**Ведение беременности и родов при анемии**

Карон Инна Васильевна

преподаватель ЦМК «Акушерское дело»,

БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»

Высокая распространенность анемии беременных, и те неблагоприятные последствия для беременной и плода, к которым они могут привести, делают эту проблему чрезвычайно актуальной и требуют совершенствования современной системы охраны здоровья матери и ребёнка. Наличие железодефицитной анемии приводит к нарушению качества жизни пациенток, снижает их работоспособность, вызывает функциональные расстройства со стороны многих органов и систем. Дефицит железа  у беременных неблагоприятно отражается на течении беременности, родов, послеродового периода, состоянии плода и новорожденного, способствуя увеличению частоты преждевременных родов, плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, гипотрофии плода, аномалий родовой деятельности, инфекционных осложнений и гипогалактии у родильниц, частоты и объема патологической кровопотери в родах и послеродовом периоде. Кроме того, недостаточное депонирование железа в антенатальном периоде является одной из причин развития дефицита железа и анемии у грудных детей, отставания в психомоторном и умственном развитии детей ранних лет жизни. При дефиците железа у беременных увеличивается риск развития осложнений в родах, а при отсутствии своевременной и адекватной терапии может возникнуть дефицит железа и у плода.

Беременные с анемией ведутся в основном амбулаторно. Госпитализация плановая показана в случае тяжелой анемии и отсутствия эффекта от противоанемической терапии в амбулаторных условиях. Госпитализация экстренная проводится при тяжелой степени анемии с выраженным анемическим и циркуляторно-гипоксическим синдромами.

Всем беременным назначаются основные и по показаниям дополнительные диагностические мероприятия.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (12 параметров)

2. Биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, общий билирубин и фракции)

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 в сыворотке по показаниям.

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)

Профилактика железодефицитной анемии у беременных женщин.

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

О (нулевая) — беременные с нормально протекающей беременностью. Этим женщинам назначается профилактический прием препаратов железа в дозе 30-40 мг (по элементарному железу) с 31-й недели беременности в течение 8 недель. Это необходимо в связи с тем, что в указанные сроки идет интенсивное накопление железа плодом. 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 (неспецифический язвенный колит, эрозивный гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический энтерит и др.);

• 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 групп – 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 (терапия насыщения) и курсами профилактической терапии (2 курса по 8 недель).

Лечение железосодержащими препаратами полезно сочетать с приемом антиоксидантов (витамина Е, витамина С), комплекса поливитаминов, препаратов кальция.

Профилактика осложнений гестации

Профилактика материнских и перинатальных осложнений при анемии – сбалансированное по количеству и качеству питание беременной.

• По рекомендации ВОЗ все беременные на протяжении II и III триместров беременности и в первые 6 мес лактации должны получать препараты железа в профилактической дозе (60 мг в сутки). Необходимо перед ферротерапией исследование уровня сывороточного железа и ферритина, чтобы избежать перегрузки железом.

• Беременным с уровнем Hb ≤115 г/л прием препаратов железа необходим с самых ранних сроков беременности, практически с момента взятия на учет.

• Мероприятия, направленные на оздоровление женщины и плода, после 17–18 нед беременности (завершение формирования маточно-плацентарно-плодового кровообращения) большого эффекта не дают. Вот почему так необходима ранняя явка и быстрое обследование беременной.

Профилактика железодефицитной анемии показана беременным:

• проживающим в популяциях, где дефицит железа является общей проблемой населения;

• с обильными и длительными менструациями до беременности;

• при коротком интергенетическом интервале;

• при многоплодной беременности;

• при длительной лактации.

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 тяжелой степени проводят лабораторный контроль каждую неделю, при отсутствии положительной динамики гематологических показателей показано углубленное гематологическое и общеклиническое обследование беременной в стационаре.

Ведение родов у беременных с анемией.

Роды ведутся консервативно. При ведении родов следует исходить из того, что кровопотеря в любом объеме часто проявляется как патологическая. Поэтому, начиная со II периода, роды должны вестись с «иглой» в вене для проведения инфузионной и трансфузионной терапии. Всем роженицам проводят профилактику кровотечения путем введения метилэргометрина внутривенно струйно.

Литература.

1. Клинический протокол диагностики и лечения анемии беременных №23 от 12 декабря 2013 г.
2. Шалина, Р.И. Анемии беременных. Клиника, диагностика, лечение и профилактика / Р.И. Шалина, Л.Е. Бреусенко, Ю.Ю. Кутакова // Патологияноворожденных и детей раннего возраста. 2002. - №2. - С. 37-52.
3. Короткова Н. А. Анемия Беременных. Принципы современной терапии / Н. А. Короткова, В. Н. Прилепская // Медицинский совет. 2015. - Т.XX. - С. 58-62.