

Анемия и беременность

Анемия – состояние, характеризующееся уменьшением гемоглобина, количества эритроцитов, появлением патологических форм их, изменением витаминного баланса, количества микроэлементов и ферментов.

Частота анемии беременных от 6,5 до 67%.

Классификация анемии

1. Постгеморрагические.

2. Анемии вследствие нарушенного кровообращения:

а) железодефицитные

б) железорезистентные

в) В12 – (фолиево-) –дефицитные

г) В12 – (фолиево-)резистентные анемии,
вследствие нарушенной ассимиляции вит.В12
КОСТНЫМ МОЗГОМ

д) дисэритропоэтические анемии вследствие
неэффективного эритропоэза

е) гипопластические.

3. Гемолитические анемии

Анемии, которые развиваются во время беременности, разделяются на 2 вида:

- а) Физиологическая анемия зависит от неравномерного увеличения отдельных компонентов крови (объем плазмы увеличивается на 50%, а объем эритроцитов только на 11%).
- б) Истинная анемия – гипохромная или железодефицитная (ЖДА) – абсолютное уменьшение эритроцитарной массы, либо функциональная недостаточность системы эритроцитов – пониженное содержание Hb в каждом отдельном эритроците – 90% всех анемий у беременных.

Классификация анемии по степени тяжести ВОЗ:

12

<i>Степени тяжести</i>	<i>Hb, г/л</i>	<i>Эритроциты, x10⁹/л</i>
1- легкая	104 – 91	3,6 – 3,2
2 – средняя	90 - 71	3,2 – 3,0
3 – тяжелая	меньше 70	меньше 3,0

Диагностика анемии

- Определение уровня Hb. Цветовой показатель меньше 0,85. Средняя концентрация Hb в эритроците менее 33%. Показатель гематокрита 33% и ниже.
- Определение железа в сыворотке крови (менее 12,5 мкмоль/л).
- Исследование морфологической картины эритроцитов.
- Определение железосвязывающей способности сыворотки (84 мкмоль/л).
- Исследование гемосидерина в костном мозге (характерно отсутствие гемосидерина).
- Измерение всасывания железа методом радиометрии.
- Иммунорадиометрический метод определения железосвязывающего ферритина в сыворотке крови.

Группы риска по развитию анемии:

- беременные старше 35 лет
- имеющие в анамнезе 4 и более родов с экстрагенитальной патологией
- с самопроизвольными выкидышами в анамнезе
- с преждевременной отслойкой плаценты
- с кровотечениями в родах в анамнезе
- с анемией при предыдущих беременностях
- с осложнениями при настоящей беременности
- рвота, гипотензия, гестозы 2-й половины беременности
- хрон-е инфекционными заболеваниями

Беременность противопоказана

- при ЖДА хронической 3 степени
- при гемолитической анемии
- при гипо-аплазии костного мозга
- при лейкозе
- при болезни Верльгофа с частыми обострениями.

Гестационный период осложняется:

- рвотой беременных
- прерыванием беременности от 8 до 29%
- преждевременными родами 20-42%
- многоплодием
- поздними гестозами до 40%
- предлежанием плаценты
- преждевременной отслойкой плаценты
- артериальной гипотензией
- в связи с анемией, общей гипотонией во время беременности возможно опущение половых органов.

Осложнения в родах:

- Несвоевременное излитие околоплодных вод.
- Слабость родовой деятельности.
- Преждевременная отслойка плаценты.
- Атоническое и гипотоническое кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.
- ДВС синдром.
- Инфекция в родах и раннем послеродовом периоде. 39% гипогалактия.
- Внутриутробная асфиксия плода от 1,8 до 9,2%.
- Синдром задержки развития плода (СЗРП) у 25% беременных с анемией.

Лечение

- Невозможно купировать ЖДА без препаратов железа лишь диетой, состоящей из богатых железом продуктов.
- При ЖДА не следует прибегать к гемотрасфузиям, лишь по жизненным показаниям.
- Лечение ЖДА следует проводить препаратами железа.
- Лечить ЖДА следует в основном препаратами для внутреннего применения.
- Не прекращать лечения препаратами железа после нормализации содержания гемоглобина и эритроцитов.