



КУРСОВАЯ РАБОТА

Тема «Анемия и беременность»

Выполнили: Кирилина А.П

Мазгарова А.М

Студентки группы 4 курса

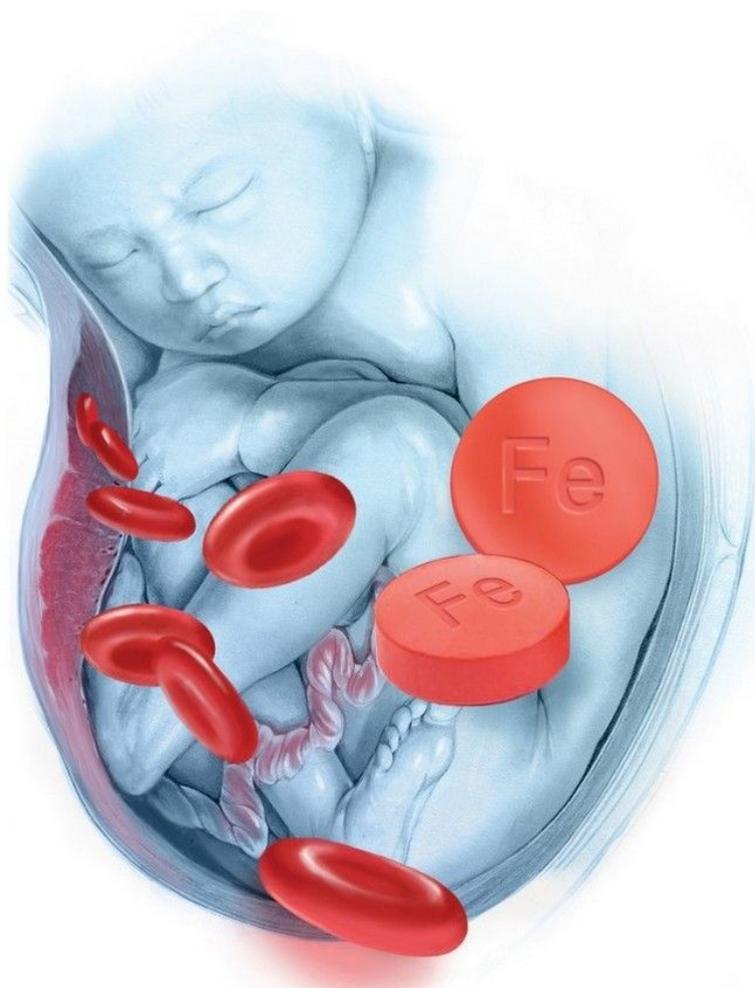
Специальность: Акушерское дело

Руководитель: Помогателева

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность обсуждения этой темы очень велика, так как анемии - это довольно таки распространенные заболевания, связанные с массой самых различных причин. Ионы железа выполняют в организме человека очень важную функцию. Поэтому недостаток железа в организме приводит ко многим негативным последствиям.





Цель данной работы : изучение видов анемии и, их влияние на течение беременности. *В соответствии с целью работы были определены основные задачи:*

- • провести теоретический анализ данных и изучить современное видение видов анемии;
- • охарактеризовать аспекты лечения видов анемии;
- • охарактеризовать диагностические и профилактические мероприятия.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

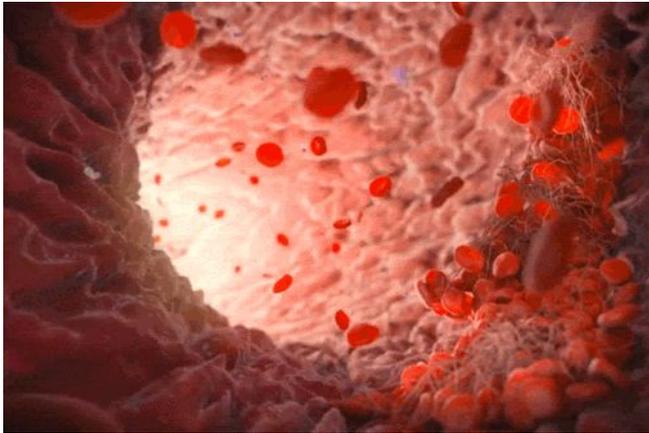
Анемия – это снижение количества гемоглобина в крови.

Гемоглобин – это белок, который переносит кислород по кровотоку и находится в эритроцитах (красных кровяных тельцах), поэтому при лабораторных исследованиях их количество уменьшается, а также обнаруживаются патогенные формы эритроцитов. Витаминный баланс также меняется, уменьшая количество ферментов и микроэлементов в организме.



1.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Эпидемиология.



ЖДА распространена по всему миру. Они поражают людей обоих полов в любом возрасте, но особенно детей, молодых девушек и беременных женщин. К концу беременности практически у каждой женщины имеется скрытый дефицит железа, а у 1/3 из них развивается ЖДА. Подобно гиповитаминозу, это одно из наиболее частых нарушений у беременных.



Этиология.

Основной причиной развития ЖДА являются кровопотери различного характера. Они нарушают в организме баланс между поступлением и выведением железа.

Естественным источником железа является пища. Женщина потребляет в среднем 2000-2500 ккал в день с пищей, которая содержит 10-20 мг железа.



Патогенез.

Биологическое значение железа определяется его участием в тканевом дыхании. В связи с этим ЖДА у беременных характеризуется тканевой гипоксией и ее патогенезом.

Гемоглобин обеспечивает связывание, транспорт и перенос кислорода.

Прогрессирующая гемическая гипоксия возникает при дефиците железа у беременных с последующим развитием вторичных метаболических нарушений. Поскольку потребление кислорода увеличивается на 15-33% во время беременности, это усугубляет развитие гипоксии.



1.2. СУЩНОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Так как анемический синдром является комплексом неспецифических симптомов, основными проявлениями которого являются:

- общая слабость, снижение аппетита, бессонница;
- одышка, тошнота, тахикардия;
- головокружение, шум в ушах, обморочные состояния;
- учащённое сердцебиение, мелькание мушек перед глазами;
- сильное выпадение волос, сухость кожи головы;
- ломкость ногтей;
- искажение вкусовых рецепторов (желание есть мел или зубную пасту);
- нездоровое пристрастие к некоторым запахам (ацетон, краска);
- при тяжёлой форме развивается анемическая миокардиодистрофия.



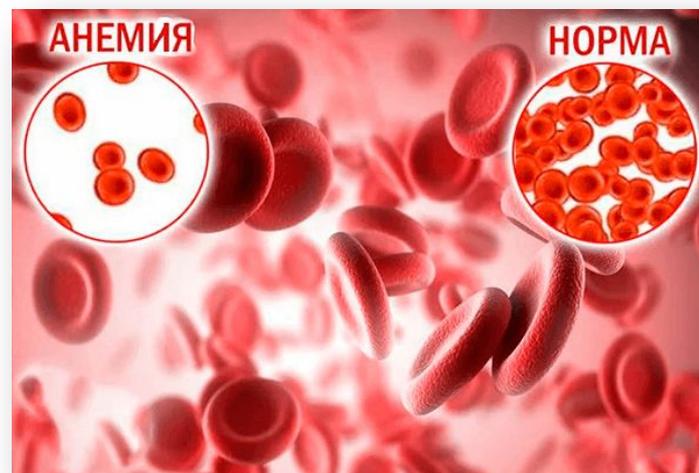
1.3. РАЗНОВИДНОСТИ АНЕМИИ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Железодефицитная анемия при беременности.

- Примерно 95% случаев анемии при беременности являются железодефицитной анемией.

Причиной обычно является:

- 1) Недоедание (особенно у девочек подросткового возраста);
- 2) Предыдущая беременность.



Диагностика железодефицитной анемии при беременности:

- Измерение сывороточного железа, ферритина и трансферрина
Обычно гематокрит $\leq 30\%$, а средний объем эритроцита < 79 fL. Сниженные уровни железа и ферритина и повышенный уровень трансферрина сыворотки позволяют подтвердить диагноз железодефицитной анемии.

ПРОДУКТЫ, БОГАТЫЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТОЙ

Фолатдефицитная анемия при беременности.

- Дефицит фолатов увеличивает риск возникновения дефектов развития нервной трубки и алкогольного синдрома плода. Дефицит наблюдается у 0,5-1,5% беременных; если дефицит умеренный или выраженный - присутствует макроцитарная мегалобластическая анемия.
- Редко вместе с выраженной анемией отмечается выраженный глоссит.

Диагностика фолиеводефицитной анемии при беременности.

- • Определение уровня фолата в сыворотке крови.
- • Недостаток фолатов следует подозревать, если в общем анализе крови обнаруживается анемия с макроцитарным индексом или высоким показателем анизоцитоза (ПА). Низкие уровни фолатов в сыворотке крови подтверждают диагноз.



Сладкий перец



Орехи



Окра



Свекла



Семечки



Бобы



Горox



Чечевица



Цветная капуста



Папайя



Брокколи



Апельсин



Зелень



Спаржа



Брюссельская капуста



Авокадо





Лечение фолиеводефицитной анемии при беременности:

- Лечение состоит из приема фолиевой кислоты в дозе 1 мг перорально 2 раза в день.
- Выраженная мегалобластическая анемия может потребовать исследования костного мозга и дальнейшего стационарного лечения.

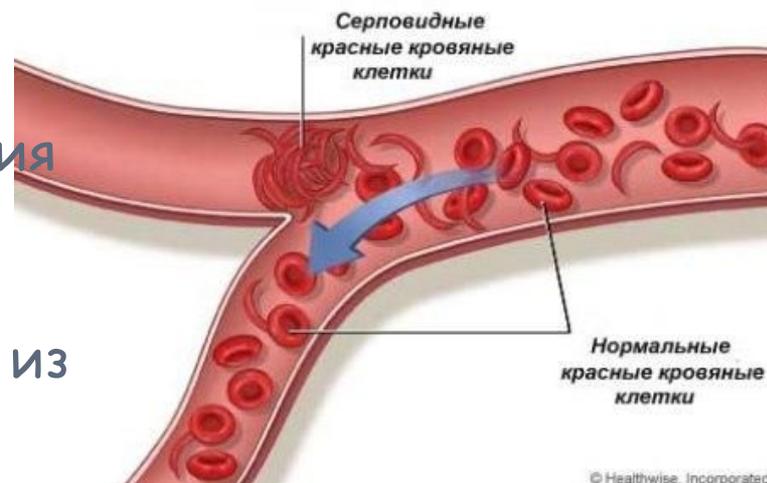


Профилактика фолиеводефицитной анемии при беременности.

- Для профилактики всем беременным женщинам и женщинам, пытающимся забеременеть, назначают фолиевую кислоту в дозе от 0,4 мг до 0,8 мг перорально 1 раз/день.

Гемоглобинопатии при беременности.

- Во время беременности гемоглобинопатии, в основном серповидноклеточная анемия, нарушения по генам Hb S-C, бета- и альфа-талассемия могут ухудшить исход как для матери, так и для плода
- Генетический скрининг для некоторых из этих расстройств довольно доступный.



Предшествующая серповидноклеточная анемия увеличивает риск следующих осложнений:

- Инфекция у матери (чаще всего, пневмония, инфекции мочевыводящих путей и эндометрит)
- Гипертензия, вызванная беременностью
- Сердечная недостаточность
- Инфаркт легкого
- Задержка внутриутробного развития
- Преждевременные роды
- Низкий вес при рождении



Лечебное переливание крови показано в следующих случаях:



- Симптомная анемия.
- Сердечная недостаточность.
- Выраженная бактериальная инфекция.
- Выраженные осложнения в родах (кровотечение, сепсис).



Профилактические переливания крови для поддержания гемоглобина А на уровне $\geq 60\%$ снижают риск гемолитических кризов и легочных осложнений, но не рекомендуются для рутинного использования, т.к. увеличивают риск трансфузионных реакций, заражения гепатитом и ВИЧ и изоиммунизации по группе крови.

1.4. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПУТИ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

Наиболее частыми осложнениями при анемии во время беременности считаются:

- угроза прерывания беременности;
- гестоз;
- пониженное артериальное давление;
- преждевременная отслойка плаценты;
- задержка развития плода;
- преждевременные роды;
- анемия в первый год жизни ребенка.





Во время беременности железо расходуется не только на кроветворение матери, но и на нужды плода. Особенно активно этот расход возрастает на 16-20-й неделях, когда запускается процесс кроветворения у плода. К концу беременности запасы железа истощаются у любой женщины и для их полного восстановления необходимо 2-3 года.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог, можно сказать, что любая анемия не развивается сама по себе, она возникает как синдром при многих заболеваниях, сопровождающихся поражением системы крови или зависящих от нее. В основном анемия протекает без ярко выраженных проявлений, поэтому часто остается незамеченной, во многих случаях может быть выявлена в результате случайного обследования, без каких-либо жалоб на заболевания.

Спасибо за внимание!

