

Ханты-Мансийский государственный медицинский
институт
Кафедра акушерства и гинекологии

Лекция:

*ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ
И БЕРЕМЕННОСТЬ*

*Докладчик: Зав.кафедрой акушерства и
гинекологии, доцент Соловьева А.В.*

Анемии

1. Анемия беременных –самая частая патология встречается у 80-90% беременных - железодефицитная
2. Физиологическая анемия за счет аутогемоделиции - ↑ ОЦП – физиологическая гиперволемиа
3. Хроническая анемия. Должна быть до беременности.
 - Если гестоз развился на **фоне 1** , то его не называют сочетанным, если на фоне **3** , то **сочетанным**.

Общий анализ крови у женщин детородного возраста:

- Эритроциты: $3,7 - 4,7 \times 10^{12} /л$
- Гемоглобин – 120-140 г/л
- ЦП - 0,86 – 1,00
- Гематокрит – 36-42%
- Лейкоциты – $4,0 - 8,8 \times 10^9/л$
- Б до 1%, Э до 5%, П 1-6%, С 47-72%, Л 19-37%, М 3-11%
- Тромбоциты $180-320 \times 10^9/л$
- Ретикулоциты 0,2 – 1,2 ‰
- СОЭ 2-5 мм/ч
- Сывороточное железо 9-29 мкмоль/л
- Ферритин сыворотки – 32-35 мкг/л

Физиологическая анемия.

Снижение уровня:

- Гемоглобина до 110 - 120 г/л в 3 триместре
- Гематокрита до 32-35 %

Постепенно к III триместру

В организме человека около 4 г железа

- Ежедневное поступление - 2 мг (особенности всасывания)

Расходы:

- Ежедневно с мочой, потом, калом, выпадающие волосы и т.д. – 1 мг
- Менструация – 40 мг (обильные и длительные – 50-250 мг)

- Беременность – расходуется около 1 г:
 - На кроветворение – 500 мг
 - Потребности плода – 300 мг
 - Плаценты – 200 мг
- Лактация – 400 мг

Итого: 1400 мг

Восполнение происходит за счет мобилизации запасного фонда на 50%

- Восстановление депо железа происходит в течение 4-5 лет
- При рождении 4 детей и более дефицит железа обязательно!

Железодефицитная анемия

Диагностика:

- Цветовой показатель менее 0,85
- Содержание гемоглобина в эритроците менее 33%
- Сывороточное железо менее 12,5 мкмоль/л
- Ферритин сыворотки менее 9-12 мкг/л

Железодефицитная анемия

- Изменение морфологии Эр:
 - Пойкилоцитоз (различной формы)
 - Анизоцитоз (различной величины)
 - Микроцитоз
- Количество Эр может быть норма!

Классификация

- Легкая степень: 110-90 г/л
- Средняя степень: 89-70 г/л
- Тяжелая степень: менее 69 г/л

Железодефицитная анемия

Этиология:

- Кровопотери
- Алиментарный фактор
- Заболевания ЖКТ:
 - Гастриты
 - Энтероколиты
- Заболевания печени (дефицит трансферрина, депонирования железа)

Железодефицитная анемия

Беременность, роды и послеродовой период:

- Повышенное потребление плодом, кровопотеря в родах, лактация
- Увеличение эстрогенов
- Увеличение глюкокортикостероидов
- Иммуносупрессия

Клиника:

- Гипоксия: слабость, головокружение, обмороки, снижение работоспособности, бессоница, одышка, тахикардия

Все эти симптомы характерны для анемии любой этиологии

Клиника:

- Изменения со стороны дериватов кожи: кожа бледная, сухая, трещины, ангулярный стоматит, вогнутость и ломкость ногтей, сухость, ломкость выпадение волос
- Мышечная слабость (миастения)
- Слабость сфинктеров (непроизвольное мочеиспускание)
- Извращение вкуса (мел, глина) и обоняния (запах керосина, краски)

Клиника:

Сердечно-сосудистая система:

- АД чаще снижено
- Тахикардия
- Боли за грудиной
- Систолический шум на верхушке сердца и в точке проекции легочной артерии
- Отеки

Осложнения беременности:

Гипопротеинемия,
гипоальбуминемия



Отеки



Гестоз

Осложнения беременности:

- Дистрофия миометрия, плаценты (снижение прогестерона, эстрадиола, плацентарного лактогена)
- Плацентарная недостаточность

Осложнения беременности, родов и послеродового периода:

- Гестоз
- Недонашивание и невынашивание
- Аномалии родовой деятельности
- Кровотечение (коагуло- и некоагулопатические)
- Гнойно-септические осложнения
- Гипогалактия у 38% родильниц

Влияние на плод и новорожденного

- Гипоксия плода (СЗВУР плода)
- Высокая перинатальная смертность и заболеваемость:
 - Маловесность
 - Гнойно-септические заболевания
 - Иммунодефицит
 - Анемия к 1 году жизни 45-55%

Основные правила лекарственной терапии:

1. Диетотерапия не может купировать дефицит железа
 - Из 15-20 мг железа в ЖКТ всасывается 2 мг
 - Лучше всасывается Fe из мяса (гемовая форма) – 6%
 - Хуже всасывается из растительной пищи (негемовая форма) – 0,2%

Основные правила лекарственной терапии:

Дневной рацион беременной женщины с дефицитом железа:

- Мясо, рыба 120-200 г
- Яйцо – 1 шт
- Молочные продукты – 1 кг
- Овощи, фрукты – 800 г

Основные правила лекарственной терапии:

2. Используются пероральные препараты
- Парентеральные препараты не ускоряют лечение анемии, вызывают тяжелые осложнения: анафилактический шок, ДВС синдром

Препарат	Fe, мг	Компоненты	Лек. форма	Сут. доза
Ферроплекс	10	Аскорбиновая кислота	Драже	8 -10
Конферон	50	Янтарная кислота	Табл.	3 - 4
Фенюльс	50	Аскорбиновая к-та, никотинамид, витамины гр. В	Капсулы	3 – 4
Ферроградумент	105	Пластическая матрица	Табл.	1 – 2
Хеферол	100	Фумаровая кислота	Капсулы	1 - 2
Тардиферон	80	Аскорбиновая кислота	Табл.	1 – 2
Сорбифер дурулес	100	Аскорбиновая кислота	Табл.	1 - 2

Основные правила лекарственной терапии:

3. Препараты железа сочетать с микроэлементами (селен, цинк, медь, марганец)
4. Гемотрансфузия только по жизненным показаниям (Hb – 40-50 г/л)

Основные правила лекарственной терапии:

5. После нормализации показателей гемоглобина, эритроцитов, ЦП прием препаратов Fe продолжать.

- для восстановления запасов железа

Доза Fe уменьшается в 2 раза

Основные правила лекарственной терапии:

- Если во время беременности возникла анемия, препараты железа необходимо принимать во время всего периода гестации, в родах и в течение всего периода лактации
- Профилактическая доза 100-200 мг/сут

Апластическая анемия

Тотальное угнетение кроветворения:

- Анемия
- Лейкопения
- Тромбоцитопения

Этиология:

- Ионизирующая радиация
- Вирусный гепатит
- Лекарственные средства (левомицетин, бутадион, аминазин и др)
- Иммунологический конфликт

Апластическая анемия

Клиника:

1. Анемический синдром
 - бледность, желтушность кожных покровов, Hb – 30-50 г/л,
 - анемия нормохромная, макроцитарная,
 - лейкопения до $0,2-0,5/10^9/л$,
 - тромбоцитопения до 0

Апластическая анемия

Клиника:

2. Геморрагический синдром петехиальная сыпь, кровоточивость десен, носовые, маточные кровотечения, удлинение времени кровотечения

Апластическая анемия

Клиника:

3. Септико-некротический синдром – инфекционные процессы в мочевых путях, органах дыхания и др.

Костный мозг: замещение жировой тканью, островки кроветворения.

Апластическая анемия

- Является противопоказанием к вынашиванию беременности.
- Летальность до 45%, особенно неблагоприятный прогноз при возникновении заболевания во время беременности (чаще во II половине).

Апластическая анемия

Тактика:

- Немедленное родоразрешение!

Подготовка:

- Заместительная терапия компонентами крови (эритроцитарная, тромбоцитарная, лейкоцитарная массы)
- Антибиотикотерапия (при инфекционных осложнениях)
- Глюкокортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон)

Апластическая анемия

Тактика:

- Кесарево сечение + спленэктомия
- Антилимфоцитарный глобулин
- Трансплантация костного мозга

Гемолитические анемии



Наследственные	Приобретенные
Болезнь Минковского-Шафара	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="954 586 1866 748">1. Симптоматические (вторичные)<li data-bbox="954 776 1866 938">2. Идиопатические (первичные)

Болезнь Минковского-Шафара

Наследуется по аутосомно-доминантному типу
(частота 1 на 5000 человек).

Обусловлена дефектом мембраны эритроцитов



«Шаровидные» Эр

(повышенная проницаемость для H_2O и Na)



Разрушаются в узких синусах селезенки



Гемолиз

(Анемия, желтуха, спленомегалия)

Болезнь Минковского-Шафара

- Характерно циклическое течение заболевания (беременность отягощает заболевание)
- Течение беременности более благоприятно после спленэктомии, (возможна спленэктомия во время беременности, либо во время операции кесарева сечения)

Иммунные гемолитические анемии

- Симптоматические (вторичные): СКВ, ревматоидный артрит, хр.гепатит, неспецифический язвенный колит и др.)
- Идиопатические (первичные) – причина неясна

Иммунные гемолитические анемии

Лечение:

- Лечение основного заболевания (СКВ и т.д.)
- Глюкокортикостероиды (преднизолон) в течение всей беременности, в родах и послеродовом периоде с постепенным уменьшением дозы
- В тяжелых ситуациях (одышка, шок, Hb ниже 30-40 г/л) – переливание эритроцитарной массы только после индивидуального подбора

Мегалобластные анемии

Дефицит:

- витамина В12,
 - Хр.энтерит,
резекция желудка, тонкой кишки
 - Глистная инвазия
(широкий лентец)
 - фолиевой кислоты
 - Диета
 - Алкоголизм
 - Лекарственные препараты (противосудорожные)
 - Многоплодие, частые беременности
- мегалобласты
в костном мозге
- 
- A diagram consisting of two white arrows. One arrow starts from the 'витамина В12' bullet point and curves downwards and to the right, pointing towards the text 'мегалобласты в костном мозге'. The second arrow starts from the 'фолиевой кислоты' bullet point and points diagonally upwards and to the right, also pointing towards the same text.

Мегалобластные анемии

Клиника:

- Развивается как правило в III триместре, в послеродовом периоде
- Препараты железа не восстанавливают уровень гемоглобина
- Малиновый (лаковый) язык
- Поражение нервной системы (полиневриты, парестезии)
- Диарея, рвота
- Кровь: ↓ Эр, ЦП более 1,0, макроцитоз

Мегалобластные анемии

Лечение:

- Диета (свежая зелень, овощи, фрукты в сыром виде)
- Фолиевая кислота 5 – 15 мг/сут, аскорбиновая кислота 100 мг/сут в течение месяца
- В₁₂ дефицитная – цианкоболамин 200-500 мг/сут внутримышечно 4-5 недель

Лейкоз.

- Острый и хронический лейкоз абсолютное противопоказание к вынашиванию беременности!
- Беременность необходимо прервать в максимально короткие сроки!

Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина)

- Злокачественное новообразование лимфатических узлов и лимфоидной ткани внутренних органов
- Беременность и роды возможны в случае стойкой ремиссии после проведенной химиотерапии, лучевой терапии в течение 5 лет и более

Геморрагические диатезы

- Это заболевания обусловленные патологий со стороны системы гемостаза, проявляющиеся повышенной кровоточивостью.

Болезнь Верльгофа

Описана Верльгофом в XVIII веке как наследственный геморрагический диатез)

- Тромбоцитопения менее $150 \times 10^9/\text{л}$
- Периодические носовые, десневые, маточные (менструации) кровотечения)
- Синячки, петехиальная сыпь

Болезнь Верльгофа

Осложнения:

- Угроза прерывания беременности
- Гестоз
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Слабость родовой деятельности, асфиксия новорожденного

Болезнь Верльгофа

- Лечение: глюкокортикостероиды в течение всей беременности, в родах и послеродовом периоде с постепенной отменой
- Выбор метода родоразрешения: *per vias naturalis*
- 3 период родов вести как «УК»
- При неэффективности консервативной терапии - спленэктомия

Болезнь Виллебрандта

- Наследуется по аутосомно-доминантному принципу
- Частота: 1 на 10-20 тыс. родов
- Течение болезни во время беременности улучшается - с конца II триместра, активность ф.VIII возрастает, что обусловлено поступлением фактора от плода.

Болезнь Виллебранда

Диагностика:

- Анамнез: петехиальная сыпь, синячkovость, маточные кровотечения
- Отсутствие или снижение активности ф. Виллибранда
- Снижение активности ф. VIII
- Удлинение АЧТВ, АВР
- Удлинение времени кровотечения
- Отсутствие ристоцитин-зависимой агрегации ТЦ

Болезнь Виллебрандта

Осложнения:

- Угроза выкидыш (I триместр)
- Гестоз
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Кровотечение в позднем послеродовом (6-10 дни) и послеоперационном периоде (6-13 дни)

Болезнь Виллебрандта

Лечение: Заместительная терапия:

- Подготовка к родам:
 1. Криопреципитат по 600-1000 ЕД ежедневно, в течение 3-5 дней до родов
 2. Дексаметазон, преднизолон 7-10 дней
- В родах, во время операции кесарево сечение:
 1. Криопреципитат
 2. свежезамороженная плазма
- Местно: ϵ -аминокапроновая кислота для стабилизации тромбов

Болезнь Виллебрандта

Противопоказаны:

АСПИРИН, ТЭОНИКОЛ, ТЭОФИЛЛИН, КУРАНТИЛ,
НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ПРЕПАРАТЫ, АНАЛЬГЕТИКИ, РЕОПОЛИГЛЮКИН,
НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ДЕКСТРАНЫ

Тромбастения Гланцмана

- Наследственное рецессивно-аутоимунное заболевание
- Тромбоциты морфологически не изменены, количество – норма, но не выполняют свою функцию (отсутствует агрегация с коллагеном, тромбином, АДФ, адреналином),
- отсутствует ретракция сгустка,
- Удлинено время кровотечения

Тромбастения Гланцмана

Клиника:

- Петехиальная сыпь
- Упорные маточные кровотечения
- Анемия
- Кровоизлияния в мозг, сетчатку глаза

Болезнь Бернара-Сулье

- «Болезнь гигантских тромбоцитов»
- Тромбоциты неправильной формы
- Удлинение времени кровотечения

Приобретенные тромбоцитопатии:

- Снижение эстрогенов
- Прием лекарственных препаратов:
НПВС, курантил, трентал, папаверин,
эуфиллин, аминазин, аминотриптиллин

Тромбоцитопатии:

- Лечение: заместительная терапия (тромбомасса)
- Противопоказаны: курантил, но-шпа, папаверин, компламин, антикоагулянты.
- Все новорожденные должны быть обследованы на наследственную патологию, «Д» учет у гематолога в течение 1 года.

Спасибо за внимание!

