

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Анемия беременных»

Выполнила:	клинический ординатор кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Москальченко С.А.
Проверил:	Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2022г

Содержание

Введение	2
Этиология ЖДА	4
Клиника.....	4
Диагностика.....	6
Течение беременности при анемии	7
Лечение ЖДА	7
Другие виды анемий	9
Заключение	9

Введение

Анемия наиболее частая патология, выявляемая у беременных. Частота ее составляет от 20 до 56%. В подавляющем большинстве (90%) случаев у беременных развивается железодефицитная анемия, которая представляет собой гипохромную микроцитарную анемию, значительно реже — В12 дефицитная и фолиеводефицитная анемии.

Выделяют так называемые истинную и физиологическую анемию беременных. Развитие физиологической анемии связано с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и объема эритроцитов во время беременности, в результате чего происходит гемодилюция (снижение гематокрита) в 28-30 недель беременности.

В данном реферате основное внимание будет уделено ЖДА, тем не менее немного затронем и другие ее виды.

Этиология ЖДА

Классически, все причины ЖДА можно разделить на три большие группы: недостаточное поступление железа, высокое потребление железа, потеря железа.

Недостаточное поступление железа может быть связано с вегетарианством (ограничение красного мяса), нарушение всасывания железа в кишечнике (воспалительные процессы в кишке (болезнь Крона, энтерит), синдром мальабсорбции, резекция кишки, паразитарная инвазия), нарушение транспорта железа в крови.

Высокое потребление связано как раз с беременностью. В связи с интенсификацией эритропоэза (объем эритроцитов во время беременности возрастает на 240—400 мл), а также возрастание потребления плодом железа за счет материнского депо (для синтеза 1 г плодового гемоглобина требуется 3,5 мг материнского Fe). Если у женщины многоплодная беременность, потребность возрастает в разы. Высокое потребление также может быть связано с юным возрастом (подростки) беременной.

Потери железа могут быть связаны с осложнениями беременности (кровотечения при предлежании плаценты, ПОНРП, начавшийся выкидыш) и с сопутствующими заболеваниями (кровотечения из ЖКТ – язвы, геморрой; онкологические заболевания).

Клиника

Клиническая картина ЖДА включает сочетание сидеропенического и анемического синдромов.

Сидеропенический синдром обусловлен снижением активности ферментов, содержащих железо. Его основными проявлениями являются:

- изменения кожи (пигментации цвета кофе с молоком) и слизистых

- оболочек (заеды в углу рта);
- изменения ногтей (ломкость, мягкость, поперечная исчерченность, вогнутость);
 - изменения волос (ломкость, тусклость, раздваивание кончиков, алопеция);
 - гипотония (мышечная, артериальная);
 - изменения обоняния (пристрастие к запахам лака, красок, ацетона, выхлопных газов автомобиля);
 - изменения вкуса (пристрастие к мелу, глине, сырым продуктам).

Считается, что наличие большого количества симптомов (4 и более) является клиническим подтверждением дефицита железа.

Анемический синдром обусловлен развитием анемической гипоксии. Его клинические проявления включают:

- слабость, головную боль, головокружение;
- плохую переносимость физических нагрузок;
- снижение аппетита;
- снижение работоспособности, внимания, обучаемости;
- бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- тахикардию, систолический шум.

Симптомы анемии неспецифичны (характерны для любой анемии), но значительно утяжеляют течение процесса и снижают качество жизни больного.

Несмотря на четко очерченную клиническую картину ЖДА, при малой распространенности и отсутствии тяжелых и среднетяжелых форм заболевания в популяции симптомы сидеропении и анемии обладают низкой чувствительностью и не всегда позволяют выявить больных ЖДА. В связи с этим решающее значение в диагностике ЖДА приобретают лабораторные исследования.

Диагностика

Для диагностики анемии достаточно лабораторных методов исследования, чего не сказать о диагностике причины ЖДА.

Скрининговым методом диагностики анемии является развернутый анализ крови. Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение общего (клинического) анализа крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности.

Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина в 1-м триместре составляет ≥ 110 г/л, в 3-м триместре — ≥ 105 г/л.

При анемии легкой степени тяжести величина гемоглобина составляет 90—110 (105) г/л, при средней степени — 70—89 г/л, при тяжелой — менее 70 г/л.

В РАК также можно отметить снижение гематокрита (Ht), небольшое снижение количества эритроцитов (менее $3,8 \times 10^{12}/л$), снижение цветового показателя — ЦП (менее 0,85), увеличение скорости оседания эритроцитов (более 10—12 мм/ч), несколько сниженное или нормальное количество ретикулоцитов (норма 1—2%).

Дополнительно врач лаборант описывает морфологические изменения эритроцитов — анизоцитоз и пойкилоцитоз. ЖДА — это микроцитарная, гипохромная, нормо- или реже гипорегенераторная анемия. В общем анализе крови, выполненном на автоматическом гематологическом анализаторе, изменяются указанные выше показатели и ряд эритроцитных индексов. Снижаются средний объем эритроцита (mean corpuscular volume — MCV, менее 80 фл), среднее содержание Hb в эритроците (mean corpuscular hemoglobin — MCH, менее 26 пг), средняя концентрация Hb в эритроците (mean corpuscular hemoglobin concentration — MCHC, менее 320 г/л), повышается степень анизоцитоза эритроцитов (red blood cell distribution width — RDW, более 14%).

В биохимическом анализе крови ориентируются на снижение концентрации сывороточного железа — СЖ (менее 12,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки — ОЖСС (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферрина железом — НТЖ (менее 17%), снижение концентрации сывороточного ферритина — СФ (менее 30 нг/мл или мкг/л).

Кал на скрытую кровь – как метод скрининга желудочно-кишечных кровотечений.

Кал на яйца глист – как метод диф.диагностики с В12 дефицитной анемией.

Из инструментальных методов – УЗИ – как метод скрининга отслойки плаценты (ретроплацентарной гематомы).

Течение беременности при анемии

Частота акушерских осложнений коррелирует со степенью тяжести анемии и длительностью заболевания. Анемия легкой степени не оказывает влияния на течение беременности, родов и состояние плода. При выраженной анемии у беременных наблюдается повышение частоты осложнений беременности и родов: самопроизвольных абортов, ПР, ЗРП, хронической гипоксии плода, слабости родовой деятельности. В послеродовом периоде при анемии повышен риск осложнений воспалительного характера, отмечается гипогалактия.

У новорожденных от матерей с железodefицитной анемией средней и тяжелой степени снижены показатели обмена железа, выше риск развития в возрасте до 1 года.

Лечение ЖДА

Лечение железodefицитной анемии у беременных заключается в назначении

препаратов железа. Среди пероральных средств предпочтение отдается препаратам трехвалентного железа в связи с их лучшей переносимостью по сравнению с препаратами двухвалентного железа. Эффективность пероральных препаратов определяется ионной формулой металла, а также дополнительными компонентами (такими как аскорбиновая, лимонная, янтарная кислоты, фруктоза и др.), которые способствуют лучшему всасыванию железа. Курс лечения железосодержащими препаратами должен быть продолжительным — не менее 1 — 1,5 мес.

Приведу примеры и схемы назначения часто применяемых препаратов.

Сорбифер Дурулес (Сульфат железа 320 мг (Fe^{2+} 100 мг в 1 таблетке) + аскорбиновая кислота 60 мг) внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки.

Ферлатум (Протеин сукциниллат железа 800 мг в 15 мл (Fe^{2+} 40 мг в 15 мл)), раствор для приема внутрь по 1 флакону 2 раза в сутки.

Феррум Лек (Fe^{3+} 100 мг в 1 таблетке) по 1 таблетке 2 раза в сутки.

При анемии 2-3 степени можно использовать парентеральные препараты. На практике встречала Венофер (Железа (III)-гидроксид сахарозный комплекс 100 мг в 5 мл) внутривенно капельно через день с контролем гемоглобина.

Отмечу, что при массивных кровопотерях, гемоглобине менее 70 г/л, используют эритроцитарные массы. Расчёт количества пакетов с ЭР массой проводится исходя из правила: 1 пакет (доза) ЭР массы увеличивает гемоглобин на 10 единиц. Таким образом, чтобы поднять гемоглобин с 70 до 100 г/л, необходимо 3 пакета ЭР массы.

Кроме симптоматической можно выполнять и патогенетическое лечение, исходя из механизмов появления ЖДА. Наладить питание (красное мясо, печень), лечение заболеваний, вызывающих потерю железа.

Другие виды анемий

В12 дефицитная анемия.

Ее причинами являются атрофические процессы в желудке (недостаток фактора Кастла), которые нарушают всасывания витамина В12. Также частой причиной является глистная инвазия (дифиллоботриоз), при которой паразит конкурентно усваивает витамин. Клинически дополнительно проявляется фуникулярным миелозом (нарушение чувствительности и паралич конечностей). В качестве диагностики дополнительно помогают: исследование уровня витамина В12 в крови, ФГДС, кал на яйца глист. Лечение осуществляется препаратом Цианокобаламином по 500 мкг внутримышечно 1 раз в сутки 6 недель, после чего переходят на поддерживающую дозу 200-400 мкг 2-4 раза в месяц.

Фолиеводефицитная анемия.

Данный вид анемии сложно отличить от В12 дефицитной анемии. Эта анемия появляется в результате дефицита витамина В9 (фолиевой кислоты). Причины практически те же. Отличие в том, что при В9 дефицитной анемии нет фуникулярного миелоза. Лабораторно определится недостаток витамина В9. Лечение заключается в применении препаратов Фолиевой кислоты от 0,1 до 0,8 мг в сутки в зависимости от тяжести анемии. Курс 20-30 дней.

Заключение

Анемия одно из самых частых сопутствующих заболеваний при беременности. Необходимо проводить ее скрининг, а при выявлении не закрывать глаза на ее существование и проводить надлежащую терапию. Необходимо помнить про влияние тяжелой анемии на беременность, рассказывать риски женщинам, повышая при этом комплаентность.

Список литературы

1. Акушерство : учебник/ Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАРМедиа, 2020. — 576 с.: ил.
2. Клинический рекомендации «Железодефицитная анемия у взрослых»
3. Клинические рекомендации «нормальная беременность», 2020г

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
 "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
 Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатальной акушерства и гинекологии с акушерством
(наименование кафедры)

Рецензия _____
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности акушерство и гинекология
Москальченко Светлана Александровна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Анализ Беремингов

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/ отлично

Дата: «16» 01 2022 год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

[Подпись]
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

[Подпись]
(ФИО ординатора)