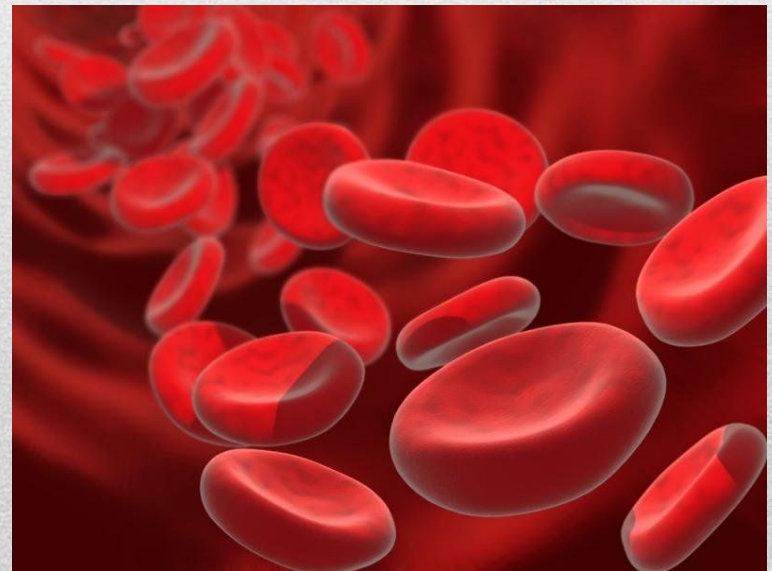
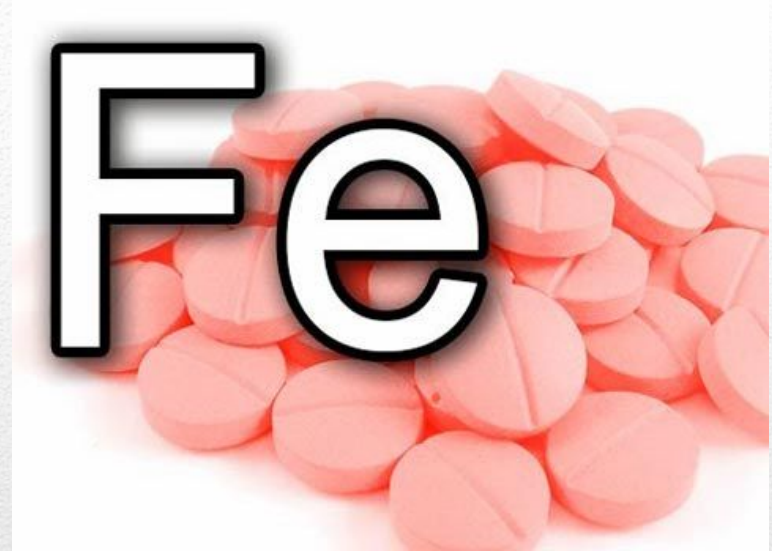


Железодефицитная анемия

Выполнил: Павлова Н.В
Группа: Ф401А
Проверил: Валеева Л.А.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ – нарушение, при котором снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо, что приводит к нарушению образования Hb, эритроцитов, возникновению анемии и трофических расстройств в тканях.



Железодефицитной анемией страдает около 50% детей раннего возраста, 15% женщин репродуктивного возраста и около 2% мужчин. Скрытый тканевой железодефицит выявляется практически у каждого третьего жителя планеты. На долю железодефицитной анемии в гематологии приходится 80–90% всех анемий. Поскольку железодефицитная анемия может развиваться при самых различных патологических состояниях, данная проблема актуальна для многих клинических дисциплин: педиатрии, гинекологии, гастроэнтерологии, травматологии и др.

Железо является необходимым компонентом гемоглобина. Его недостаток в организме приводит к снижению содержания гемоглобина в эритроцитах и к развитию анемии (общее число эритроцитов при этом часто не изменяется)

Общее содержание железа в организме составляет 4-5 г, 2/3 железа в организме находится в эритроцитах в составе гемоглобина, запасы железа имеются в печени, мышцах и костном мозге.

Средняя суточная потребность в железе составляет 15 мг у женщин и 10 мг у мужчин.

Этиология и патогенез

- Диеты с ограниченным содержанием железа
 - Процессы в ЖКТ, приводящие к нарушению всасывания железа
 - Увеличение потери железа
 - Кровопотери: геморрой, трещины прямой кишки, язвенный колит, энтериты, носовые кровотечения.
 - Беременность и лактация.
-

- При отрицательном балансе обмена железа.
 1. Сначала расходуется железо из депо, возникает латентный дефицит железа.
 2. Затем расходуется железо из тканей – тканевой дефицит железа – проявляется нарушением ферментной активности в тканях.
 3. Позже развивается железодефицитная анемия.
-

* По стадии:

- латентная (дефицит железа без анемии)
- явная железодефицитная анемия

* По степени тяжести:

- легкая (Hb 90-110г/л)
 - средняя (Hb 90-70 г/л)
 - тяжёлая (Hb меньше 70 г/л)
-

Клинические проявления

- Трофические изменения волос, ногтей.
 - Извращение вкуса
 - Привлекают запахи плесени, бензина, керосина, ацетона
 - Атрофия слизистой оболочки языка
 - Кариес зубов
 - Слабость, сонливость
 - Пониженная умственная работоспособность
 - Шум в ушах, головокружения, обморочные состояния.
-

Лечение анемии

- Лечение не следует начинать до окончательного установления диагноза
 - Для лечения используют препараты железа. Диета с высоким содержанием железа не дает желаемого эффекта
 - Лечение должно быть длительным и продолжаться после нормализации уровня гемоглобина (в течении 2-3 мес), так как необходимо пополнение запасов железа в организме
-

Для парентерального введения используют **декстран железа (имферон)**, который представляет собой стабильный комплекс гидроксида железа и низкомолекулярного железа и содержит 50 мг элементарного железа в 1 мл раствора.

Препарат для парентерального применения не назначается совместно с пероральными препаратами железа, так как усвоение железа, принимаемого перорально, будет снижено. Интервал между парентеральным применением препарата и началом применения пероральных форм железа должен составлять не менее 5 дней. Препарат необходимо смешивать только с 0.9 % раствором натрия хлоридом или 5 % раствором глюкозы. Не смешивать с растворами других лекарственных средств.

Кроме декстрана железа, для парентерального введения используют **феррум Лек, феррлецит, ферковен, фербитол и фетофер**



Нежелательные реакции

- На фоне терапии препаратами железа приблизительно у 25% больных возникают желудочно-кишечные нарушения – запоры, спазмы кишечника, понос тошнота. НЛР можно уменьшить, назначая их в начале лечения 1 раз в сутки во время еды.
 - При использовании микстур железо может образовывать комплексы с сульфидными ионами в полости рта, и в результате чего чернеют зубы. Этого можно избежать, если пить микстуру через соломинку.
 - НЛР при парентеральном введении железа включают местную болезненность, коричневое окрашивание тканей, головную боль, головокружение, боль в спине, лихорадку, тошноту, рвоту, крапивницу и редко анафилактическую реакцию.
-

Взаимодействие с другими ЛС и пищей

Железо образует с тетрациклинами плохо всасывающиеся хелатные соединения, поэтому препараты железа ухудшают всасывание тетрациклинов (их следует назначать с интервалом не менее 2 часов до и после приема препаратов железа)

Антацидные средства, содержащие соли алюминия, магния и кальция, ухудшают всасывание железа.

Левомецетин ослабляет терапевтическое действие препаратов железа.

Аскорбиновая кислота при одновременном приеме с препаратами, содержащими двухвалентное железо, препятствуют его окислению в трехвалентное и увеличивают всасывание.

Алкоголь в больших количествах и при длительном употреблении увеличивает вероятность интоксикации препаратами железа.

Препараты железа не рекомендуется запивать чаем, так как при взаимодействии с танином образуются плохо всасывающиеся соединения.

Хлеб, молоко и молочные продукты, яйца, овощи, богатые оксалатами, снижают всасывание препаратов железа.

Спасибо за внимание!

