

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен(а) к защите

Зам. Директора по УР

 Иванова М. Н.

ВАСИЛЬЕВА АЙЫЫНА МИХАЙЛОВНА

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ**

Выпускная квалификационная работа
по специальности – Акушерское дело 31.02.02.

Студент отделения «Акушерское дело»

Группы АД-32

Руководитель – преподаватель МК

Васильева А.М.

Софронова Т.Н.

Якутск 2018

СОДЕРЖАНИЕ:

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ.....	5
1.1. Этиология, патогенез, клиническая картина анемии беременных.....	8
1.2. Профессиональная роль акушерки при ведении беременности и родов при анемии	13
ГЛАВА II. ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ.....	18
2.1. Исследование статистических показателей РБ №1 НЦМ ПНЦ № 1.....	18
2.2. Выявление информированности пациентов о методах профилактики и лечения анемии.....	23
ВЫВОДЫ.....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	27
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	30
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	32

ВВЕДЕНИЕ

Анемия характеризуется снижением уровня гемоглобина в крови, уменьшением количества эритроцитов, появлением их патологических форм, а также изменением витаминного баланса, снижением в организме количества микроэлементов и ферментов. Анемия является одним из наиболее частых осложнений беременности.

Актуальность проблемы в том, что анемии широко распространены во всем мире. Особенно часто болят молодые девушки и беременные женщины. На долю анемий у беременных приходится 90% болезней крови. По данным ВОЗ частота железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных в разных странах колеблется от - 21 до 89 %. Другие формы встречаются гораздо реже. Существует зависимость между частотой выявления железодефицитной анемии у беременных женщин и уровнем социально-экономического развития региона. В целом число беременных, больных данной патологией достигает в регионе 43,9 млн. человек или 51 % от всего числа беременных железодефицитная анемия остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку частота заболевания не снижается. Также анемия – это не самостоятельное заболевание, а синдром, который может встречаться при целом ряде болезней.

Цель:

Цель дипломной работы: исследование роли акушерки при ведении беременности и родов при анемиях.

Задачи исследования:

В соответствии с указанной целью поставлены следующие задачи:

1. изучить теоретические аспекты патогенеза, профилактики и лечения анемии у беременных;

2. выявить роль акушерки в подготовке и ведении родов у беременных с анемией;
3. провести статистический анализ анемии у беременных и рожениц на примере РБ№1 НЦМ ПНЦ№1 «акушерское отделение».

Для достижения поставленной цели и решения поставленных задач в данной работе была использована научная и учебная литература, проведен сравнительный анализ статистических данных, анкетирование беременных с целью выявления информированности о методах профилактики и лечения анемии.

Классификация анемии:

Следует отличать анемии, развивающиеся во время беременности (вследствие дефицита железа, белка, фолиевой кислоты) от тех, что существовали до наступления её. Последние могут быть как приобретёнными, так и врождёнными (например, серповидно-клеточная).

Степень тяжести анемии определяют по данным лабораторного исследования:

- умеренная: Hb 109–70 г/л, количество эритроцитов $3,9-2,5 \times 10^{12}/л$, Ht 37–24%;
- тяжёлая: Hb 69–40 г/л; количество эритроцитов $2,5-1,5 \times 10^{12}/л$, Ht 23–13%;
- очень тяжёлая: Hb ≤ 40 г/л; количество эритроцитов менее $1,5 \times 10^{12}/л$, Ht $\leq 13\%$.

Анемии беременных являются следствием многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокий уровень эстрогенов, ранние гестозы, препятствующие всасыванию в желудочно-кишечном тракте элементов железа, магния, фосфора, необходимых для кроветворения. Одной из основных причин развития анемии у беременных считают прогрессирующий дефицит железа, который связывают с утилизацией железа на нужды фетоплацентарного комплекса, для увеличения массы циркулирующих эритроцитов. Однако достаточный запас железа у большинства женщин детородного возраста отсутствует; уменьшается с каждым последующими родами, особенно осложненными кровотечениями и развитием постгеморрагических (железодефицитных) анемий. Отсутствие запасов железа в организме женщин может быть связано с недостаточным содержанием его в обычной диете, со способом обработки пищи и потерей необходимых для усвоения витаминов (фолиевой кислоты, витаминов B12, B6, C); с отсутствием в рационе достаточного количества сырых овощей и фруктов, белков животного происхождения (молока, мяса, рыбы).

Все перечисленные выше факторы могут сочетаться между собой и приводить к развитию истинных железодефицитных анемий беременных, на фоне которых у 40 % женщин развиваются ОПГ - гестозы. Анемию беременных связывают с нарушением механизма перекисного окисления липидов. К развитию анемий предрасполагают острые инфекционные заболевания, грипп, желудочно-кишечные заболевания, тонзиллит, гайморит, гипотензия, у некоторых - позднее начало менструаций, самопроизвольные аборт, преждевременные роды. Анемии чаще возникают у повторнобеременных во II половине беременности.

Чем опасна анемия во время 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).

Оценка тяжести заболевания основывается на показателях содержания гемоглобина, уровня гематокрита, концентрации железа в плазме крови (в норме 13 - 32 мкмоль/л), железосвязывающей способности трансферрина и показателя насыщения трансферрина железом. По мере развития заболевания концентрация железа в плазме крови снижается, железосвязывающая способность увеличивается, в результате процент насыщения трансферрина

железом снижается до 15 % и меньше (в норме 35 - 50 %). Показатель гематокрита снижается до 0,3 и меньше. О запасах судят по уровню в сыворотке крови ферритина - белка, содержащего атомы железа. Ферритин сыворотки определяют с помощью радиоиммунного метода. Одновременно проводят исследование других биохимических показателей крови, исследование функции печени, почек, желудочно-кишечного тракта. Исключают наличие специфических инфекционных заболеваний, опухолей различных локализаций. Желательно произвести исследование мазка крови, полученного путем стерильной пункции. Характерной особенностью крови при железодефицитной анемии является гипохромия и микроцитоз эритроцитов.

Профилактику начиная со второй половины беременности, назначают молочные питательные смеси типа "Энпит", "Бодрость" и другие, содержащие необходимые для эритропоэза микроэлементы. При снижении уровня гемоглобина менее 110 г/л назначают препараты железа: ферроплекс, железа сульфат, феррамид, мальтофер, гемостимулин и другие. Введение препаратов железа сочетают с назначением комплекса витаминных таблеток "Гендевит", "Ундевит", "Аевит" или витаминов В1, в12 в инъекциях. Значительный избыток свободных радикалов обусловил широкое использование в лечении анемии беременных антиоксидантов: витамина Е, унитиола.

Лечение дополняют назначением витаминов группы А, фолиевой кислоты. Этиологическое лечение анемии является основой в терапии фетоплацентарной недостаточности. Периодически (не менее 3 раз) проводят комплексное обследование внутриутробного плода, контролируют прирост его массы, состояние гемодинамики. Лечение анемии должно быть комплексным и длительным, так как с прогрессированием беременности продолжают нарастать симптомы анемии. Лечение можно проводить в амбулаторных условиях, но при тяжелых формах заболевания необходимо направить беременную в стационар, особенно накануне родов.

Лечение I ст. - проводится в амбулаторных условиях, а II и III ст. - в стационаре.

- Принципы терапии
 - ✓ Белковая диета
 - ✓ Коррекция дефицита железа, белка, микроэлементов, витаминов
 - Ликвидация гипоксии организма
 - ✓ Лечение плацентарной недостаточности
 - ✓ Нормализация гемодинамики, системных, обменных и органических нарушений

- Профилактика осложнений беременности и родов
 - ✓ Ранняя реабилитация в послеродовом периоде
 - ✓ Планирование семьи

1.1. Этиология, патогенез, клиническая картина анемии беременных проводят.

Этиология (причины) анемии при беременности:

У большинства женщин во время беременности развивается анемия, связанная с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и объема эритроцитов.

При беременности повышается потребность организма в пластических веществах и железе, и недостаточное их поступление приводит к тому, что темпы эритропоэза отстают от нарастания ОЦК.

Анемии беременных являются следствием многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокий уровень эстрогенов, ранние

токсикозы, препятствующие всасыванию в ЖКТ микроэлементов, необходимых для кроветворения.

Патогенез:

Суммарная потребность в железе в течение беременности — 1300 мг (300 мг — плоду). При недостаточном поступлении железа в организм или неполном его усвоении из-за дефицита белка у беременной развивается железодефицитная анемия, Hb ниже 110 г/л.

Выделяют следующие основные механизмы, которые способствуют развитию анемии у беременных:

- накопление в течение гестации продуктов обмена, оказывающих токсическое влияние на костный мозг;
- изменение гормонального баланса во время беременности (в частности, увеличение количества эстрадиола, вызывающего угнетение эритропоэза);
- предсуществующий дефицит железа (даже в странах с высоким уровнем жизни только 20% менструирующих женщин имеют запасы железа, достаточные для того, чтобы избежать развития дефицита железа во время беременности);
- частые беременности и роды, многоплодная беременность способствуют истощению депо железа в организме;
- дефицит в организме у беременной витамина В12, фолиевой кислоты и белка.
- кислородное голодание, при котором происходит нарушение окислительно-восстановительных процессов в организме женщины;

- иммунологические изменения в организме беременной, связанные с постоянной антигенной стимуляцией материнского организма со стороны тканей развивающегося плода (угнетение Т-клеточного звена иммунитета, повышение противотканевой сенсibilизации, накопление мелкодисперсных иммунных агрегантов и низкий уровень комплемента, снижение общего количества лимфоцитов).

Клиническая картина (симптомы) анемии у беременных:

Характерные признаки анемии во время беременности:

- вялость, общая слабость;
- бледность кожных покровов и слизистых;
- «синева» склер вследствие их дистрофических изменений, лёгкая желтизна области носогубного треугольника, ладоней как результат нарушения обмена каротина;
- мышечная слабость, не соответствующая степени анемии;
- извращение вкуса (патофагия), необычное пристрастие к некоторым запахам (патоосмия);
- ломкость волос и ногтей;
- хейлит (заеды);
- неотчётливая симптоматика гастрита;
- непроизвольное мочеиспускание (следствие слабости сфинктеров);
- симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: сердцебиение, одышка, боли в груди и иногда отёки на ногах.

Профилактика и лечение анемии при беременности.

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).
- Беременным с уровнем Hb ≤ 115 г/л приём препаратов железа необходим с самых ранних сроков беременности, практически — с момента взятия на учёт.
- 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.

Лечение анемии во время беременности:

ЦЕЛИ лечения:

- Коррекция дефицита железа, белка, микроэлементов, витаминов (B12).

- Ликвидация гипоксических состояний, профилактика и лечение ранней плацентарной недостаточности.
- Нормализация гемодинамики, системных, обменных и органных нарушений.
- Профилактика осложнений беременности и родов, коррекция биоценоза. Ранняя реабилитация в послеродовом периоде.

Немедикаментозное лечение:

Немедикаментозное лечение включает в себя диету, богатую железом и белком. Но достичь нормализации уровня Hb с помощью лишь диеты невозможно, так как из пищи всасывается небольшой процент железа (из мяса — 20%, из растительных продуктов — 0,2%). Рекомендуют использовать лечебное питание для восполнения дефицита белка: специальные продукты лечебного питания — «Фемилак», гематоген и т.д.

Медикаментозное лечение:

Этапы лечения:

- Купирование анемии (восстановление нормального уровня Hb).
- Терапия насыщения (восстановление запасов железа в организме).
- Поддерживающая терапия (сохранение нормального уровня всех фондов железа).

Суточная доза для профилактики анемии и лечения лёгкой формы заболевания составляет 60–100 мг железа, а для лечения выраженной анемии — 100–120 мг железа (для железа сульфата). Дозы рекомендованы с учётом переносимости сульфата железа; повышение дозы приводит к увеличению частоты и выраженности побочных эффектов. Включение аскорбиновой кислоты в солевые препараты железа улучшает его всасывание. Для железа (III) гидроксид полимальтозата дозы могут быть выше, т.к. препарат неионный, переносится существенно лучше солей железа, при этом всасывается только то количество железа, которое необходимо организму и только активным путем.

Экспертами ВОЗ рекомендован также ежедневный прием фолиевой кислоты. Препараты железа принимают в сочетании с аскорбиновой и фолиевой кислотой в дозе 400 мкг.

1.2. Профессиональная роль акушерки при анемии беременных.

В настоящее время главной целью профессиональной деятельности акушерок является обеспечение безопасности материнства, борьба с материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью. Для этого необходимы хорошие знания, профессионализм и большая ответственность. Акушерка должна хорошо различать норму и патологию и консультироваться с врачом по поводу сомнений. При оказании помощи женщинам с патологией акушерка всегда должна работать под руководством врача.

Профессиональная роль акушерки при анемии беременных **в женской консультации:** 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. Всем роженицам необходимо проводить профилактику кровотечения: с момента прорезывания теменных бугров и до рождения туловища внутривенно струйно вводится 1 мл метилэргометрина или синтометрина (0,5 мл окситоцина и 0,5 мл метилэргометрина) в 10-20 мл 40

% раствора глюкозы. В третьем периоде и в течение 30-40 мин раннего послеродового периода проводится капельное внутривенное введение 5% раствора глюкозы с 5 ЕД окситоцина п 10 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты со скоростью 40 капель в минуту.

Должностные обязанности акушерки:

1. Осуществлять уход и наблюдение за беременными и роженицами и родильницами на основании современных перинатальных технологий с соблюдением принципов медицинской этики и деонтологии.
2. Строго выполнять санитарно-противоэпидемический режим.
3. Своевременно и точно выполнять все назначения врача. В случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывать об этом врачу.
4. Наблюдать за состоянием рожениц на протяжении всего родового акта, а также в раннем послеродовом периоде. О любом изменении состояния пациенток немедленно ставить в известность врача.
5. Осуществлять наблюдение за состоянием женщин.
6. Осуществлять контроль за работой младшего медицинского персонала, за проведением текущей и заключительной дезинфекции помещений.
7. Осуществлять обработку всех предметов медицинского назначения и технического оборудования.
8. Четко вести медицинскую документацию.
9. Рационально и бережно использовать медицинское оборудование, медикаменты, инструментарий.

В том числе роль акушерки заключается в профилактике анемии, своевременная профилактическая деятельность акушерки способствует успешному предотвращению железодефицитной анемии у беременных.

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.

Основными осложнениями беременности при железодефицитной анемии являются:

- угроза прерывания беременности (20-42%);
- гестоз (40%);
- артериальная гипотония (40%);
- Роды осложняются кровотечениями, преждевременная отслойка плаценты (25-35%);
- задержка развития плода (25%);
- преждевременные роды (11-42%).
- В послеродовом периоде могут возникать различные воспалительные осложнения (12%).

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.

Акушерки должны квалифицированно использовать все доступные и необходимые методы и средства по профилактике ЖДА.

Под словом «методы» в данном случае понимают три основных способа ведения пропаганды:

1. Устный;
2. Печатный;
3. Изобразительный (наглядный).

При легкой степени тяжести анемии (уровень гемоглобина 110-90 г/л) лечение проводится амбулаторно в условиях женской консультации.

Стационарное лечение показано при более выраженных степенях тяжести анемии (II-III степень); отсутствии эффекта от проводимой амбулаторно терапии; наличии сопутствующих экстрагенитальных заболеваний; наличии других акушерских осложнений. При выписке из стационара беременные остаются под наблюдением в группе повышенного риска.

Обнаружение тяжелой формы железодефицитной анемии в первом триместре является показанием к искусственному прерыванию беременности, однако после 12 недель вопрос о прерывании беременности должен решаться в каждом случае индивидуально с учетом возраста беременной, данных анамнеза и сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии.

С целью профилактики и лечения внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода рекомендуется внутривенное введение 20 мл 40 % глюкозы, 50-100 мг кокарбоксилазы, 2 мл 1 % раствора сикетина. Для улучшения микроциркуляции и маточно-плацентарного кровообращения назначается инфузия трентала по 5 мл (100 мг) на 400 мл реополиглюкина 3-4 раза с интервалом 2-3 дня с переходом на прием внутрь по 100 мг 3 раза в день в течение двух недель.

Учитывая высокую склонность к развитию гемокоагуляционных нарушений при возникновении гипотонического кровотечения наряду со всеми мероприятиями по борьбе с ним необходимо сразу начать инфузию свежезамороженной плазмы и переливание эритроцитной массы в темпе, восполняющем кровопотерю. При кровопотере, достигающей 1000 мл, и продолжающемся кровотечении показано оперативное лечение - перевязка внутренних подвздошных артерий или основных сосудов, снабжающих матку кровью, в случае недостаточного эффекта следует своевременно решить вопрос об экстирпации или ампутации матки.

В послеродовом периоде необходимо продолжить противоанемическую терапию и мероприятия по предупреждению септических осложнений.

Роль ЖК в профилактике ЖДА.

ЖК – лечебно – профилактические учреждения диспансерного типа, обеспечивающие все виды профилактической и лечебной помощи беременным и гинекологическим больным, а также осуществляющие необходимые меры по охране и укреплению здоровья женщин. Они могут существовать как самостоятельные учреждения, так и в составе родильных домов, поликлиник, медико – санитарных частей, промышленных предприятий или других лечебных учреждений.

ЖДА является достаточно распространенным заболеванием у беременных и родильниц, особенно группы высокого инфекционного риска. ЖДА беременных является важной проблемой, имеющей отношение, как к здоровью, так и ее плоду.

Решением проблемы ЖДА в ЖК является хорошо организованная система профилактики, диагностика и лечение этой широко распространенной при беременности патологии.

Высокая частота осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также состояние плода и новорожденного делают чрезвычайно актуальными вопросы ранней диагностики прогнозирование ЖДА, ее своевременной и рациональной профилактики и лечения. Лишь быстрое и адекватное назначение ферропрепаратов, отвечающих во всем мире современным требованиям, предъявляемым для лечения анемии, позволяет добиться не только нормализации показателей железа, улучшения качество жизни беременных и родильниц, но и снижение частоты развития акушерских и перинатальных осложнений.

ГЛАВА II. ИССЛЕДОВАНИЕ И АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ.

2.1. Исследование статистических показателей РБ№1 НЦМ ПНЦ№1.

Таблица №1. По статистике республиканской больницы №1 – национальный центр медицины, ПНЦ№1 2015 - 17г.

Годы.	2015г.	2016г.	2017г.
Всего поступившие беременные.	3273	3385	3162
Без анемией.	2286	2372	2166
С анемией.	987	1013	996

Из этого выяснилось, всего беременных поступило в РБ№1 в 2015г. 3273 беременных женщин, из них сопутствуют с анемией 987 беременных, в 2016г. поступило 3385 беременных, из них сопутствуют с анемией 1013 беременных, а в 2017г. всего поступило 3162 беременных, из них 996 беременных с анемией.

Диаграмма 1. Всего поступивших беременных в РБ№1 НЦМ ПНЦ№1:



Диаграмма 2. Беременные, сопутствующие с анемией и без сопутствующие в 2015г.

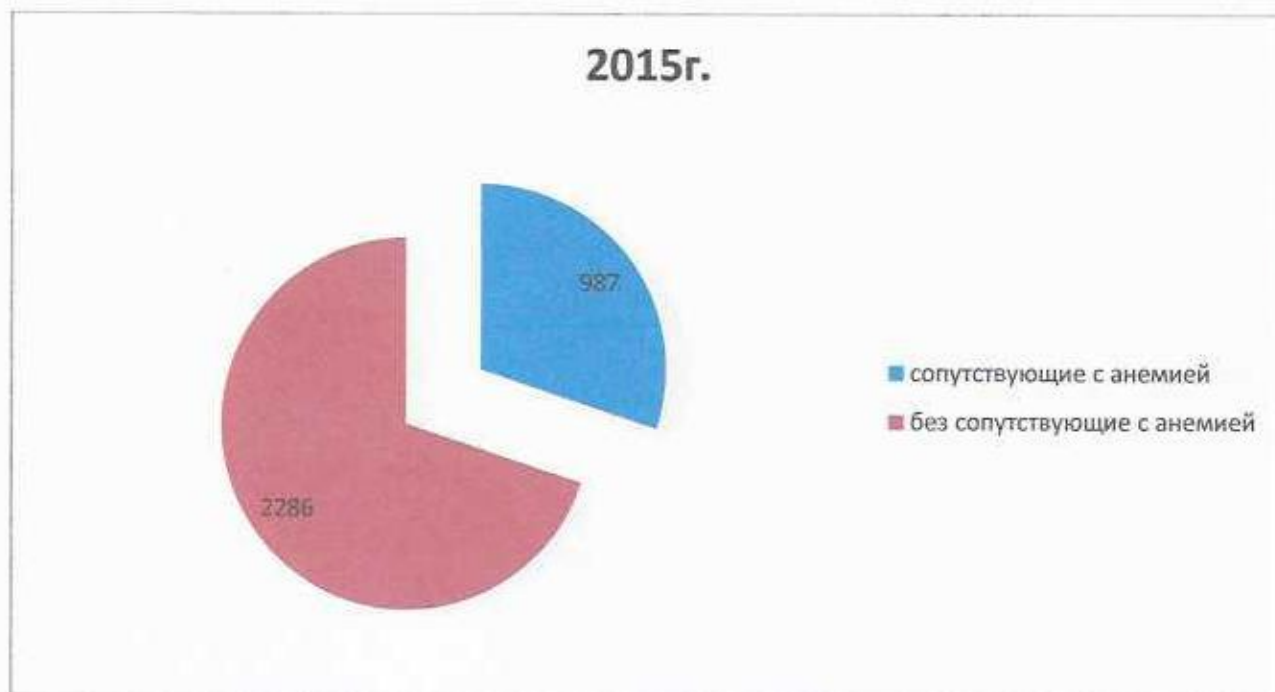


Диаграмма 3. Беременные, сопутствующие с анемией и без сопутствующие в 2016г.

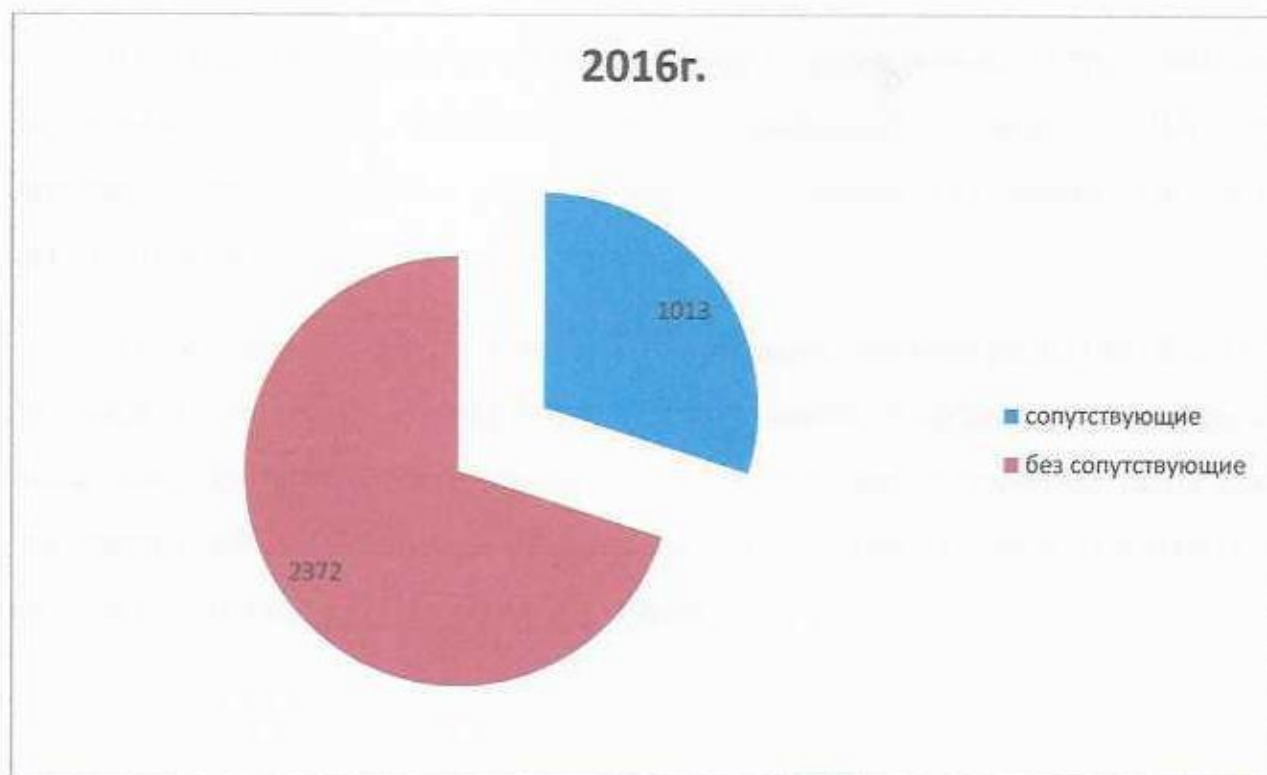
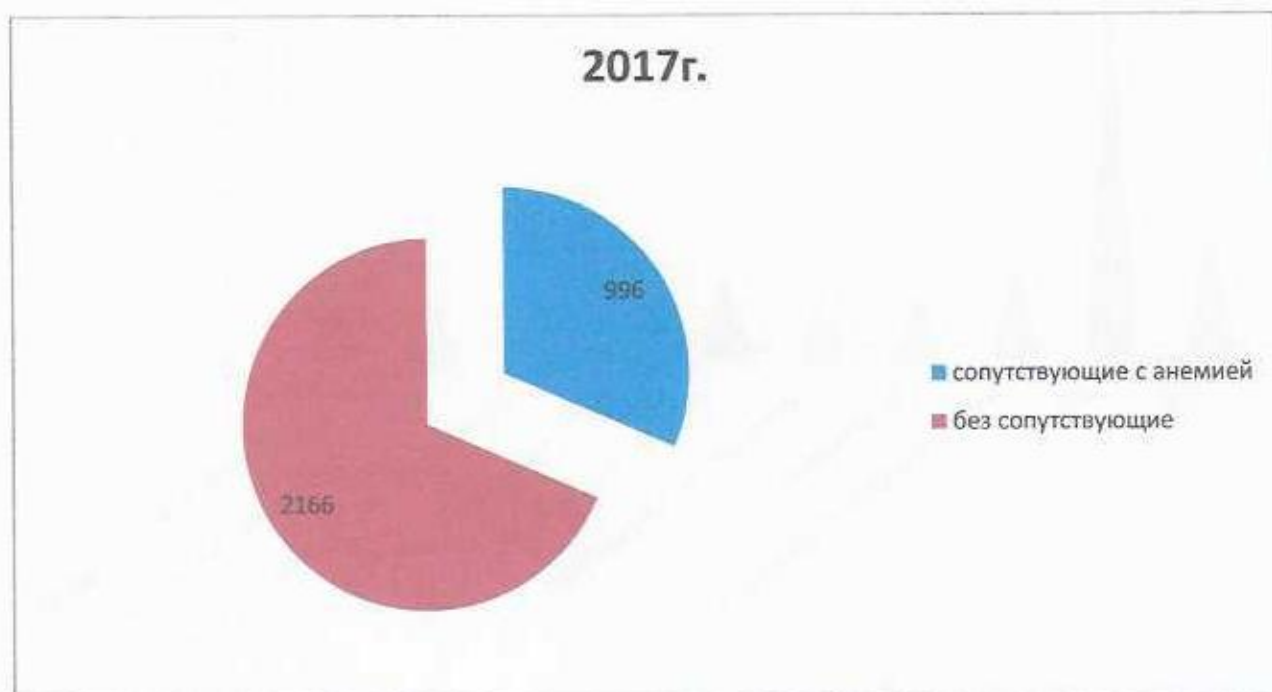


Диаграмма 4. Беременные, сопутствующие с анемией и без сопутствующие в 2017г.

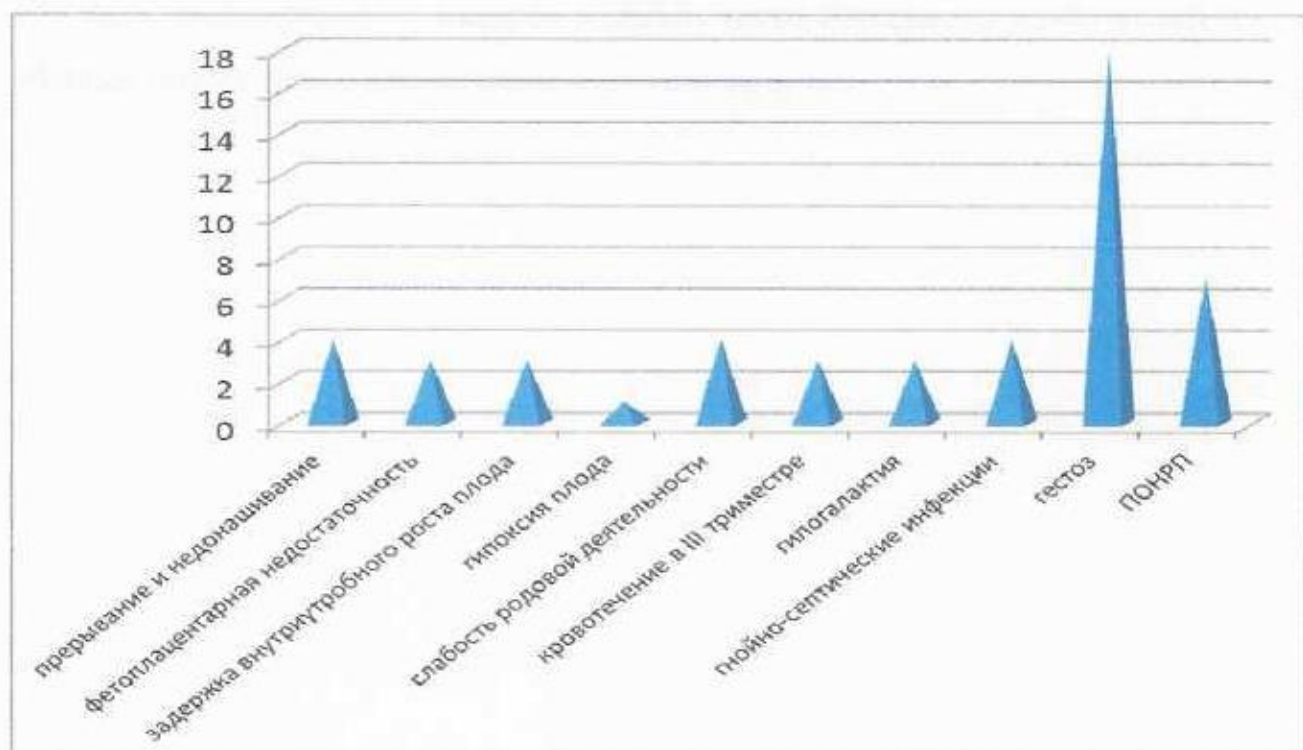


По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота анемии в мире у беременных составляет 41,8%, при этом в развивающихся странах она варьирует от 35 до 60%, в развитых – не более 20%.

В странах Европы и на территории России около 12% женщин фертильного возраста страдают железодефицитной анемией (ЖДА), а скрытый дефицит железа (ДЖ) наблюдается почти у половины данной категории женщин.

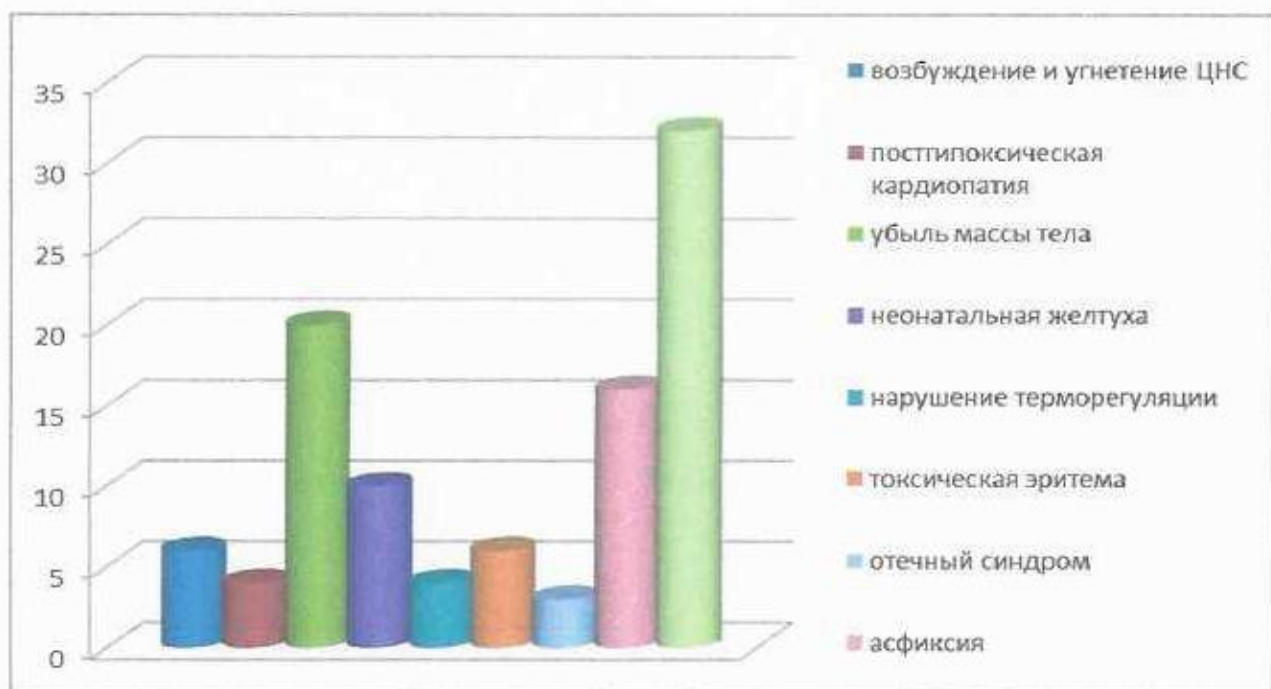
В последние годы в Российской Федерации частота развития ЖДА у беременных остается в пределах 35–42% и не имеет отчетливой тенденции к снижению, при этом ранние формы железодефицитных состояний, такие как предлатентный и латентный ДЖ, встречаются намного чаще, однако их частота не отражена в официальных источниках.

Диаграмма 5. «Влияние ЖДА на течение беременности».



Путем статистической обработки историй родов выяснили, что основными осложнениями ЖДА беременных являются гестоз и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Диаграмма 6. «Влияние ЖДА беременных для здоровья новорожденных»



По результатам статистического анализа можно сделать вывод о том, что дети, родившиеся от матерей с ЖДА, часто рождаются с гипоксией и с убылью массы тела с длительным восстановлением.

2.2. Выявление информированности пациентов о методах профилактики и лечения анемии поликлиники №1 «женская консультация».

Таблица №2. «Уровень осведомленности беременных о ЖДА и мерах профилактики».

Вопросы	Беременные
Что такое анемия?	68% сказали, что это болезнь крови
Для вас анемия – это: 1) Болезнь, 2) Показатель крови.	«болезнь» - 67% «показатель крови» - 33%
К чему может привести анемия при беременности?	«не знают» - 93% «знают» - 7%
Знаете ли вы о мерах профилактики анемии?	«не знают» - 21% «не достаточно знают» - 39% «знают» - 40%
После сдачи анализов выяснилось, что у вас анемия. Ваши дальнейшие действия?	«никаких» - 17% Выполняют рекомендации врача - 71% «Самолечение» - 12%

Диаграмма 7. «Для вас анемии – это?».

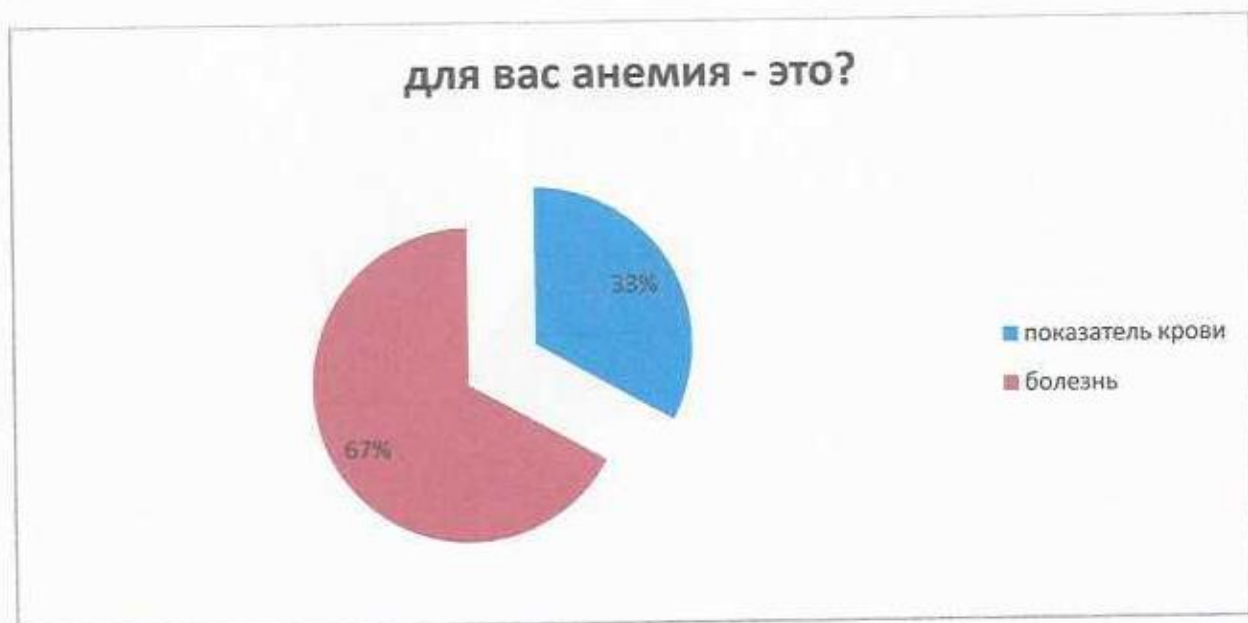


Диаграмма 8. «К чему может привести анемия?».

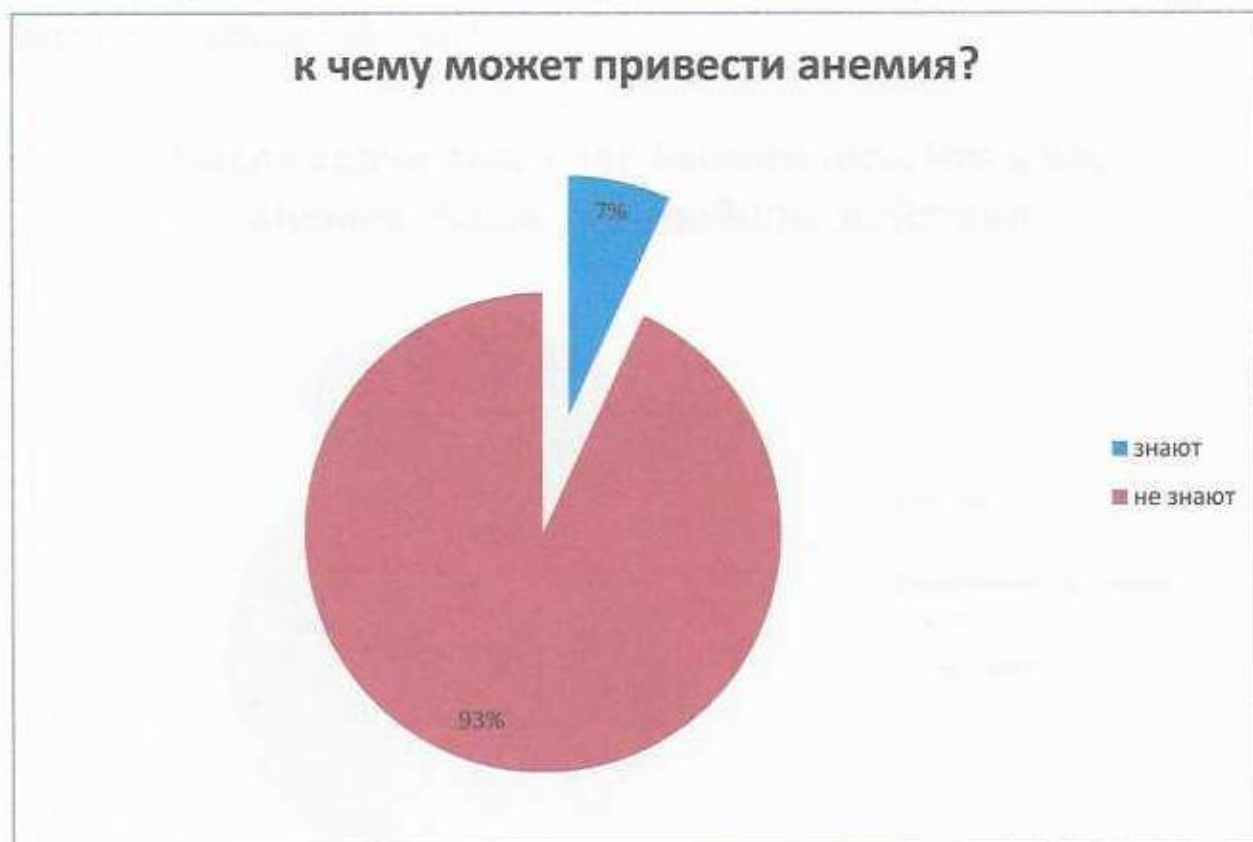


Диаграмма 9. «Знаете ли вы о мерах профилактики анемии?».

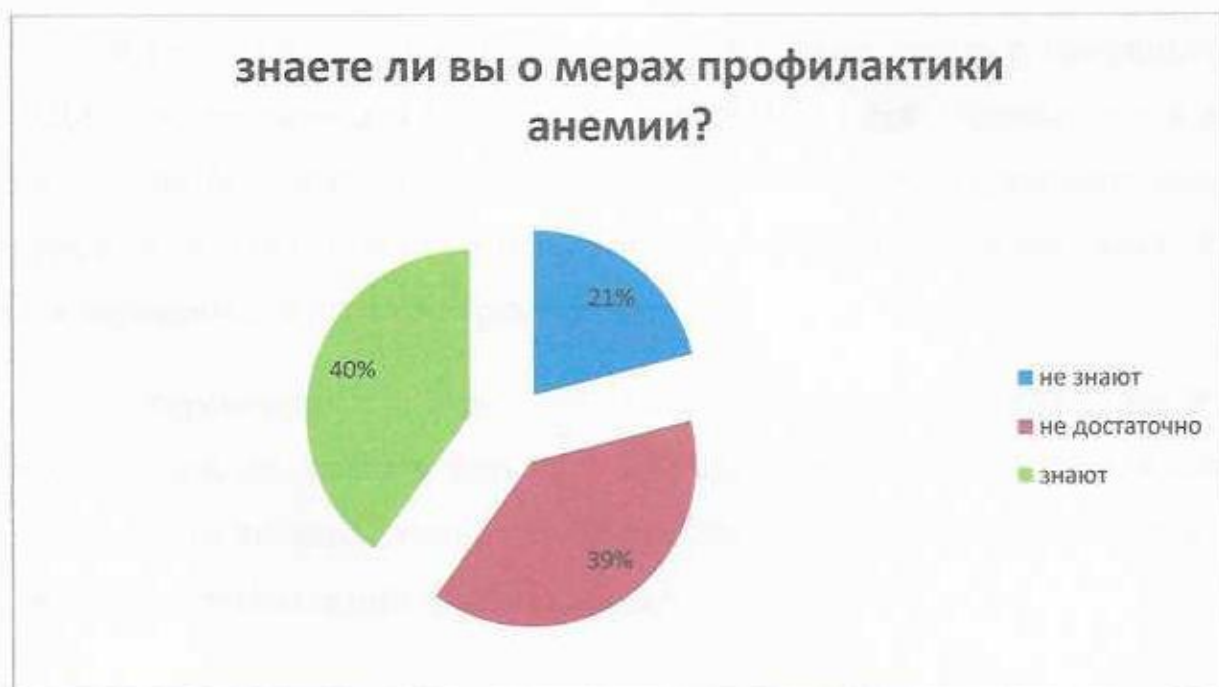
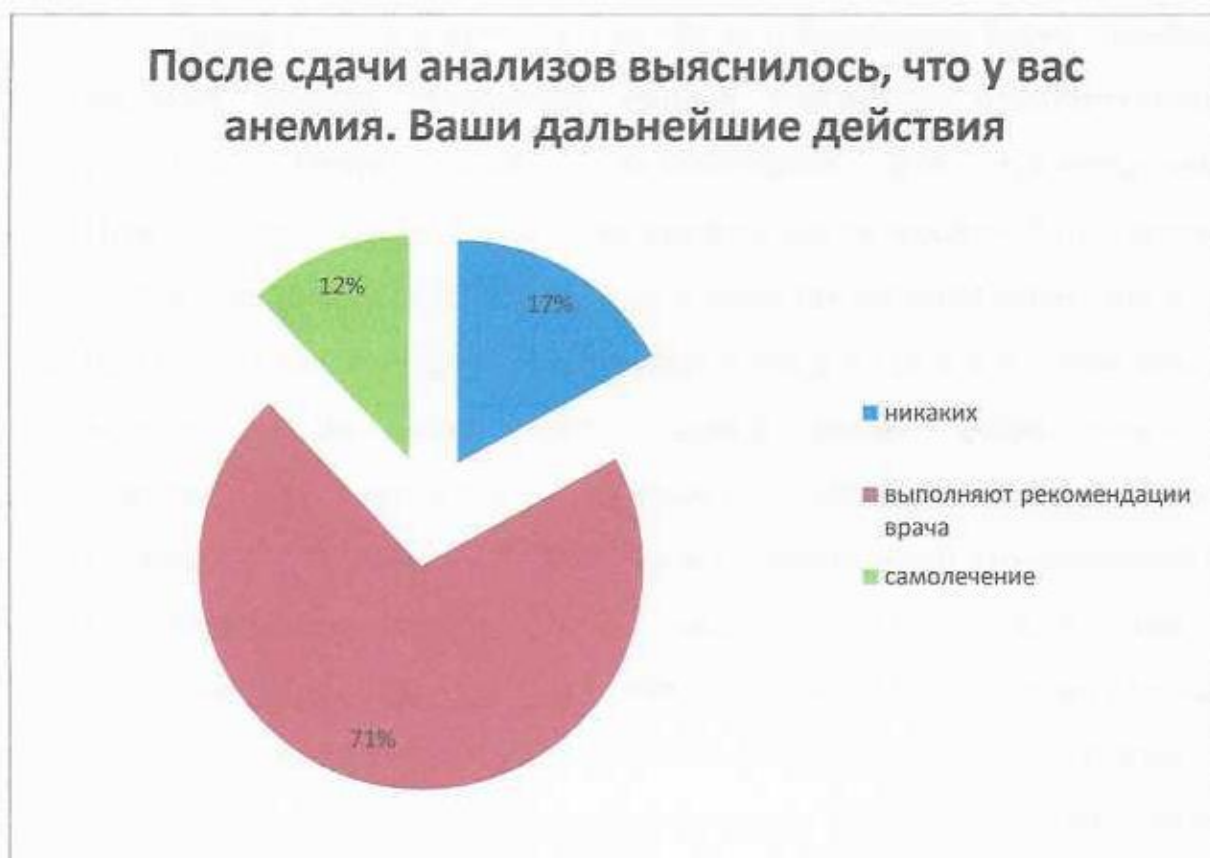


Диаграмма 10. «После сдачи анализов выяснилось, что у вас анемия. Ваши дальнейшие действия?».



В результате опроса «Проводилась ли с вами беседа о профилактике ЖДА, последствиях для беременной женщины и плода впервые дни взятия на учет по беременности», получены следующие ответы: рекомендации по профилактике ЖДА дали 34 беременным, разъяснили о последствиях ЖДА для беременной и плода 5 беременным.

С беременными в день взятия на учет, беседа по профилактике ЖДА проводилась, но не были разъяснены последствия ЖДА для беременной и плода. А это является очень важной мотивацией для женщины к активному участию в профилактике и лечении ЖДА.

ВЫВОДЫ:

1. Изучены теоретические аспекты: анемии беременных являются следствием многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокий уровень эстрогенов, ранние токсикозы, препятствующие усвоению микроэлементов, необходимых для кроветворения. Профилактика материнских и перинатальных осложнений при анемии — сбалансированное по количеству и качеству питание беременной.
2. Выявлено роль акушерки в подготовке и ведении родов у беременных с анемией: в настоящее время главной целью профессиональной деятельности акушерок является обеспечение безопасности материнства, борьба с материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью. Для этого необходимы хорошие знания, профессионализм и большая ответственность. Акушерка должна хорошо различать норму и патологию и консультироваться с врачом по поводу сомнений. При оказании помощи женщинам с патологией акушерка всегда должна работать под руководством врача.
3. При статистическом исследовании анемии у беременных и рожениц на примере РБ№1 НЦМ ПНЦ№1 «акушерское отделение» и ГБУ поликлиники №1 «женская консультация» выявлено, что в 2017 году из 3162 рожениц было 996 с анемией. Дети, родившиеся от матерей с ЖДА, часто рождаются с гипоксией и с убылью массы тела с длительным восстановлением. По данным анкетирования выявлено: с беременными в день взятия на учет, беседа по профилактике ЖДА проводилась, что является очень важной мотивацией для женщины к активному участию в профилактике и лечении ЖДА.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Таким образом, ЖДА является достаточно распространенным заболеванием у беременных и родильниц. Высокая частота осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также состояния плода и новорожденного делают чрезвычайно актуальными вопросы ранней диагностики и прогнозирования ЖДА, ее своевременной и рациональной профилактики и лечения.

Анемия остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве. Хотя многие научные аспекты этой проблемы решены, она продолжает привлекать большое внимание, поскольку частота заболевания не убывает. В конце беременности практически у всех женщин имеется скрытый дефицит железа, причем у 1/3 из них развивается железодефицитная анемия. Как и гиповитаминозы, это одно из самых распространенных алиментарно-зависимых состояний у беременных женщин. За последнее десятилетие в связи с падением уровня жизни населения России частота ЖДА значительно возросла, несмотря на низкую рождаемость.

Частота анемии, по данным Минздрава РФ, за последние 10 лет увеличилась в 6,3 раза. Причиной этого может быть экология, состояние которой ухудшается, окружающая среда, общество и нервное напряжение, связанное с общением, работой, с неумением распоряжаться своим временем и отсутствием элементарной дисциплины и режима дня. Причиной увеличения частоты заболевания является неправильное и нерегулярное питание, а также вредные привычки.

Частой причиной может быть дефицит информации у женщин и девушек, которые планируют беременность или беременны. Возможно нарушение всасывания железа в пищеварительном тракте, что встречается редко. Хроническая явная или скрытая потеря железа организмом вследствие желудочно-кишечных кровотечений при язвенной болезни желудка и

двенадцатиперстной кишки, геморрое, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, эрозиях слизистой оболочки желудка, дивертикуле тонкого и толстого кишечника, неспецифическом язвенном колите, глистной инвазии (анкилостомоз) и др. приводят к анемизации больных вне и особенно во время беременности. Эндометриоз, частота которого возрастает, миома матки и другие гинекологические заболевания, сопровождающиеся внешним или внутренним кровотечением, могут быть причиной анемии, предшествующей беременности. Анемизируют и заболевания, проявляющиеся хроническими носовыми кровотечениями: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопатии, и почечными кровотечениями: гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, геморрагические диатезы. Причиной анемии может быть патология печени у беременных с хроническим гепатитом, гепатозом, при тяжелых токсикозах беременных, когда возникает нарушение депонирования в печени ферритина и гемосидерина, а также недостаточность синтеза белков, транспортирующих железо.

Предрасполагают к развитию малокровия у беременной и такие факторы, как часто повторяющиеся кровотечения при предлежании плаценты; анемия, существовавшая у матери во время беременности; недоношенность пациентки (поскольку до 1,5 лет механизм всасывания железа “не включен” и кроветворение ребенка происходит за счет накопленных запасов железа); хронические внутренние заболевания, сопровождающиеся анемией (пиелонефрит, гепатит и проч.); сезонность и связанные с нею изменения состава пищи (дефицит витаминов в зимне-весенний период).

Причин много, но цель одна - со всеми этими заболеваниями нужно бороться, каждую патологию необходимо вылечить или компенсировать должным образом. А также информировать женщин о заболевании, предлагать им проходить тесты, проверять показатели крови, информировать

об осложнениях анемии во время беременности и вне её. Каждая женщина должна знать о законах правильного питания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Мурашко Л.Е., Сопоева Ж.А. Коррекция железодефицитных состояний у беременных с гестозом // Пробл. репрод. – 2015. – № 6. – С. 30–34.
2. Иванян А. Н., Никифорович И. И., Литвинов А. В. Современный взгляд на анемию у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. 1, 2016, с. 17–20.
3. Лычев В. Г. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие / В. К. Карманов. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ФОРУМ : ИНФРА-М, 2014. – 544 с.
4. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению: сб. материалов заочной студенческой науч.-практ. конф. Средних мед. и фарм. образоват. учреждений Приволж. фед. Округа/ под ред. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава Росси, 2015. – 131 с.
5. Фролькис Л. С. Терапия. Для специальности «Акушерское дело» : учебное пособие.- М.: КНОРУС, 2014. -208 с.
6. Кулавский В. А. Физиологические особенности организма беременной женщины: учебное пособие / Кулавский Е.В. – Уфа. :Медицина, 2016.-113 с.
7. Воробьев А. И. Руководство по гематологии: В 2 т./Под ред. А. И. Воробьева.- 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1985. – 368 с.
8. Справочник медсестры. Практическое руководство медицинской сестры. [Электронный ресурс] / 2014.
- 9.«Железодефицитная анемия беременных», Н.М. Подзолкова, А.А. Нестерова, С.В. Назарова, Т.В. Шевелева РМАПО. Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=11038>

10. «Дефицит железа у беременных – прагматичный подход к профилактике и терапии». Режим доступа: <http://t-pacient.ru/tag/беременность>
11. «Анемия беременных». Режим доступа: <http://kaznmu.kz/press/2012/01/23/анемия-беременных/>
12. Железодефицитная анемия беременных. Режим доступа: <http://healing-profi.ru/ZHelezodefitsitnaya-anemiya-beremennih.php>

ПРИЛОЖЕНИЯ:

- Приказ МЗ СР РФ №572н от 01.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных технологий)».
- СанПин 2.1.3.2630-10 МЗ РФ, от 18 мая 2010 «Санитарно – эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
- СанПин 2.1.7.2790-10 «Санитарно –эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
- Санитарные правила 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ –инфекции».
- Приказ №245 от 30.08.1991 г. «О нормативах потребления этилового спирта, для учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения».
- Приказ №330 от «О правилах выписки хранения наркотических и сильнодействующих препаратов».
- Приказ МЗ РФ №408 от 1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».
- Приказ 42-2-21-85 от 1985 г. «Стерилизация и дезинфекция изделий мед. назначения».
- Приказ №288 от 1976 г. «О санитарно –противоэпидемиологическом режиме ЛПУ».
- Приказ №342 от 1999 г. «О мероприятиях по профилактике эпидемиологического сыпного тифа и борьба с педикулезом».
- Приказ №170 от 1994 г. «О совершенствовании профилактики и лечении ВИЧ –инфекции в РФ».
- Приказ №510 от 1998 г. «Об организации регистрации ИСМП по форме 60у».
- Приказ №720 от 1978 г. «Об улучшении мед. помощи больным с гнойно – хирургическими заболеваниями и усилениями мер по профилактике ИСМП».
- Приказ №254 от 1991 г. «О развитии дезинфекционного дела в стране».

- Приказ №286 от 17.12.1993 г. «О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемых половым путем».
- Приказ №50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско – гинекологической помощи в амбулаторно –поликлинических учреждениях».

Анкета

«Уровень осведомленности беременных о ЖДА и мерах профилактики»

Вопросы:

1. Что такое анемия?
2. Для вас анемия – это:
 - 1) Болезнь 2) Показатель крови.
3. К чему может привести анемия при беременности?
 - 1) знаю 2) не знаю
4. Знаете ли вы о мерах профилактики анемии?
 - 1)не знаю 2) недостаточно 3) знаю
5. После сдачи анализов выяснилось, что у вас анемия. Ваши дальнейшие действия?
 - 1) никакие 2)выполню рекомендации врача 3) буду лечиться сама