

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://studservis.ru/kursovaya-rabota/389333>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Биохимия

ВВЕДЕНИЕ 2

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 4

1.1. Железодефицитная анемия, этиология, клинические проявления 4

1.2. Лабораторная диагностика железодефицитной анемии 9

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 14

2.1. Организация исследования 14

2.2. Результаты исследования 14

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 18

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 20

ВВЕДЕНИЕ

Железо в организме играет важную роль в регуляции метаболизма, процессов переноса кислорода, тканевого дыхания, активации и ингибирования ферментных систем, поддержании иммунной резистентности. Железо является важнейшим биохимическим компонентом таких ключевых процессов, как клеточный метаболизм, рост и пролиферация. Дефицит железа может привести к серьезным нарушениям этих процессов.

Железодефицитная анемия (ЖДА) является наиболее распространенной анемией. На ее долю приходится 80% всех анемий; по данным Всемирной организации здравоохранения, железодефицитной анемией страдают 600 млн. человек. Распространенность железодефицитной анемии, включающей также субклинический дефицит железа составляет около 30% от общей численности населения. Основными причинами железодефицитной анемии являются недостаточное поступление железа с пищей, повышенные потери железа из организма и повышенная потребность в железе. Железодефицитная анемия наиболее часто встречается у женщин детородного возраста, беременных женщин и детей всех возрастов.

Дефицит железа у детей сказывается на развитии центральной нервной системы. Такие дети отстают от своих сверстников в психомоторном развитии, у них наблюдается снижение когнитивных способностей, концентрации внимания и работоспособности, снижен иммунитет и неспецифические факторы защиты, что увеличивает заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями и частоту формирования хронических очагов инфекции (например, тонзиллита, аденоидита).

Дефицит железа на ранних сроках беременности может привести к развитию железодефицитной анемии в середине срока. По данным литературы, железодефицитная анемия во время беременности повышает риск развития осложнений беременности и родов, а также негативно влияет на развитие плода.

В связи с этим у беременных женщин с железодефицитной анемией повышается риск невынашивания беременности, преждевременного прерывания беременности, повышенной кровопотери во время родов и послеродовых осложнений. У плода материнская железодефицитная анемия приводит к внутриутробной гипоксии и анемии. Поэтому своевременная диагностика и последующее терапевтическое лечение нарушений обмена железа требуют не только знания патофизиологических механизмов, но и методологических навыков правильной интерпретации клинических и биохимических показателей обмена железа.

Цель: Проанализировать показатели крови при железодефицитной анемии.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию и клинические проявления железодефицитной анемии;
2. Изучить особенности лабораторной диагностики железодефицитной анемии;
3. Сравнить лабораторные показатели пациентов с железодефицитной анемией и без нее.

Объект: Железодефицитная состояния.

Предмет: Показатели анализа крови при железодефицитной анемии.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

1.1. Железодефицитная анемия, этиология, клинические проявления

Железодефицитная анемия (ЖДА) – наиболее частое патологическое состояние, характеризующееся снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и тканевых депо, в результате чего нарушается образование гемоглобина и эритроцитов, развивается гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях. ЖДА является наиболее распространенной патологией среди населения различных стран. По некоторым данным, дефицитом железа страдает более 1,5 млрд человек во всем мире, при этом железодефицитной анемией (ЖДА) страдает около 500 млн человек.

Причины развития дефицита железа

Повышенная потребность организма в железе. К состояниям, при которых организм особенно нуждается в увеличении количества поступающего железа, относятся беременность и лактация, период интенсивного роста. Во время беременности женский организм потребляет более 1000 мг железа.

Половина этого количества служит для увеличения объема циркулирующей крови самой беременной, около 300 мг передается плоду, около 200 мг необходимо для образования плаценты. Еще 150-200 мг теряется с кровью во время родов. В связи с этим потребность организма в железе возрастает с 1-2 мг до 4-6 мг в сутки.

Если на момент беременности организм женщины имеет поступление железа 600 мг и более, то этого количества вместе с железом с пищей вполне достаточно для компенсации физиологических потерь.

Наоборот, если у женщины прегравидарно имелся скрытый дефицит железа (на фоне нормального уровня гемоглобина), то во время беременности (чаще во 2 триместре) развивается выраженный дефицит железа, что приводит к анемии. Потери железа в период лактации составляют от 0,18 до 0,30 мг в сутки. Так, за 6 месяцев грудного вскармливания женский организм «расходует» около 20-40 мг железа.

Повышение потребности организма в железе характерно также для детей и подростков препубертатного и пубертатного возраста, когда происходит наиболее активный рост организма. Наибольшая потребность в железе у детей возникает в 9-летнем возрасте и достигает максимума в период формирования менструации у девочек.

1. Гуцуляк, С. А. Железодефицитная анемия у детей: учебное пособие / С. А. Гуцуляк; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра Педиатрии. – Иркутск: ИГМУ, 2020. – 55 с
2. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков (пособие для врачей) / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцева и проф. И.Н. Захаровой. – М., 2014. – 76 с.
3. Долгов В.В., Луговская С.А., Почтарь М.Е., Федорова М.М. Лабораторная диагностика нарушений обмена железа: учеб. пособие / В.В. Долгов, С.А. Луговская, М.Е. Почтарь, М.М. Федорова, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2012. – 84 с
4. Колпачкова О. В. Возможности гематологических анализаторов в диагностике железодефицитных анемий // Медицина и экология. – 2012. – № 3. – С. 28-30.
5. Ромашевская И. П., Кошкевич В.В. Современные подходы к диагностике и терапии железодефицитных анемий / И.П.Ромашевская. – Гомель: РНПЦРМиЭЧ, 2018. – 16 с.
6. Румянцев А.Г., Захарова И.Н., Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков: учебное пособие / А.Г. Румянцев, И.Н. Захарова; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.; ГБОУ ДПО РМАПО, 2015. – 111с
7. Серов, И. С. Современная лабораторная диагностика железодефицитной анемии / И. С. Серов, И. И. Блохина, В. Н. Шагина. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2019. – № 30 (268). – С. 47-49.
8. Струтынский А. В. Железодефицитные анемии. Диагностика и лечение // Трудный пациент. – 2013. – № 12. – С. 38-42.
9. Стуков Н. И., Семенова Е. Н. Железодефицитная анемия. Современная тактика диагностики и лечения, критерии эффективности терапии // Клиническая медицина. – 2013. – № 3. – С. 61-67.
10. Тихомиров А. Л., Сарсания С. И., Ночевкин Е. В. Некоторые аспекты диагностики и лечения железодефицитных состояний в практической деятельности на современном этапе // Трудный пациент. – 2011. – № 11. – С. 26-38.
11. Третьякова А.А., Сивакова Л.В. Железодефицитная анемия: патогенез и лабораторная диагностика // Международный студенческий научный вестник. – 2022. – № 3

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/kursovaya-rabota/389333>