

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол №10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Анемії вагітних (код курсу 5.3)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Мета заняття

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності у ранні та пізні терміни.
2. Визначення припустимої маси плода.
3. Оцінка стану плода (аускультация, КТГ, БПП).
4. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.
5. Фізіологічні зміни при вагітності.
6. Клініка, діагностика і лікування захворювань кровотворної системи.

III. Об'єм нової інформації

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Анемії вагітних (ЗДА, мегалобластна, гіпопластична, гемолітична, аутоімунна гемолітична).
3. Клініка, діагностика різних форм анемії вагітних.
4. Лікування анемії вагітних.
5. Які вагітні складають групу високого ризику?
6. Ведення пологів при анеміях.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2005 № 782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (анемія у вагітних)

3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати анамнез, провести загальне та спеціальне акушерське обстеження вагітної з екстрагенітальною патологією		+	
2.	Призначити додаткові методи обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією		+	
3.	Виявити протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією (за даними історій вагітності при відсутності вагітних з важкою патологією).		+	
4.	Скласти план ведення вагітності в умовах жіночої консультації		+	
5.	Скласти план ведення пологів у вагітних з екстрагенітальною патологією		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

7. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
8. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
9. Які зміни крові характерні для жінок з фізіологічною вагітністю?
10. Анемії вагітних (ЗДА, мегалобластна, гіпопластична, гемолітична, аутоімунна гемолітична).
11. Клініка, діагностика різних форм анемії вагітних.
12. Лікування анемії вагітних.
13. Які вагітні складають групу високого ризику?
14. Ведення пологів при анеміях.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез, провести загальне та спеціальне акушерське обстеження вагітної з екстрагенітальною патологією.
2. На підставі отриманих даних та аналізу результатів лабораторного або іншого обстеження встановити попередній діагноз.
3. Призначити додаткові методи обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
4. Виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією (за даними історій вагітності при відсутності вагітних з важкою патологією).
5. Прогнозувати відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з екстрагенітальною патологією, її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
6. Скласти план ведення вагітності в умовах жіночої консультації?

7. Скласти план ведення пологів у вагітних з екстрагенітальною патологією?
8. Провести співбесіду з вагітною з екстрагенітальними захворюваннями з метою пояснення необхідності своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультації, або в спеціалізованих закладах.

Тестові завдання

1. Яке з перерахованих захворювань кровотворних органів не є медичним показанням до переривання вагітності?

1. Дефіцитна анемія.
2. Пурпура.
3. Мегалобластна анемія.

2. У вагітної 20 тижнів з'явилися слабкість, втома, запаморочення, головний біль. В аналізі крові гемоглобін 80 г/л. Пульс 96/хв. АТ- 100/60 мм рт.ст. Шкіра та слизові оболонки бліді, вологі. Який вірогідний діагноз?

- А** Анемія вагітних.
В. Гестоз.
С. загроза переривання вагітності.
Д. Нейроциркуляторна дистонія.
Е. Гіпоглікемія вагітних.

3. Вагітна 21 року, поступила зі скаргами на періодичні носові кровотечі, петехіальні висипання на шкірі. Об'єктивно: матка в нормальному тонусі, положення плода повздовжнє, голівка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140/хв. Лабораторні дані: тромбоцити – $10,0 \times 10^9$ /л, Нв – 118 г/л, еритроцити $3,6 \times 10^{12}$ /л, плазмові фактори згортання не змінені. Встановлено діагноз: I вагітність 37 тижнів, тромбоцитопенія. Вкажіть тактику ведення вагітної.

- А** Пролонгувати вагітність, роди вести через природні родові шляхи з профілактикою кровотечі
В. негайно родорозв'язати шляхом кесаревого розтину
С. Провести кесаревий розтин ближче до терміну родів
Д. Провести кесаревий розтин одночасно зі спленектомією
Е. Розпочати родозбудження, роди вести консервативно

Ситуаційні задачі :

1. Вагітна, 24 років, поступила зі скаргами на загальну слабкість, задуху, серцебиття при фізичному навантаженні, головкру_жіння. В анамнезі 2 родів, дана вагітність третя, терміном 36 тижнів. При огляді шкірні покриви бліді, АТ 110/70 мм рт.ст., рл 86 уд./хв; ритмічний, вислуховується слабкий систолічний шум на верхівці, печінка та селезінка не побільшені. Лабораторні обстеження: Нв – 80г/л, еритроцити - $2,6 \times 10^{12}$ /л, ретикулоцити - 5 %, колірний показник - 0,8, гематокрит - 0,3, пойкилоцитоз, анізоцитоз, сироваткове залізо – 9 мкмоль/л. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.
Залізодефіцитна анемія

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття АНЕМІЯ У ВАГІТНИХ

Шифри МКХ-10: D50-D64

Анемія – патологічний стан, що характеризується зменшенням кількості еритроцитів та/або вмісту гемоглобіну в одиниці об'єму крові.

Анемія вагітних – зниження кількості гемоглобіну і еритроцитів. Частота малокрів'я у вагітних 30-35% і спостерігається тенденція до підвищення. При анемії порушується основна функція – доставка кисню до різних органів і тканин, розвивається гіпоксія, яка

впливає на нормальний перебіг вагітності і плід. У 90% вагітних виявляється залізодефіцитна анемія.

Показники нормальних коливань Hb – 115-145 г/л (11,5-14,5г%) та еритроцитів $3,7 \cdot 10^{12}$ – $4,7 \cdot 10^{12}$.

При залізодефіцитній анемії (ЗДА) спостерігається зниження кількості заліза в сироватці крові, кістковому мозку, висока концентрація естрогенних гормонів, що сприяє порушенню утворення гемоглобіну. Причина ЗДА: неправильне харчування, порушення всмоктування заліза (захворювання кишкового тракту), блювота, кровотечі (передлежання плаценти), багатоплідна вагітність, лактація, багатородячі і частородячі.

Класифікація

1. За етіологією (ВООЗ, 1992)

Анемії, пов'язані з харчуванням:

- Залізодефіцитна (D50)
- В₁₂-дефіцитна (D51)
- Фолієводефіцитна (D52)
- Інші, пов'язані з харчуванням (D53)

Гемолітичні анемії:

- Внаслідок ферментних порушень (D55)
- Таласемія (D56)
- Серпоподібні порушення (D57)
- Інші спадкові гемолітичні анемії (D58)
- Набута гемолітична анемія (D59)

Апластичні анемії:

- Набута чиста червоноклітинна аплазія (еритробластопенія) (D60)
- Інші апластичні анемії (D61)
- Гостра постгеморагічна анемія (D62)

Анемії при хронічних хворобах (D63)

- новоутвореннях (D63.0)
- інших хронічних хворобах (D63.8)

Інші анемії (D64)

2. За ступенем тяжкості* (ВООЗ, 1991)

Ступінь тяжкості	Концентрація гемоглобіну (г/л)	Гематокрит (%)
Легкий	109–90	37–31
Середній	89–70	30–24
Тяжкий	69–40	23–13
Дуже тяжкий	<40	<13

*Наведені критерії тяжкості анемії рекомендовані виключно для вагітних жінок.

Переважна більшість випадків анемії у вагітних – це залізодефіцитна анемія (90%), половина з них має поєднаний залізо- і фолієводефіцитний генез. Решта видів анемії зустрічається у вагітних відносно рідко.

Залізодефіцитна анемія (ЗДА)

1. Тактика попередження та лікування ЗДА – див. алгоритм.

2. Преконцепційна підготовка.

2.1. Повноцінне харчування з достатнім вмістом м'ясних продуктів, свіжих овочів та фруктів.

2.2. Виявлення та лікування хвороб, що спричиняють ЗДА.

2.3. Виявлення та, за можливості, усунення чинників ризику ЗДА.

2.4. Призначення препарату заліза у разі ЗДА або прихованого залізодефіциту, досягнення задовільної забезпеченості організму жінки залізом до настання вагітності.

3. Чинники ризику.

3.1. Недостатнє або неповноцінне харчування.

3.2. Гіперполіменорея.

3.3. Інтервал після попередніх пологів менше 2 років.

3.4. Багатоплідна вагітність.

3.5. Четверо чи більше пологів у минулому.

3.6. Кровотечі під час вагітності (маткові, носові, з травного тракту, гематурія тощо), геморагічні діатези.

3.7. Хвороби з порушенням всмоктування заліза (стан після гастректомії або субтотальної резекції шлунка, стан після резекції значної частини тонкого кишечника, синдром мальабсорбції, хронічний ентерит, амілоїдоз кишечника), постійний прийом антацидних препаратів.

Класифікація за ступенем важкості:

- легка – Нв 91-110 г/л;
- середня важкість – Нв 81-91 г/л;
- важкий ступінь – Нв не нижче 80 г/л.

8. Хвороби з перерозподілом заліза (системні захворювання сполучної тканини, гнійно-септичні стани, хронічні інфекції, туберкульоз, злоякісні пухлини).

3.9. Паразитарні та глистяні інвазії.

4. Клінічні прояви.

4.1. Ознаки анемічної гіпоксії (власне анемічний синдром):

- блідість шкіри та слизових оболонок;
- тахікардія;
- скарги на загальну слабкість, запаморочення, болі у ділянці серця тощо;
- задишка при фізичних навантаженнях.

4.2. Ознаки дефіциту заліза (сидеропенічний синдром):

- втомлюваність;
- погіршення пам'яті;
- спотворення смаку;
- випадіння, ламкість волосся;
- ламкість нігтів;
- "заїди";
- блакитні склери (зрідка, за тяжкої анемії);
- сухість шкіри;
- гіпо- чи антацидність.

5. Діагностика.

5.1. Для призначення адекватного лікування з'ясовують генез анемії.

5.2. Зниження концентрації гемоглобіну не є доказом залізодефіциту, тому проводять додаткове обстеження.

5.3. Лабораторні ознаки залізодефіциту:

- мікроцитоз еритроцитів (зазвичай у поєднанні з анізо- та поїкілоцитозом);
- гіпохромія еритроцитів (колірний показник <0,86);
- зниження середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті (<27 пг);
- зниження середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті (<33%);
- зниження середнього об'єму еритроцитів (<80 мкм³);

- зниження сироваткового заліза (<12,5 мкмоль/л);
- зменшення концентрації феритину сироватки (<13 мкг/л);
- підвищення загальної залізовв'язувальної здатності сироватки (>85 мкмоль/л);
- зниження насичення трансферину залізом (<15%);
- підвищення вмісту протопорфіринів у еритроцитах (<90 мкмоль/л).

5.4. Залежно від можливостей лабораторії закладу охорони здоров'я, в якому спостерігається вагітна, додаткове обстеження для виявлення залізодефіциту може включити від двох до десяти з вищеперелічених тестів. Обов'язковими є визначення колірного показника та виявлення мікроцитозу у мазку крові (найпростіші та найдоступніші методи). Бажано також визначати концентрацію сироваткового заліза.

6. Рекомендації щодо харчування.

6.1. Основним джерелом заліза для вагітної жінки є м'ясо.

6.2. З метою поліпшення всмоктування заліза до раціону харчування корисно включати фрукти, ягоди, зелені овочі, соки та морси, мед (темні сорти).

6.3. Вживання м'яса та продуктів, які сприяють найповнішому всмоктуванню заліза з нього, слід розділити за часом з чаєм, кавою, консервованими продуктами, зерновими, молоком та молочними продуктами, які містять сполуки, що пригнічують абсорбцію заліза.

6.4. У разі наявності анемії рекомендовані відвари або настої плодів шипшини, бузини, чорної смородини, листя суниці, череди, кропиви.

7. Лікування.

7.1. Основою лікування ЗДА є призначення препаратів заліза.

7.2. Показання до призначення препаратів заліза під час вагітності (С) – середній, тяжкий та дуже тяжкий ступені анемії.

7.3. Принципи феротерапії.

7.3.1. Усунути, за можливості, причину залізодефіциту (кровотечі шлункові, кишкові, носові, з пологових шляхів, гематурію, порушення згортувальної системи крові тощо).

7.3.2. Препарати заліза незалежно від ступеня тяжкості анемії, призначати per os. Виключення складають лише випадки, коли внутрішнє вживання залізомістких препаратів є протипоказаним.

7.3.3. Пероральні препарати заліза поділяються на іонні та неіонні. Серед іонних препаратів перевагу слід віддавати тим, що містять двовалентне залізо, біодоступність якого значно вища, ніж тривалентного.

7.3.4. Серед сполук двовалентного заліза найкраще всмоктуються (у порядку зменшення): сульфат, глюконат, хлорид, фумарат.

7.3.5. Лікувальна добова доза заліза елементарного при пероральному застосуванні має складати 2 мг/кг маси тіла (у середньому 100-200 мг/доб).

7.3.6. Застосовувати препарати з високим вмістом заліза (1-2 таблетки відповідають добовій потребі) і сповільненим його вивільненням (ретардні форми, slow release), що дозволяє стабільніше підтримувати достатню концентрацію заліза сироватки та зменшити кількість гастроінтестинальних побічних ефектів (А).

7.3.7. Доцільно застосовувати комбіновані препарати, додаткові компоненти яких:

- перешкоджають окисленню двовалентного заліза у тривалентне (аскорбінова, янтарна, щавлева кислоти);
- сприяють всмоктуванню заліза в кишечнику (амінокислоти, поліпептиди, фруктоза);
- попереджують подразнювальну дію іонів заліза на слизову оболонку травного тракту (мукопротеоза);
- зменшують прооксидантну дію двовалентного заліза в організмі (аскорбінова кислота, інші антиоксиданти);
- підтримують щіткову кайму слизової оболонки тонкого кишечника в активному стані (фолієва кислота).

7.3.8. Протипоказання до прийому препаратів заліза per os:

- непереносність заліза (постійна нудота, блювання, діарея);
- стан після резекції тонкого кишечника;
- ентерит;
- синдром мальабсорбції;
- загострення виразкової хвороби, неспецифічного виразкового коліту або хвороби

Крона.

7.3.9. За наявності протипоказань до прийому заліза per os призначають парентеральні препарати (В), які містять тривалентне залізо. У разі парентерального застосування добова доза заліза елементарного не повинна перевищувати 100 мг.

7.3.10. При проведенні феротерапії, особливо парентеральними препаратами, слід ретельно стежити за можливими побічними ефектами залізомістких засобів.

Побічні ефекти пероральних препаратів заліза:

- нудота;
- біль в епігастральній ділянці;
- діарея;
- закріп;
- нетяжкі алергічні реакції (шкірні висипи тощо).

Побічні дії парентеральних препаратів заліза:

- артеріальна гіпотензія;
- артралгія;
- збільшення лімфатичних вузлів;
- лихоманка;
- головний біль;
- запаморочення;
- інфільтрати на місці ін'єкцій;
- анафілактоїдні реакції, анафілактичний шок.

7.4. У випадках резистентної до монотерапії залізом ЗДА додатково призначають людський рекомбінантний еритропоетин (В).

7.5. Якщо у пізньому терміні вагітності (≥ 37 тижнів) має місце тяжка симптомна анемія розглядається питання щодо трансфузії еритроцитарної маси або відмитих еритроцитів.

8. Тактика ведення вагітності та пологів.

ЗДА не впливає на тактику ведення вагітності та пологів.

9. Прикінцеві положення.

Упродовж останнього десятиліття на підставі результатів великих контрольованих клінічних досліджень, виконаних з дотриманням вимог та принципів доказової медицини, істотним чином переглянуто клінічне значення ЗДА у вагітних, ставлення до попередження та лікування цієї патології.

- ✓ Помірне зниження концентрації гемоглобіну асоціюється з кращими наслідками пологів для плода у порівнянні з нормальним рівнем гемоглобіну (≥ 110 г/л) (А).
- ✓ Додаткове призначення заліза вагітним жінкам веде до підвищенні рівня феритину та сироваткового заліза, зниження частоти анемії у пізні терміни вагітності, але не впливає на перебіг вагітності та пологів, стан плода і новонародженого (не змінюється частота преєклампсії, кровотеч під час вагітності та після пологів, передчасних пологів, інфекційно-запальних ускладнень у матері; не змінюються частота народження дітей з низькою масою, мертвонароджень, неонатальної захворюваності й смертності) (А).
- ✓ На сьогодні не доведено шкідливість рутинного додаткового прийому заліза вагітними, які мають повноцінне харчування, проте відсутність істотної користі є безсумнівною (А).

- ✓ Анемія легкого та середнього ступеню зазвичай не спричиняє погіршення стану вагітної, а підвищення концентрації гемоглобіну в результаті прийому заліза не веде до суб'єктивного поліпшення самопочуття.
- ✓ Тяжка анемія (Hb < 70 г/л) дуже негативно впливає на стан матері та плода, призводить до порушення функцій нервової, серцево-судинної, імунної та інших систем організму, збільшення частоти передчасних пологів, післяродових інфекційно-запальних захворювань, затримки росту плода, асфіксії новонароджених та родової травми, а тому потребує лікування.
- ✓ Підкреслюється, що саме лише зниження концентрації гемоглобіну нижче нормального рівня (< 110 г/л) не може вважатися доказом дефіциту заліза в організмі вагітної і бути підставою для призначення лікування. З'ясування наявності залізодефіциту вимагає додаткового обстеження (сироваткове залізо, залізо зв'язувальна здатність сироватки, вміст феритину, мікроцити у мазку крові тощо – див. п. 5.3).

Фолієводефіцитна анемія

1. Преконцепційна підготовка.

1.1. Повноцінне харчування з достатнім вмістом зелених овочів.

1.2. Призначення жінці, що планує вагітність, фолієву кислоту 0,4 мг/добу у другій половині кожного менструального циклу.

2. Чинники ризику.

2.1. Гемоліз будь-якого генезу.

2.2. Багатопліддя.

2.3. Постійний прийом протисудомних препаратів.

2.4. Стан після резекції значної частини тонкого кишечника.

3. Профілактика.

3.1. Додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу показаний усім вагітним, починаючи з самих ранніх термінів (А).

3.2. Вживання достатньої кількості фруктів та овочів, багатих на фолієву кислоту (шпинат, спаржа, салат, брокколі, капуста, картопля, помаранчі, диня тощо) у сирому вигляді (оскільки під час термічної обробки більша частина фолатів втрачається).

3.3. Прийом великої дози фолієвої кислоти (3-5 мг/добу), упродовж усієї вагітності якщо жінка постійно приймає антиконвульсанти або інші антифолієві засоби (сульфасалазин, тріамтерен, зидовудин, ін.).

4. Діагностика.

4.1. Виявлення макроцитів, анізо- та пойкилоцитозу у мазку крові.

4.2. Встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах.

5. Лікування.

Призначення фолієвої кислоти 1-5 мг/добу.

6. Прикінцеві положення.

- ✓ Потреба у фолієвій кислоті від самого початку вагітності зростає у 2,5-3 рази і сягає 0,6-0,8 мг/добу.
- ✓ Додатковий прийом фолієвої кислоти під час вагітності зменшує частоту дефіциту фолатів та анемії, але не впливає на перебіг вагітності, родів, стан плода і новонароджених (А).
- ✓ Додатковий прийом фолієвої кислоти жінками у преконцепційному періоді та у I триместрі вагітності веде до зниження частоти вроджених вад розвитку ЦНС у 3,5 рази у

порівнянні з загальнопопуляційною (А). Прийом фолієвої кислоти, розпочатий після 7 тижнів вагітності не впливає на частоту дефектів невральної трубки (А).

Інші види анемії *В₁₂-дефіцитна анемія*

1. **Причина** – недостатність синтезу внутрішнього фактору Касла, необхідного для всмоктування вітаміну В₁₂ (це спостерігається після резекції або видалення шлунку, при автоімунному гастриті); порушенням процесів всмоктування у клубовій кишці (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, гельмінтози, стан після резекції клубової кишки); недостатнім вмістом вітаміну В₁₂ у їжі (відмова від тваринних продуктів). В₁₂-дефіцитна анемія є макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою.

2. **Діагностика** базується на визначенні вмісту вітаміну В₁₂ (знижується до 50 пг/мл і нижче) за наявності в крові гіперхромних макроцитів.

3. **Лікування.** Призначають ціанокобаламін 1000 мкг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень упродовж 5-6 тижнів.

Таласемія

1. Спадково обумовлена (автосомно-рецесивний тип) кількісна недостатність синтезу α- або β-ланцюга молекули гемоглобіну. В Україні зустрічається надзвичайно рідко.

2. У разі легкої форми α-таласемії вагітність перебігає без ускладнень, лікування не проводять. Тяжкі форми вимагають призначення препаратів заліза per os, нерідко трансфузії еритроцитарної маси.

3. Особлива форма α-таласемії, що розвивається за умови мутації усіх чотирьох α-глобінових генів, майже завжди призводить до водянки плода і зрештою до його внутрішньоматкової загибелі. Ця форма також асоціюється з частим розвитком прееклампсії.

4. Якщо α-таласемія супроводжується спленомегалією, розродження проводять шляхом кесаревого розтину, в усіх інших випадках – через природні родові шляхи.

5. Легкі форми β-таласемії зазвичай не перешкоджають виношуванню вагітності. Остання перебігає без ускладнень. Лікування передбачає призначення фолієвої кислоти, інколи виникає необхідність у трансфузії еритроцитарної маси. Хворі з тяжкою β-таласемією не доживають до дітородного віку.

Гемолітичні анемії

1. Зумовлені посиленням руйнуванням еритроцитів, яке не компенсується активацією еритропоезу. До них відносяться серпоподібноклітинна анемія, що є проявом спадково обумовленої структурної аномалії β-ланцюга молекули гемоглобіну; спадковий мікросфероцитоз – аномалія структурного білка мембран еритроцитів - спектрину; анемії, обумовлені вродженими ферментативними порушеннями, найчастіше недостатністю глюкозо-6-фосфатдегідрогенази еритроцитів.

2. Вагітні з гемолітичними анеміями в усіх випадках потребують кваліфікованого ведення спеціалістом гематологом. Рішення щодо можливості виношування вагітності, характеру лікування, терміну і способу розродження вирішує гематолог.

3. Призначення препаратів заліза протипоказане.

Апластична анемія

1. Трапляється у вагітних достатньо рідко, причина у більшості випадків залишається невідомою.

2. Діагноз встановлюють на підставі морфологічного дослідження пунктату кісткового мозку.

3. Вагітність протипоказана і підлягає перериванню як у ранньому, так і у пізньому терміні. У разі розвитку або виявлення апластичної анемії після 22 тижнів вагітності показане дострокове розродження.

4. Хворі складають групу високого ризику щодо геморагічних та септичних ускладнень. Високою є материнська смертність, дуже часті випадки антенатальної загибелі плода.

Гемолітична анемія – це стан, при якому спостерігається гемоліз крові.

Спадкові анемії пов'язані з порушенням структури мембран еритроцитів, порушенням активності ферментів та синтезу глобіну.

Імунні анемії пов'язані з дією аутоантитіл на еритроцити. Гемоліз може відбуватися як внутрішньоклітинно, так і внутрішньосудинно. При цьому спостерігається зменшення кількості еритроцитів, підвищується кількість ретикулоцитів і еритробластів. В крові підвищується рівень білірубину, у хворих з'являється жовтяниця. Внутрішньосудинний гемоліз супроводжується гемоглобінемією та гемоглобінурією.

Найбільш часто при вагітності зустрічається мікросфероцитарна (дефект структури мембрани еритроциту) і гемолітична анемія. Дефект мембрани сприяє проникненню еритроцитів і води. Сферична форма еритроцитів сприяє підвищеному руйнуванню еритроцитів в селезінці.

Основним синдромом являється гемолітичний (жовтяниця, спленомегалія, анемія). Білірубін при загостренні підвищується до 102-119 мкмоль/л. При гемолітичному кризі спостерігається уробілінурія.

Кратина крові характеризується наявністю мікросфероцитозу, зниженням осмотичної резистентності еритроцитів, ретикулоцитозом.

Захворювання має циклічний перебіг. Загострення частіше виникають при інфекційних захворюваннях, при вагітності.

Лікування. Переливання крові показано лише при значній анемізації. Найбільш ефективним при лікуванні гемолітичної анемії являється хірургічне лікування – спленектомія.

Аутоімунні анемії виникають при утворенні антитіл до власних еритроцитів при порушеннях в імунокомпетентній системі. Розрізняють симптоматичні (при гемобластозах, системному червоному вовчаку, неспецифічному виразковому коліті, хронічному гепатиті) та ідіопатичні (при невідомій причині) аутоімунні анемії.

Клініка анемії характеризується наявністю слабкості, болю в області серця, задуха, серцебиття, жовтяниці, спленомегалії. При цій формі анемії спостерігається непереносимість холоду.

При гострих гемолітичних кризах вміст гемоглобіну досягає низьких цифр. Помірно підвищується кількість ретикулоцитів.

Достовірним лабораторним тестом являється проба Кумбса.

Найбільш ефективним лікуванням анемії являється застосування кортикостероїдів. Для ліквідації явищ кризу призначають великі дози преднізолону (від 50-60 до 80 мг/доб). При важких загостреннях рекомендується гемотрансфузія (переливання еритромаси) після індивідуального підбору за реакцією Кумбса. Також показана спленектомія.

При вагітності в поєднанні з гемолітичною анемією спостерігається виникнення важких кризів. Часто виникає загроза переривання вагітності. Прогноз для матері благоприємний. Штучне переривання вагітності не показано.

Лікування проводиться з використанням преднізолону в дозі 80мг/доб., гемотрансфузії до нормалізації показників крові. В подальшому дозу знижують, рекомендується підтримуюча доза (10-15мг/доб).

Пологи рекомендується вести консервативно. Під час пологів дозу преднізолону слід збільшити.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авицена, 2004. – 168 с.
2. Медведь В.И. Анемия беременных: что изменилось? // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2006. – С. 10-13.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

4. Наказ МОЗ України від 29.12.2005 № 782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (анемія у вагітних).
5. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2003.- 816 с.
7. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
8. Акушерство /Э.К. Айламазян и др./Под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200с.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

15.09.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.