

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой: <https://stuservis.ru/otchet-po-praktike/359491>

Тип работы: Отчет по практике

Предмет: Экономика в здравоохранении и фармацевтике

Введение 2

1. Патогенез и этиология железодефицитной анемии. Терапия железодефицитной анемии 5

1.1. Патогенез и этиология железодефицитной анемии 5

1.2 Основные принципы терапии железодефицитной анемии 7

2. Характеристика препаратов железа. Классификация препаратов железа 8

2.1 Препараты солей двухвалентного железа 9

2.2 Препараты солей трехвалентного железа 10

2.3 Лекарственные формы препаратов железа 12

3. Анализ потребительских предпочтений 16

4. Фармацевтическое консультирование 18

Заключение 19

Список литературы 20

Введение

Железо, как важнейший микроэлемент, играет одну из ведущих ролей в обеспечении жизни на планете. Железо оказывает непосредственное влияние на многочисленные клеточные активности, такие как синтез ДНК, выработка АТФ и дыхание митохондрий. Его наиболее изученными функциями являются те, которые связаны с транспортом и хранением кислорода, переносом электронов, синтезом гормонов, репликацией ДНК, контролем клеточного цикла, фиксацией азота и антиоксидантными свойствами. Очевидно, что железо по своей сути является важным фактором выживания, развития и дифференцировки клеток, тканей и органов. Дефицит железа сначала был описан как «хлороз» и как причина «истерии» у женщин, и первоначальное лечение заключалось в добавлении железных опилок в холодное вино. Однако и в настоящее время данная проблема затрагивает более двух миллиардов человек по всему миру. Основными причинами этой недостаточности являются отсутствие в рационе продуктов, богатых железом, или неспособность организма усваивать поступившее с пищей железо по приобретенным или генетическим причинам. От дефицита железа страдает около 40% населения в развивающихся странах и около 10% жителей развитых стран. Нарушение гомеостаза железа связано с нарушениями нервной, сердечно-сосудистой и гематологической систем. Например, в условиях сердечно-сосудистой системы эффекты железа все чаще отмечаются как в случае дефицита, так и в избытке, и участвуют в патофизиологических событиях. Дефицит железа является одной из причин недостаточной выработки энергии в кардиомиоцитах, вызывая чрезмерный дисбаланс между требуемыми параметрами для адекватной перфузии и выходной мощностью сердца, что приводит к сердечной недостаточности. В то время как было обнаружено, что прием добавок железа, по крайней мере, симптоматически, полезен при установленной сердечной недостаточности.

Железо потребляется в гемовой, которую получают из мясных продуктов, и негемовой, содержащуюся в овощах, формах. Гемовая форма легче усваивается организмом, что делает вегетарианцев более склонными к дефициту железа. Всасывание железа происходит в двенадцатиперстной кишке и регулируется переносчиком двухвалентного металла в энтероцитах. Железо поступает в кровоток через ферропортин и связывается с трансферрином для транспорта в костный мозг и печень для производства и хранения красных кровяных телец (эритроцитов) соответственно. Накопленное внутриклеточное железо связывается с ферритином, чтобы предотвратить повреждение клеток образованием свободных радикалов. Поскольку нет никаких механизмов экскреции железа организмом, кроме кровопотери или клеточного обновления, общий уровень железа в организме строго регулируется. Избыток железа и воспалительные состояния стимулируют выработку гепсидина печенью, что блокирует всасывание железа в кровоток посредством деградации ферропортина и ингибирует высвобождение железа из депо. Этот процесс метаболизма железа играет важную роль в развитии, диагностике и лечении железодефицитной анемии. Железодефицитная анемия (ЖДА) характеризуется снижением синтеза гемоглобина, что приводит к образованию гипохромных и микроцитарных эритроцитов.

- Можно выделить несколько основных причины ЖДА:
- снижение потребления или всасывания железа;
- повышенную потребность в железе в подростковом возрасте и во время беременности;
- бариатрическая хирургия;
- обильные кровопотери во время менструации;
- хронические желудочно-кишечные (ЖК) кровопотери, полипы или карциному.

У больных проявляются утомляемость, одышка, бледность конъюнктивы, головные боли. Снижение уровня железа в головном мозге может проявляться когнитивной дисфункцией в младенчестве или синдромом беспокойных ног в более позднем возрасте. Именно поэтому препараты железа играют огромную роль в поддержании нормального функционирования организма в любом возрасте. Фармацевтический работник должен ориентироваться в препаратах железа, чтобы оказать квалифицированную консультацию во всем многообразии лекарственных средств.

Целью данной работы является: изучение ассортимента препаратов железа, представленных на фармацевтическом рынке.

Передо мной были поставлены следующие задачи:

- Изучение патогенеза и этиологии железодефицитной анемии;
- Описать перспективы развития лекарственных форм и препаратов железа;
- Привести классификацию препаратов железа и дать характеристику каждой группе;
- Проанализировать ассортимент препаратов железа, представленных в ассортименте аптечных организаций;
- Выявить потребительские предпочтения при выборе препаратов железа, путем проведения анкетирования;
- Разработать рекомендации для фармацевтических работников по вопросу консультирования потребителей фармацевтических услуг при отпуске препаратов железа из аптечной организации.

1. Патогенез и этиология железодефицитной анемии. Терапия железодефицитной анемии

1.1. Патогенез и этиология железодефицитной анемии

ВОЗ признала железодефицитную анемию (ЖДА) наиболее распространенным недостатком питания в мире, которым страдает 30% населения. В то время как ЖДА более распространена среди детей и женщин, взрослые мужчины также подвержены заболеванию в зависимости от их социально-экономического статуса и состояния здоровья. Наиболее частыми причинами ЖДА являются желудочно-кишечные (ЖК) кровотечения и менструации у женщин, снижение потребления и всасывания железа с пищей также является одной из основных причин.

Железо является важным элементом и контролируется главным образом за счет поступления с пищей, всасывания в кишечнике и рециркуляции железа. Пищевое железо можно найти в двух формах: гемовое и негемовое железо. Гемное железо легко усваивается и образуется из гемоглобина (Hb) и миоглобина в виде мяса животных, птицы и рыбы. Негемное железо в основном содержится в растительной пище, но не так легко усваивается. Такие соединения, как фитаты, оксалаты, полифенолы и танины, содержащиеся в растениях, снижают поглощение негемового железа, как и некоторые лекарства, такие как ингибиторы протонной помпы. Аскорбиновая кислота, цитрат и желудочная кислота, наоборот, способствуют усвоению железа. При здоровом питании ежедневно поступает примерно 5–15 мг элементарного железа и 1–5 мг гемового железа, хотя в конечном итоге только 1–2 мг всасывается в кишечнике, преимущественно в двенадцатиперстной кишке и проксимальном отделе тощей кишки [4].

Признаки ЖДА включают бледность, усталость, быструю утомляемость, уменьшение сосочковидности языка, хейлез - растрескивание в уголках рта, заметные дефекты ногтевого ложа. Поскольку эти признаки и симптомы неспецифичны и часто отсутствуют вообще, первоначальное подозрение на ЖДА обычно возникает в лаборатории.

1. Rusu IG, Suharoschi R, Vodnar DC, Pop CR, Socaci SA, Vulturar R, Istrati M, Moroşan I, Fărcaş AC, Kerezsi AD, Mureşan CI, Pop OL. Влияние добавок железа на микробиоту кишечника и эффект приема пробиотиков при дефиците железа - Обзор литературы // Питательные вещества. - 2020; Т. 12, № 7.
2. Лизенг-Уильямсон К. А., Китинг Г. М. Карбоксимальтоза трехвалентного железа: обзор ее применения при железодефицитной анемии // Лекарственные средства. - 2009. - Т. 69. - С. 739-756.
3. Вайс Г. Анемия хронических заболеваний: новые средства диагностики и новые стратегии лечения // Семинар Гематологов. - 2015; Т 52, С 313-20.

4. Гулек С., Андерсон Дж.Дж., Коллинз Дж.Ф. Механизмы и регуляторные аспекты всасывания железа в кишечнике // Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. - 2014; № 307 , С 397–409.
5. Özdemir N. Iron deficiency anemia from diagnosis to treatment in children //Turkish Archives of Pediatrics. - 2015. - Т. 50. - №. 1.
6. Андро М , Ле Сквер П , Этивин С , Джентрик А . Анемия и когнитивные способности у пожилых людей: систематический обзор // Евр Дж Нейрол. - 2013, Т. 20 , С. 1234 –1240 .
7. Пауэлл ДжейДжей,Готовить ВБ,Хатчинсон С,Толкин Z,Чатфилд М,Перейра ДИ, и другие. Потребление фортификантов с пищей отрицательно связано с качеством жизни у пациентов с умеренно активным воспалительным заболеванием кишечника // Нутр Метаб. - 2013, Т. 10, №9.
8. Rogozińska E. et al. Iron preparations for women of reproductive age with iron deficiency anaemia in pregnancy (FRIDA): a systematic review and network meta-analysis //The Lancet Haematology. - 2021. - Т. 8. - №. 7. - С. 503-e12.
9. ГРЛС : сайт. - URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=27520bff-591d-44ca-9cc9-32df1676dedd (дата обращения: 19.05.2023)
10. Gamad N. et al. A randomized controlled trial comparing the efficacy, tolerability, and cost of oral iron preparations in iron-deficiency anemia in pregnancy //Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. - 2021. - Т. 47. - №. 11. - С. 3828-3841.
11. Делогери Т.Г. Безопасность перорального и внутривенного железа // Акта Гематол. - 2019; Т. 142, № 1, С. 8-12.
12. Ning S, Zeller MP. Management of iron deficiency // Hematology Am Soc Hematol Educ Program. - 2019 Dec 6;2019, Т. 1, С.315-322.
13. Sultan P, Bampoe S, Shah R, Guo N, Estes J, Stave C, Goodnough LT, Halpern S, Butwick AJ. Oral vs intravenous iron therapy for postpartum anemia: a systematic review and meta-analysis // Am J Obstet Gynecol. - 2019, Т. 221, № 1, С. 19-29.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой: <https://stuservis.ru/otchet-po-praktike/359491>