Анемии беременных разделяют на приобретенные (дефицит железа, белка, фолиевой кислоты) и врожденные (серповидно-клеточные). Частота анемий, определенных по снижению уровня гемоглобина в крови с использованием стандартов ВОЗ, колеблется в различных регионах мира в пределах 21-80%. В Москве, Санкт-Петербурге и многих других городах России ее выявляют у 40% будущих матерей. Различают две группы анемий: диагностируемые во время беременности и существовавшие до наступления ее. Чаще всего наблюдают анемии, возникшие при беременности.

У большинства женщин к 28-30 недельному сроку беременности развивается анемия, связанная с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и объема эритроцитов. В результате снижается показатель гематокрита, уменьшается количество эритроцитов, падает показатель гемоглобина. Подобные изменения картины красной крови, как правило, не отражаются на состоянии и самочувствии беременной. Истинные анемии беременных сопровождаются типичной клинической картиной и оказывают влияние на течение беременности и родов.

 **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Анемия беременных являются следствием многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокий уровень эстрогенов, ранние токсикозы, препятствующие всасыванию в желудочно-кишечном тракте элементов железа, магния, фосфора, необходимых для кроветворения. Для развития анемических состояний при беременности определенное значение имеют частые роды с длительными лактационным периодом, истощающие запасы железа и других антианемических веществ в организме женщин. Анемии отмечены при ревматизме, сахарном диабете, гастрите, заболеваниях почек и инфекционных заболеваниях. Ежедневная потребность в железе – 800 мг (300 мг – плоду). При недостаточном поступлении железа в организм или недостаточном его усвоении из-за дефицита белка у беременной развивается железодефицитная анемия, Hb ниже 110 г/л. Мегалобластная анемия связана с недостатком фолатов. Одной из причин развития анемии у беременных считают прогрессирующий дефицит железа, который связывают с утилизацией железа на нужды фетоплацентарного комплекса, для увеличения массы циркулирующих эритроцитов. У большинства женщин детородного возраста запас железа недостаточен, причем этот запас уменьшается с каждыми последующими родами, особенно осложненными кровотечениями и развитием постгеморрагических (железодефицитных) анемий. Отсутствие запаса железа в организме женщины может быть связано с недостаточным содержанием его в обычной диете, со способом обработки пищи и потерей необходимых для его усвоения витаминов (фолиевой кислоты, витаминов В12, В6, С); с отсутствием в рационе достаточного количества сырых овощей и фруктов, белков животного происхождения. Все перечисленные факторы могут сочетаться между собой и приводить к развитию истинных железодефицитных анемий беременных. Как известно, анемия у беременных часто сочетается, как с акушерской, так и с экстрагенитальной патологией

**ДИАГНОСТИКА**

Оценка тяжести заболевания, уровня гематокрита, концентрации железа в плазме крови, железосвязывающей способности трансферрина и показателя насыщения трансферрина железом. По мере развития заболевания концентрация железа в плазме крови снижается, а железосвязывающая способность увеличивается, в результате процент насыщения трансферрина железом снижается до 15% и меньше (в норме 35-50%). Снижается показатель гематокрита до 0,3 и меньше.

О запасах железа судят по уровню в сыворотке крови ферритина с помощью радиоиммунного метода. Кроме того, проводят другие биохимические исследования показателей крови, исследуют функцию печени, почек, желудочно-кишечного тракта. Необходимо исключить наличие специфических инфекционных заболеваний, опухолей различной локализации.

Некоторые ее вовсе не ощущают, а потому могут не предъявлять врачу никаких жалоб. Других беспокоят слабость, одышка, головокружение, обмороки. Нередко появляются и трофические изменения, связанные с дефицитом в организме ферментов, содержащих железо. Тогда наблюдаются выпадение волос, ломкость ногтей, трещины в углах рта, желтизна ладоней и треугольника под носом, возможно непроизвольное мочеиспускание и опорожнение кишечника, экзотические гастрономические пристрастия — желание есть мел, ластик, нюхать жидкости с резкими запахами. При тяжелой анемии может развиться сердечная недостаточность с учащенным сердцебиением, отеками, снижением артериального давления.

Анализы крови при истинной анемии обнаруживают менее 110 г/л гемоглобина, цветовой показатель меньше 0,95, уровень железа сыворотки крови меньше 10 ммоль/л.
Врачи говорят, что анемия протекает в легкой форме, при содержании гемоглобина 90-110 г/л; о средней тяжести анемии речь идет при уровне гемоглобина 80-89 г/л, тяжелой анемия считается, если количество гемоглобина меньше 80 г/л.

**Проявления железодефицитной анемии имеют формы:**

§ головокружение;

§ снижение аппетита;

§ одышка, а также боли в области сердца;

§ мелькание "мушек" перед глазами;

§ склонность к заболеваниям ОРВИ;

§ постепенное разрушение зубной эмали;

§ как следствие предыдущего пункта - появление разных проблем в области желудочно-кишечного тракта.

**ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ АНЕМИИ**

Среди осложнений беременности при анемии на первом месте находятся токсикозы первой половины беременности (15,2%). Это осложнение чаще наблюдают у первобеременных (26,2%). Угрозу прерывания беременности встречают почти с одинаковой частотой как в ранние (10,1%), так и поздние (10,9%) сроки беременности. Следует отметить, что угроза прерывания беременности в ранние сроки чаще имеет место у первобеременных, а в поздние сроки признаки прерывания беременности отмечают почти у каждой четвертой многорожавшей женщины.

При анемии тяжелой степени 42% детей рождаются преждевременно, закономерно развивается гипотрофия. Анемии беременных являются фактором риска, оказывающим влияние на становление функции внешнего дыхания у новорожденных. До 29% новорожденных рождаются в состоянии асфиксии. При малокровии у матерей значительно возрастает риск рождения детей с малой массой тела, причем гипотрофия особенно выражена при тяжелой степени анемии.

При анемии беременных в последовом и раннем послеродовом периоде часто возникает такое грозное осложнение, как кровотечение.

Высокая частота анемий у беременных и неблагоприятные последствия их для плода, новорожденного и ребенка раннего возраста свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения проблемы, изыскания путей профилактики и лечения этого распространенного осложнения беременности.

При исследовании показателей белкового метаболизма были получены интересные данные. Выявлено достоверное снижение уровня общего белка в сыворотке крови (на 25% при анемии легкой степени и на 32% при анемии средней тяжести). При изучении белкового метаболизма были установлены основные молекулярные механизмы биосинтеза белка в плаценте. Это свидетельствует о том, что развивающаяся у беременных плацентарная недостаточность является вторичной, так как формирование и функционирование плаценты происходят в организме, гомеостаз которого отличается от нормального. Глубокие нарушения, свидетельствующие о выраженной плацентарной недостаточности, выявлены и при исследовании содержания половых стероидных гормонов. Концентрация эстрадиола в сыворотке крови у беременных с анемией снижена более чем в 2,5 раза по сравнению с таковой у здоровых беременных, экскреция эстриола во II триместре снижена на 32%, а в III – на 45%.

Развитие плацентарной недостаточности при анемии у беременных способствует увеличению риска рождения детей с малой массой тела, с признаками внутриутробной гипотрофии, в состоянии асфиксии.

Бесспорным представляется факт неблагоприятного влияния анемии у матери на постнатальное развитие ребенка: отставание в массе тела, росте, повышение инфекционной заболеваемости, снижение показателей гуморального иммунитета и т.д. Все это позволяет отнести детей, родившихся от матерей с анемией, к группе высочайшего риска по развитию перинатальной и младенческой заболеваемости.

При анемии средней и тяжелой степени проводят целенаправленную коррекцию метаболических нарушений, характерных для хронической плацентарной недостаточности. Кроме традиционных методов лечения анемии включающих применение препаратов железа, аскорбиновой кислоты, используют пищевые продукты для лечебного питания: энпиты (по 45 г в сутки) и сухую белковую смесь (до 12 г в сутки). Кроме того, проводят коррекцию плацентарной недостаточности медикаментами, улучшающими его функционирование: эссециале, зиксорин, пентоксифиллин, эуфиллин.

Медикаментозную коррекцию плацентарной недостаточности у беременных с анемией легкой и средней степени тяжести осуществляют по следующей схеме:

1. энпит белковый до 45 г или сухая белковая смесь до 12 г в сутки;

2. аскорбиновая кислота по 0,5 г 3 раза в сутки;

3. метионин по 0,25 г или глютаминовая кислота по 0,5 г 4 раза в сутки;

4. 5% раствор глюкозы по 200 мл, 2,4% раствор эуфиллина по 10 мл, внутривенно капельно;

5. метилксантины – пентоксифиллин по 7 мг/кг;

6. биоантиоксидант – эссенциале по 0,5 мг/кг.

Медикаменты подбирают для каждой беременной с учетом индивидуальной чувствительности, степени тяжести анемии и выраженности плацентарной недостаточности.

Врожденные мегалобластические анемии – опасны, так как при них велика материнская и детская перинатальная заболеваемость и смертность.

**Опасности анемии при беременности.**

**Для матери.**

Анемия способствует развитию различных осложнений беременности. Токсикозы у беременных, страдающих анемией, появляются в 1,5 раза чаще, чем у здоровых женщин. В частности, гестоз, который сопровождается отеками, белком в моче, повышенным артериальным давлением, диагностируют приблизительно у 40% беременных женщин, больных анемией, выкидыши, преждевременные роды — у 15-42%. Чаще развиваются осложнения в родах.
**Для ребенка.**

У детей, матери которых во время беременности страдали анемией, к году жизни тоже нередко обнаруживают дефицит железа. Дети первого года жизни, родившиеся у женщин с анемией беременных, гораздо чаще заболевают ОРВИ, у них значительно выше вероятность развития энтероколита, пневмонии, разных форм аллергии (в том числе диатеза).

**Профилактика.**

  У некоторых женщин можно предвидеть развитие анемии во время беременности: у тех, кто прежде болел ею, страдает хроническими заболеваниями внутренних органов, у многократно рожавших женщин, а также если в начале беременности содержание гемоглобина в крови не превышало 120 г/л. Во всех перечисленных случаях необходимо профилактическое лечение. Врачи обычно назначают препарат железа, который рекомендуется принимать в течение 4-6 месяцев, начиная с 15-й недели беременности.

**Лечение по пунктам.**

§ Препараты железа, такие как Фенюльс, Фероглобин, Тардиферон, Сорбифер, Ферроплекс (кстати, имейте в виду, что они часто вызывают запоры). Так, ферроцерон способен вызвать диспепсию, нарушение мочевыделения. Поэтому если есть возможность выбора, им лучше не пользоваться. А феррокаль, как и ферроплекс, имеют незначительные побочные эффекты и, как правило, хорошо переносятся беременными женщинами. Оба эти препарата рекомендуется применять в довольно больших дозах: по 2 таблетки 3-4 раза в день. Конферон, содержащий больше железа (он, кстати, также может вызвать диспепсию), нужно принимать в меньших дозах: 1 капсулу 3 раза в день. Тардиферон и гино-тардиферон (в последний добавлена полезная для плода фолиевая кислота) достаточно принимать по 1 таблетке в день с профилактической и по 2 таблетки — с лечебной целью. Назначают препараты железа чаще всего для приема внутрь — в таблетках или капсулах. Инъекции не имеют преимуществ, зато чреваты осложнениями. При внутривенном введении возможно развитие шокового состояния, нарушений свертывающей системы крови, при внутримышечном — инфильтраты, абсцессы в местах инъекций. Врачи назначают инъекции лишь в отдельных случаях, когда имеется нарушение всасывания железа в желудочно-кишечном тракте, при заболеваниях органов пищеварения, непереносимости препаратов железа (тошнота, рвота), обострении язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. Лечение анемии обычно длительно. Уровень гемоглобина повышается, как правило, к концу 3-й недели приема препаратов, нормализуется же этот показатель еще позже — через 9-10 недель. При этом самочувствие больной улучшается быстро. Очень важно в таких случаях не прекращать лечения. Беременность с ее повышенными требованиями к организму женщины продолжается, предстоят роды с неизбежной кровопотерей, длительный период кормления ребенка грудью — все это может вызвать рецидив анемии. Поэтому рекомендуется в течение 3 месяцев поддерживающая терапия препаратами железа: 1 таблетка 1-2 раза в день. Но и это не все. В послеродовой период необходимо принимать такую же дозу еще 6 месяцев. Если во время беременности не удалось добиться излечения анемии, то после родов необходимо ежегодно в течение месяца проводить полноценный курс приема медикаментов до нормализации состояния.

§ Препараты фолиевой кислоты.

§ Фитотерапия.

§ Прогулки на свежем воздухе.

§ Диета. Железо содержится в следующих продуктах: это клюква, земляника, крыжовник, виноград, лимоны, абрикосы, апельсины, груши, вишня, картофель, лук, чеснок, брюква, кукуруза, тыква, укроп, салат, гречиха. Плюс к этому витамины: витамин С, витамин Е и фолиевую кислоту.

§ Из мяса всасывается 6% железа, а из растительной пищи — только 0,2%.
§ Кроме того, необходимо иметь в виду, что дефицит железа нельзя ликвидировать только продуктами питания. Из них всасывается не более 6% железа, а из лекарств — 30-40%.