Тема: Анемия беременных.

План

Введение

Глава 1. Теоретические основы анемии беременных

.1 Сущность и клинические проявления анемии у беременных

.2 Разновидности анемии и ее диагностика

Глава 2. Профилактика, лечение, прогнозирование осложнений и пути их предупреждения

Заключение

Литература

Введение

Ещё в Древней Греции было известно о такой болезни как малокровие или железодефицитная анемия, со временем клиническую картину болезни, составил в 1554 году, немецкий учёный и врач Ланге Иоганесс. Доказательства того, что анемия появляется в организме в результате дефицита железа, удалось получить только спустя двести лет, это открытие сделали французские ученые - медики Этьен Франсуа Жофруа и Николя Лемери в 1713 году.

Сегодня, количество людей страдающих анемией шокирует своим количеством. На земле почти треть населения болеют этой болезнью, большинство из которых - это именно беременные женщины.

Существует почти 100 разновидностей анемии, а также разнообразна и этиология её возникновения.

Часто анемия сопутствует тяжелым заболеваниям, таким как рак, хроническая почечная недостаточность, хронические воспалительные процессы и инфекции. В большинстве случаев она встречается у детей, женщин и пожилых людей.

Во всем мире анемии подвержено 1,62 миллиарда, что соответствует 24,8% населения, но в группу риска попадают беременные женщины, статистика которых составляет 39,9 - 43,8 миллиарда, а это 41,8 % населения земли.

Процент населения, который принимал участия в обследовании анемии на национальном или субнациональном уровнях, был проведён в период между 1993 и 2005 годами.

Таблица 1. Распространенность анемии во всём мире

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа населения | Распространенность анемии | Группа населения, подверженная анемии  |
|  | % | 95% CI | в миллионах | 95% CI |
| Дети дошкольного возраста | 47.4 | 45.7-49.1 | 293 | 283-303 |
| Дети школьного возраста | 25.4 | 19.9-30.9 | 305 | 238-371 |
| Беременные | 41.8 | 39.9-43.8 | 56 | 54-59 |
| Небеременные  | 30.2 | 28.7-31.6 | 468 | 446-491 |
| Лица мужского пола | 12.7 | 8.6-16.9 | 260 | 175-345 |
| Пожилые | 23.9 | 18.3-29.4 | 164 | 126-202 |
| Все население | 24.8 | 22.9-26.7 | 1620 | 1500-1740 |

До недавнего времени медицинское сообщество не считало анемию как серьёзную болезнь, но после проведённых исследований Всемирной организации здравоохранения и Национального цента медицинской статистики (работа которой направлена на профилактику заболеваний), а также по данным различных публикаций стало видно, что анемия является заболеванием требующего большого внимания.

железодефицитный анемия болезнь беременный

Глава 1. Теоретические основы анемии беременных

Анемия - это снижение количества гемоглобина в крови. Гемоглобин - это белок, который переносит кислород по кровеносному руслу, находится он в эритроцитах (красных кровяных клетках), поэтому при лабораторных исследованиях их количество снижается, а также появляются патологические формы эритроцитов. Также меняется витаминный баланс, снижается количество ферментов и микроэлементов в организме.

Частота анемий у беременных довольно высока и колеблется от 15 до 30%. Около 90% всех анемий у беременных приходится на долю железодефицитной.

Критерии анемии (ВОЗ):

. Уровень гемоглобина для женщин < 120 - 160 г/л. эритроцитов - 3,4-5,0 млн./мкл.;

. У беременных женщин гемоглобин составляет < 110 г/л, количество эритроцитов - 2,0-2,5млн./мкл.

. Частота железодефицитной анемии у беременных колеблется от 21 до 80%.

Железодефицитная анемия характеризируется нарушением синтеза гемоглобина из-за возникающих патологических процессов дефицита железа, снижает работоспособность у больных, а также вызывает расстройства со стороны органов и систем, что в свою очередь увеличивает риск осложнений в родах и при несвоевременной лекарственной терапии возникает дефицит железа у плода. Развитию анемии у беременных вызывают различные факторы. Например, нарушение всасывания железа в кишечнике или кровотечение из желудочно-кишечного тракта, а также предлежание плаценты.

Опасно то, что в период беременности много женщин страдает таким дефицитом в скрытой форме. Обусловливает малокровие: рвота (вызванная токсикозом), многоплодие (двойня, тройня и т.д.), или некоторые хронические заболевания (гепатит, пиелонефрит и другие). Возникает чаще зимой и весной, когда в рационе очень мало витаминов.

Большое влияние на кроветворение оказывают половые гормоны. Женские гормоны тормозят всасывание железа, а мужские - наоборот усиливают. Именно поэтому у девушек в период полового созревания появляются анемия, которая в дальнейшем может перейти в железодефицитную анемию беременных.

Беременные женщины, помимо железодефицитной анемии, ещё болеют анемией другой этиологии: мегалобластной (фолиевой кислоты или дефицит витамина В12), гипопластической (снижение продукции клеток костного мозга), гемолитической (обусловлено разрушением эритроцитов). Беременные женщины, которые болеют анемиями, должны наблюдаться на протяжении всей беременности у врача гематолога.

.1 Сущность и клинические проявления анемии у беременных

В период беременности у женщин, страдающих анемией, наблюдается неблагоприятный исход беременности. Железодефицитная анемия связана с риском преждевременных родов и рождения ребенка с малой массой тела и ослабленным иммунитетом. Причиной в возникновения анемии у беременных может быть связанно с такими факторами как:

· уменьшение поступления железа в организм с пищей (вегетарианская диета, анорексия);

· хронические заболевания внутренних органов (ревматизм, пороки сердца, пиелонефрит, гепатит).

· желудочно-кишечные кровотечения;

· заболевания, которые проявляются хроническими носовыми кровотечениями (тромбоцитопении);

· гинекологические заболевания, сопровождающиеся обильными менструациями или маточными кровотечениями (миома, эндометриоз);

· отягощенный акушерский анамнез: много рожавшие женщины; самопроизвольные выкидыши в анамнезе; кровотечения в предыдущих родах, способствуют истощению депо железа;

· сложное течение нынешней беременности (многоплодная беременность, артериальная гипотония, первородящая старше 35лет);

· инфекционные заболеваний во время беременности;

· Предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты.

Клиническая картина болезни, а также причины её возникновения, при всех этих видах анемии абсолютно разные, по этому беременной женщине, при обнаружении данного недуга, начиная с первых недель беременности, стоит обратиться за консультацией и лечением именно к специалисту узкого профиля, а именно к гематологу.

Диагностика анемии заключается сдачей комплексных анализов, по результатах которых врачи могут увидеть наличие данной болезни. Так ка анемический синдром является комплексом неспецифических симптомов, основными проявлениями которого являются:

общая слабость, снижение аппетита, бессонница;

отдышка, тошнота, тахикардия;

головокружение, шум в ушах, обморочные состояния;

учащённое сердцебиение, мелькание мушек перед глазами;

сильное выпадение волос, сухость кожи головы;

ломкость ногтей, ногти приобретаю ложкообразную форму;

трещины в уголках рта;

появление желтых пятен на ладонях и в области носогубного треугольника;

искажение вкусовых рецепторов (желание сесть мел или зубную пасту);

нездоровое пристрастие к некоторым запахам (ацетон, краска);

повышение тела до 38`C;

при тяжёлой форме развивается анемическая миокардиодистрофия.

Железодефицитная анемия характеризуется нарушением белкового обмена в организме, что в свою очередь приводит к развитию отёков у беременной, повышается артериальное давление, возникает большой риск выкидыша. Развиваются дистрофические процессы в матке и плаценте, при этом плод не получает достаточное количество кислорода и питательных веществ (в том числе железа). Развивается гипоксия плода и задержка его развития.

Дети первого года жизни, которые родились у женщин с анемией беременных, чаще болеют ОРВИ, а также большая вероятность развития пневмонии или разных форм аллергии.

Наиболее опасным осложнением при железодефицитной анемии является угроза прерывания беременности (20-40%); гестоз (38-40%); артериальная гипотония (35%); преждевременная отслойка плаценты (25-35%); задержка развития плода(25%); преждевременные роды (15-49%).

1.3 Разновидности анемии и ее диагностика

· Эссенциальное злокачественное малокровие Адисона-Бирмера. Ещё её называют мегалобластическая анемия. Она встречается редко, и связана с дефицитом витамина В12 или фолиевой кислоты (суточная доза возрастает до 400 мкг, а к сроку родов - до 800мкг/ сутки). Чаще развивается в III триместре беременности, перед родами и в раннем послеродовом периоде. Способствуют её возникновению: перенесенные инфекции, малое поступление витамина с пищей, болезнь желудка или 12-ти перстной кишки, использование лекарственных средств, а также болезнь Крона (воспаление пищеварительного тракта). Основным источником фолиевой кислоты является сырые зелёные овощи и фрукты, говяжья печень.

· Гипохромные анемии. Они могут быть следствием или сопутствующей патологией при инфекционных болезнях (сепсис), при паразитарных инвазиях (малярия, гельминтоз). Также может появиться в результате заболевания печени, желудка или алиментарных дистрофиях.

· Гипо - или апластическая анемия, при которой возникает резкое угнетение костномозгового кроветворения. Эта форма анемии чаще всего возникает при приёме таких сильнодействующих препаратов как: аминазин, бутадион, левомицетин. Также к причинам относят: ионизирующее излучение; поступление в организм химических веществ (бензол, мышьяк, которые обладают миелотоксическим действием); хронические инфекционные заболевания (вирусный гепатит и пиелонефрит). Для установления диагноза делаю пункцию костного мозга, где определяется полное исчезновение костных клеток и замещение их жировыми клетками, а также имеет место быть большое количество кровоизлияний.

· Гемолитические анемии - это большая группа заболеваний, основными признаками которой - уменьшения жизни эритроцитов вследствие их гемолиза (разрыв оболочки).

Они делятся на две группы: наследственные и приобретённые.

К наследственным относится микросфероцитарная гемолитическая анемия, она развивается вследствие нарушения мембраны эритроцита. В клетке накапливается натрий и вода, она становится шаровидной формы и разрушается в селезёнке.

При аутоиммунной гемолитической анемии вырабатываются антитела к своим же эритроцитам. Эта наследственная анемия имеет две формы: симптоматическая и идиопатическая аутоиммунная гемолитическая анемия.

К симптоматической форме относится анемия, которая развивается на фоне гемобластозов (опухолевые заболевания кроветворной и лимфатической ткани), также хронического гепатита, язвенного колита и злокачественных образований.

С идиопатической формой сложнее, здесь невозможно установить основное заболевание, но при беременности эта форма встречается очень редко. Прогноз для будущей матери положительный.

· Истинная железодефицитная анемия - очень часто встречается во время беременности. Особенностью этой формы является уменьшение количества эритроцитов или функциональная недостаточность их системы. В клинике проявляется наявностью анемического синдрома и дефицитом железа.

Диагностика анемии.

Беременным женщинам нужно внимательно следить за состоянием их кожи, ногтей и волос. Потому, что даже если нет явных признаков анемии, организм подсказывает что ему что-то не хватает (это, как правило, лёгкие степени анемии). Также диагностировать некоторые формы анемии можно путём сбора обширного анамнеза.

Основным и самым простой метод диагностики - это анализ крови из пальца, в нем определяют уровень гемоглобина и количество эритроцитов.

Норма эритроцитов в первом триместре беременности - от 3,5 до 5,5 клеток на 10 в 12 степени. Норма гемоглобина для первого триместра - от 115 до 150 г/л, для второго и третьего триместра 110-140 г/л, с колебаниями в две - три единицы.

Помимо этих анализов исследуют ретикулоцити (их количество, строение); Также проводят исследования плазмы крови, путём забора крови из вены. Смотрят на уровень сывороточного железа, ОЖСС - то есть общая железо - связывающая способность сыворотки (что бы узнать дефицит железа скрытый или явный).

Смотрят также и белковый профиль. Если были обнаружены какие - то отклонения от нормы в сыворотке тогда определяю вид и степень анемии. По результатам гемоглобина можно определить степень анемии: ниже 90 г/л. - лёгкая степень; От 90 до 60 г/л. - средняя степень; Меньше 60 г/л. - тяжёлая степень, при которой нужно переливание крови и экстренная помощь. Основными биологическими показателями, которые позволяют оценить состояние обмена железа в организме является ферритин, ОЖСС, железо сыворотки и % насыщения трансферрина железом. С помощью этих показателей обмена железа в организме врач может:

увидеть характер и наличие нарушений обмена железа в организме;

выявить дефицита железа на доклинической стадии в организме;

провести дифференциальную диагностику гипохромных анемий;

провести и оценить эффективную терапию.

Глава 2. Профилактика, лечение, прогнозирование осложнений и пути их предупреждения

В профилактике анемии немаловажную роль играет питание беременной женщины, оно должно быть полноценным и сбалансированным. Употреблять в пищу продукты, которые содержат большое количество легкоусвояемого железа, а также витаминов и минералов. Меню должно содержать белки животного происхождения, так как в них содержится железо в больших количествах. Во время беременности потребность в них возрастает, потому, как мама является единственным источником питательных веществ для малыша.

Непременное условие профилактики анемии - это полноценное и разнообразное питание. В рационе должна быть говядина, мясо индюшки, печёнка (свиная и телячья), ржаной хлеб, бобовые, Большое содержание железа в гранате, в зелёных яблоках, моркови, тыкве, кураге, арбузах, а также миндаль, петрушка, гречневая каша. В рационе должны быть также продукты с содержанием витамина С, так как он помогает усвоению железа и фолиевой кислоты. Продукты содержащие витамин С: капуста брокколи, брюссельская, цветная капуста, свежая клубника, папайя а также апельсиновый, клюквенный и грейпфрутовый соки. Молочные продукты (молоко, сыр, сметана, сливки), яйца (особенно желток) пополняют запасы витамина В12. Продукты, в которых содержится фолиевая кислота, должны быть в рационе ежедневно - это свежие фрукты и овощи. Также нельзя забывать про зелень и мёд (в нем очень высокий уровень микроэлементов полезных нашему организму).

Также для профилактики можно использовать поливитамины для беременных, такие как «Матерна», «Витрум пренатал», «Ультра Пренатал». При применение этих препаратов необходимо соблюдать инструкцию, чтобы избежать передозировки. Нельзя принимать два и более витаминных комплекса, имеющий одинаковый состав.

Очень опасна передозировка витаминами А (может вызвать уродства плода), и витамином С (может спровоцировать прерывание беременности). Суточная доза их должна не превышать А 0,8-1 мг., С - 70-100 мг.

Беременные женщины с железодефицитной анемией нуждаются не только в здоровом питании, но и в назначении медикаментозного лечения, так как одними продуктами невозможно вылечить эту болезнь. Максимальное суточное количество железа, всасываемого из пищи составляет - 2-2,5мг. С помощью лекарственных препаратов доза увеличивается в 15-20 раз.

Лечение анемии должно проводиться под наблюдением врача. Он подбирает препарат, его дозировку, кратность приёма и контролирует эффективность терапии, наблюдая результаты анализов.

Важным условием лечения железодефицитной анемии является использование лекарственных препаратов железа. Профилактика развития железодефицитной анемии у женщин проводится назначением небольших дозировок 1-2таблетки в день на протяжении 4 - 6 месяцев. Курс длительность 2-3 недели, с перерывами 15-30 дней. За беременность нужно пройти 4-5 курсов. По рекомендации ВОЗ на протяжении II и III триместра беременности, а также первые месяцы лактации женщина должна принимать препараты железа. Лечение железосодержащими препаратами очень длительное процесс. Уровень гемоглобина повышается только к концу третьей недели лечения, а показатели эритроцитов через 3-5 недель.

Наиболее простой метод приёма препарата внутрь. В составе медикаментов для лечения анемий содержатся различные компоненты, которые усиливают всасывание железа (аскорбиновая, фолиевая и янтарная кислота, цистеин и фруктоза).

Для лучшей переносимости препараты железа нужно принимать во время еды.

Беременным назначать препараты железа в сочетании с аскорбиновой кислотой, но её содержание не должно превышать в 2-5 раз количество железа в препарате. Сейчас для лечения анемии у беременных используются много различных препаратов. Что принимать, в каких количествах, кратность приёма и продолжительности курса лечения должен решать только лечащий врач в индивидуальном порядке.

После нормализации уровня гемоглобина и содержание эритроцитов, приём препаратов не следует прекращать, потому, что после 2-3 месячного курса лечения и ликвидации картины анемии дозировка уменьшается вдвое и должна продолжатся на протяжении 6-ти месяцев. Если на протяжении беременности не удалось добиться полного излечения, то после родов необходимо проводить ежегодно в течение месяца полный курс приёма медикаментов. Железодефицитную анемию в основном лечат амбулаторно, но в тяжёлых случаях требуется госпитализация.

Прогноз железодефицитной анемии благоприятный при своевременной терапии, быстрого устранения этиологического фактора, нормализации всасывании железа и регулярной вторичной профилактике дефицита. Хроническое течение анемии не так эффективно поддаются лечению, потому, что они возникают на фоне хронических болезней (например, сосудистая опухоль или опухоли желудочно - кишечного тракта). Нужно изначально излечить очаг хронического заболевания, только тогда эффективность назначенного лечения будет видна. В общей сложности прогноз железодефицитной анемии благоприятен.

А профилактическое применение препаратов железа детям, матери которых болели анемией в период беременности, на первом году жизни не только предупреждает развитие болезни, но и способствует улучшению их иммунитета.

При наследственных формах гемолитических анемий прогноз напрямую зависит от степени тяжести болезни и частоты гемолитических кризов. В случае апластической анемии прогноз довольно серьёзный. При этой анемии 45% летальных исходов, поэтому при обнаружении её на ранних сроках (до 12нед.) беременность прерывают с последующей спленэктомией (удаление селезёнки). Если в поздние сроки диагностируют - рекомендуют операцию кесарево сечения в сочетании с спленэктомией.

Заключение

Подводя итоги можно сказать, что любая анемия сама по себе не является заболевание, она встречается как синдром при многих заболеваниях, которые связаны с поражением системы крови или зависит от него. В основном анемии протекают без выраженных проявлений, поэтому часто остаётся незамеченной, во многих случаях она может быть выявленной в лаборатории случайно, без каких либо жалоб больного.

В зависимости от типа факторы этиологии могут сильно различается. К основным причинам возникновения анемий относятся: недостаток витаминов, перенесённые инфекционные заболевание, глистные инвазии и многие другие факторы. При беременности чаще всего возникает железодефицитная анемия, потому что железа требуется в два раза больше чем при нормальном состоянии организма. Большой расход железа приходится на образование кровяных телец плода. Если заболевание приобретает тяжёлый характер на протяжении всей беременности - это может привести к тяжёлым последствиям. Во первых плод не получает достаточное количество кислорода, который нужен для нормального развития головного мозга. Женщинам, которые болеют тяжёлой формой анемии как минимум плохо себя чувствуют на протяжении всей беременности, и есть вероятность преждевременных родов, а после родов возникает риск развития инфекций.

Литература

1. А.Д. Адо, Л.М. Ишимовой «Патологическая физиология». Москва, 2011.

С.- 70-120.

2. Биохимия для врача. Под ред. Бышевский А.Ш. Екатеринбург: Уральский рабочий. 1994, С.- 41-44.

3. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Москва, «Медицина». 1985.

С. 37-55.

. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии. Москва, «Ньюдиамед», 1998, с. 37-45.

. Г. И. Бурчинский, К.А. Вищашков. Внутренние болезни. Головное изд-во, 2000. - С.280-284.

. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии.- М. Медицина, 1981.- С. 128-130.

7. Лищукевич И.В., Медведева Н.И., Шубина Л.А. АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ: ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ, Фундаментальные исследования. М.- 2008. - С. 94-115.

8. Секреты гематологии и онкологии. Под ред. Мари Э. Вуд - М.: «Издательство Бином», СПб.: «Невский диалект», 2001 , С.- 50-61.

. Луговская С.А., Морозова В.Т., Почтарь М.Е., Долгов В.В. «Лабораторная гематология», Москва, 2006.С.- 24-32.

. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. - Москва: Мед. 2001.С.- 78.

11. Харкевич Д.А. Факторы риска, - М. Медицина. 1993. С.78-80.

12. Шулутько Б.И. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D1%83%D0%BB%D1%83%D1%82%D0%BA%D0%BE,\_%D0%91%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%81\_%D0%98%D0%BB%D1%8C%D0%B8%D1%87> Внутренняя медицина. Руководство для врачей в 2 томах. Спб.: «Левша. Санкт-Петербург», 1999, С.- 120-129.

13. Шулутко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. 3-е изд. СПб.: «Элби-СПБ», 2005,С.- 57-60.

14. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник М.: Астра Фарм Сервис, 2000 .- 140-143с.

15. Избранные лекции по внутренним болезням «Гематология». Под ред. Празднова А.С. - Челябинск: Медицинский вестник. №7.2003 г.

. Лекции по физиологии системы крови. Под ред. Захарова Ю.М. - Челябинск: Медицинский вестник. №3 2003 г. (Изд. четвёртое).

. Патофизиология. Под. Ред. Литвицкий П.Ф. 2 Т. -М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003г. (Изд. второе).