р. в д. 2 недели



3. При уровне гемоглобина ниже $Hb\ 69\text{ г/л}$; уровне эритроцитов менее $1,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Ht менее 23%; провести консультацию гематолога.

Солевые или полисахаридные соединения двухвалентного железа или железо (III)-гидроксид полимальтозный комплекс в стандартной дозировке. Дополнительно к проводимой ранее терапии назначить железо III гидроксид сахарозный комплекс (200 мг/10 мл) внутривенно через день количество вводимого железа должна рассчитываться по формуле, приводимой в инструкциях производителя или декстран железа III (100 мг/2 мл) один раз в сутки, внутримышечно, в этот момент прием пероральных препаратов железа временно прекращают; контроль ОАК 1 раз в 5 дней; Тактика меняется в зависимости от тяжести анемии в процессе лечения.

4. При нормализации уровня гемоглобина более 110 г/л и гематокрита более 33% назначить комбинацию препаратов солевых или полисахаридных соединений двухвалентного железа или железо III гидроксид полимальтозный комплекс 100 мг 1 раз в неделю в течение 1 месяца, под контролем уровня гемоглобина (1 раз в месяц), аскорбиновая кислота по 2 др. x 3 р. в д. 2 недели (неприменимо при патологии со стороны ЖКТ), фолиевая кислота по 1 таб. x 2 р. в д. 2 недели.

5. При уровне гемоглобина менее 70 г/л стационарное лечение в гематологическом отделении (срок до 30 недель), в случае исключения острой гинекологической или хирургической патологии, после 30 недель отделение патологии (роддома, центры акушерства и перинатологии).



Профилактика железодефицитной анемии у беременных женщин

Все беременные женщины при сроке беременности 8 недель распределяются на следующие группы:

0 (нулевая) — беременные с нормально протекающей беременностью. Этим женщинам назначается профилактический прием препаратов железа в дозе 30-40 мг с 31-й недели беременности в течение 8 недель. Лучшим препаратом для профилактики следует считать солевые препараты железа по 1 таблетке 3-4 раза в день (такая доза препарата обеспечит прием 30-40 мг железа).

1-я группа — беременные с нормальным анализом крови, но с предрасполагающими к развитию анемии факторами:

- обильные, длительные менструации перед наступлением беременности;
- патология желудочно-кишечного тракта, при которой возможны кровопотери или нарушение всасывания железа;
- многократные роды (больше трех с интервалом менее двух лет);
- недостаточное поступление железа с пищей;
- наличие инфекционно-воспалительных очагов;
- ранний токсикоз беременных с частой рвотой.

Профилактическая терапия начинается с 12-13-й недели и проводится до 15-й недели (назначается 30-40 мг железа в сутки), затем с 21-й до 25-й недели, с 31-32-й недели до 37 недели.

2-я группа — женщины, у которых анемия возникла во время беременности, чаще анемия развивается после 20-й недели. Необходимо тщательное обследование беременной (для исключения кровотечения различной этиологии), а затем следует проводить лечение железодефицитной анемии так, как это изложено выше, с использованием лечебных доз препаратов. Лечение надо проводить обязательно, поскольку анемия будущей матери приводит к анемии плода.

3-я группа — женщины с беременностью, наступившей уже на фоне существующей железодефицитной анемии. После выяснения генеза анемии проводится лечение железодефицитной анемии с назначением лечебных доз препаратов, последующим восполнением запасов железа и курсами профилактической терапии (2 курса по 8 недель).

Дальнейшее ведение

При умеренной степени анемии очередные явки в женскую консультацию назначают в обычные сроки по стандарту наблюдения за беременной.

Клинические анализы крови следует проводить ежемесячно, биохимические исследования (сывороточное железо, трансферрин, ферритин) назначают 1 раз в триместр, а также при динамическом лабораторном контроле терапии.

При анемии тяжёлой степени проводят лабораторный контроль каждую неделю, при отсутствии положительной динамики гематологических показателей показано углублённое гематологическое и общеклиническое обследование беременной.



Источники:

- 1) Клинический протокол лечения анемии беременных 2013 год
- 2) Акушерство национальное руководство.
Под редакцией Э.К.Айламазяна, В.И.
Кулакова, В.Е.Радзинского, Г.М.
Савельевой.

*Спасибо за внимание!
Будьте здоровы!*

