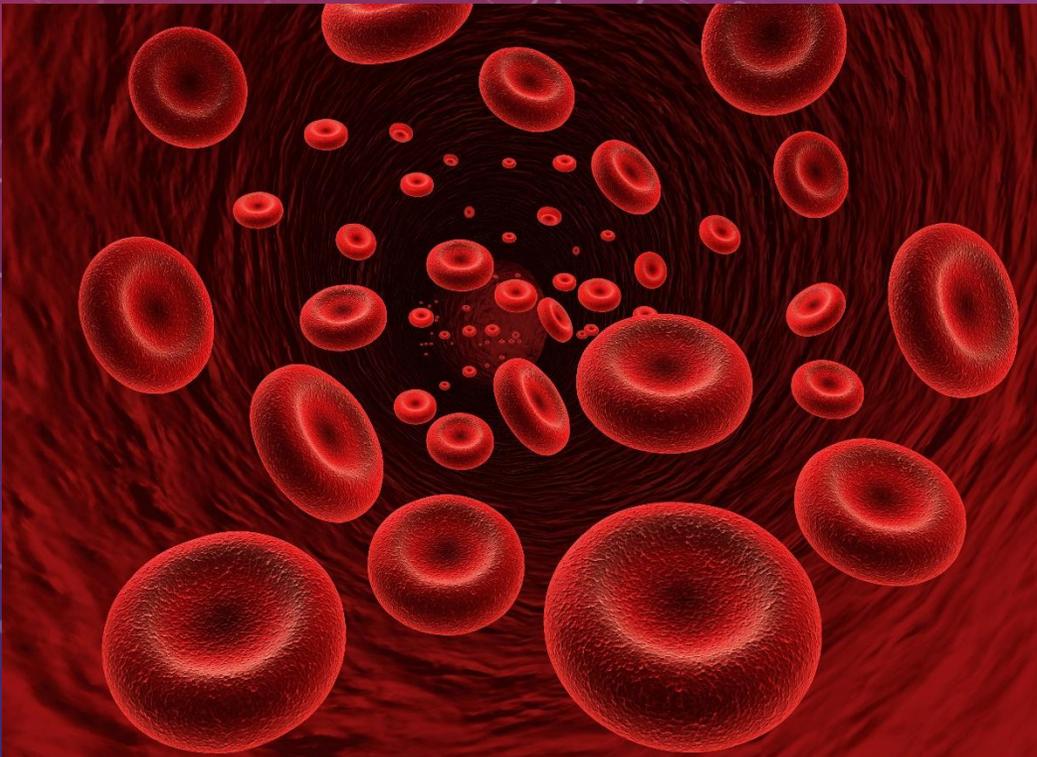


ГАОУ СПО РК «ЕВПАТОРИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

ПРЕЗЕНТАЦИЯ НА ТЕМУ:

«ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ»



ВЫПОЛНИЛА СТУДЕНТКА 3 КУРСА 3 ГРУППЫ
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО
КОВТУНЯК ЯНА ВИКТОРОВНА
ПРОВЕРИЛ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ:
КОТАР ТАТЬЯНА ТЕРЕНТЬЕВНА

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

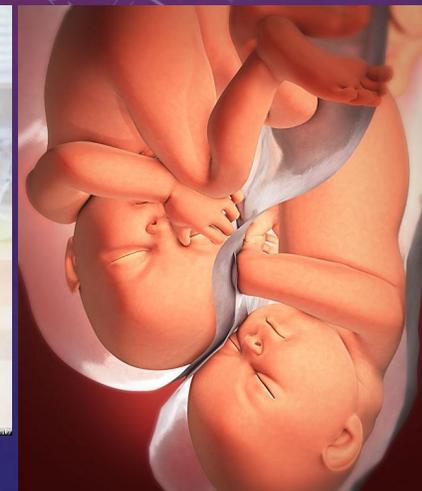
Железодефицитная анемия (ЖДА) — полиэтиологичное заболевание, сопровождающееся снижением уровня гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови, сывороточного железа, вследствие дефицита железа в организме, в результате нарушения его поступления, усвоения или патологических потерь.



ЭТИОЛОГИЯ

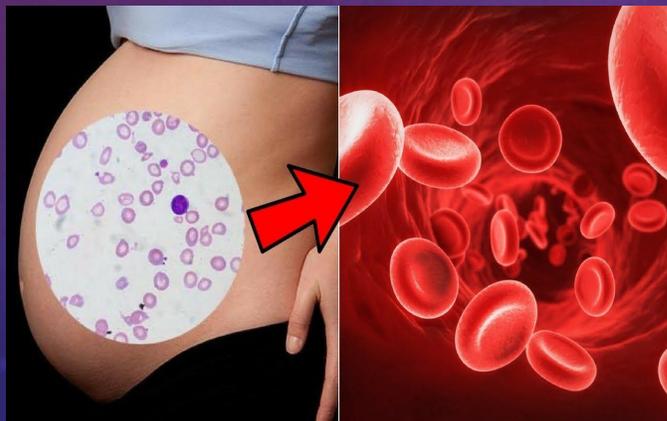
Аntenатальные причины:

- 1) нарушение маточно-плацентарного кровообращения, плацентарная недостаточность (токсикозы, угроза прерывания и перенашивание беременности, гипоксический синдром, острые или обострение соматических и инфекционных заболеваний);
- 2) фетоматеринские и фетоплацентарные кровотечения;
- 3) синдром фетальной трансфузии при многоплодной беременности;
- 4) внутриутробная мелена;
- 5) недоношенность, многоплодие;
- 6) глубокий и длительный дефицит железа в организме беременной.



Интранатальные причины:

- 1) фетоплацентарная трансфузия;
- 2) преждевременная или поздняя перевязка пуповины;
- 3) интранатальные кровотечения из-за



Постнатальные причины:

1) алиментарный дефицит железа: недостаточное поступление железа с пищей (раннее искусственное вскармливание, использование неадаптированных молочных смесей, позднее введение прикормов, злоупотребление коровьим или козьим молоком, мучной, молочной или молочно-вегетарианской пищей, а также несбалансированная диета, лишенная достаточного содержания мясных продуктов);

2) повышенные потребности в железе у детей с ускоренными темпами роста (недоношенные, дети с большой массой тела при рождении, первых двух лет жизни, пре- и пубертатного возраста);



3) повышенные потери железа как следствие хронических кровопотерь;

4) нарушение кишечного всасывания, снижение абсорбции;

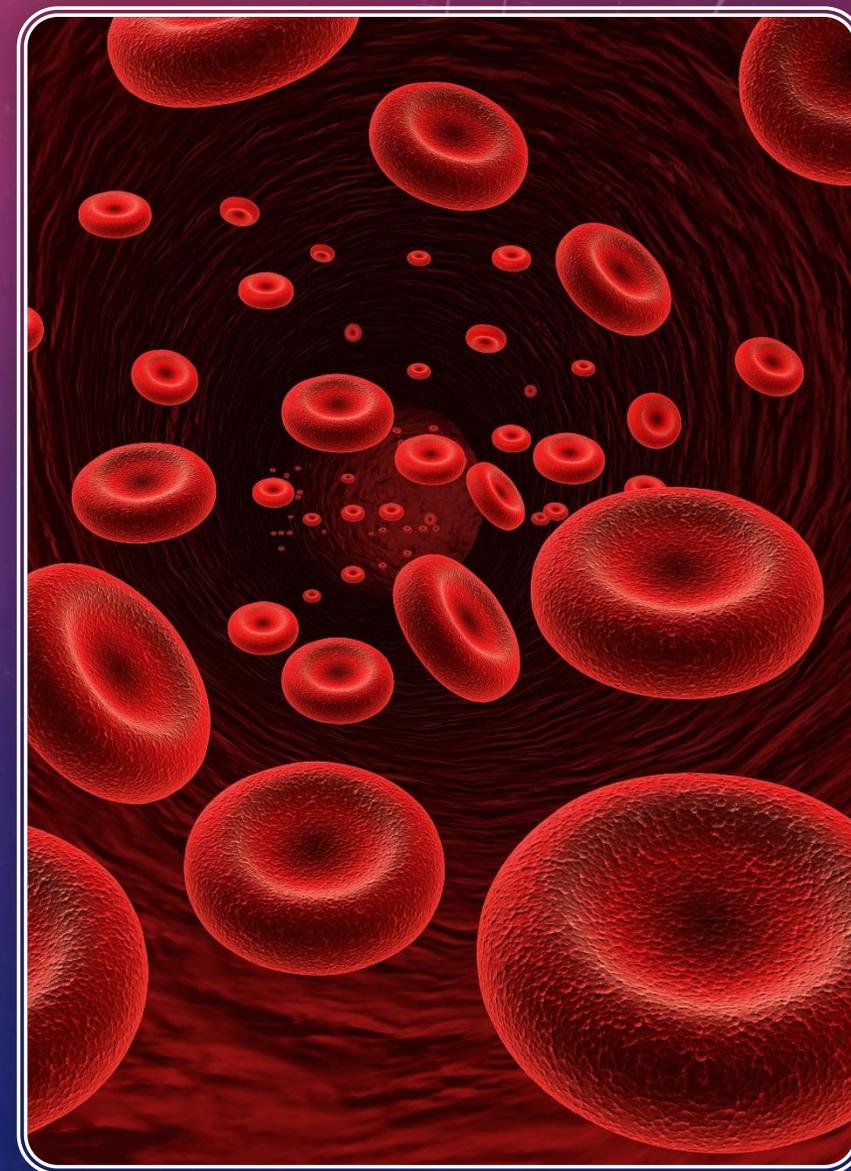
5) инфекционно-воспалительные состояния;

6) нарушение обмена железа на фоне эндокринной

ПАТОГЕНЕЗ

Основным патогенетическим фактором является дефицит железа в организме с последующим нарушением синтеза гемоглобина (Hb), уменьшением его содержания в эритроците с гипохромией эритроцитов, снижением цветового показателя. Нарушение образования гемоглобина приводит к уменьшению среднего объема эритроцитов - микроцитозу.

Истощение запасов железа способствует расстройству окислительно-восстановительных реакций в тканях, что проявляется поражением кожи, слизистых оболочек, дистрофией ЖКТ, угнетением действия многих железосодержащих ферментов.



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖДА

- Эпителиальный синдром – трофические нарушения кожи, ногтей, волос, слизистых оболочек полости рта и ЖКТ (сухость кожи, ломкость ногтей, койлонихии, атрофия слизистой носа, желудка, пищевода, глоссит, гингивит, стоматит).
- Извращение вкуса (пристрастие больного к глине, мелу, сырому мясу, тесту, пельменям и т.д.) и обоняния (пристрастие больного к резким запахам лака, краски, ацетона, выхлопных газов автомобиля и т.д.).
- Мышечная гипотония - ночное и дневное недержание мочи, императивные позывы при кашле, смехе.



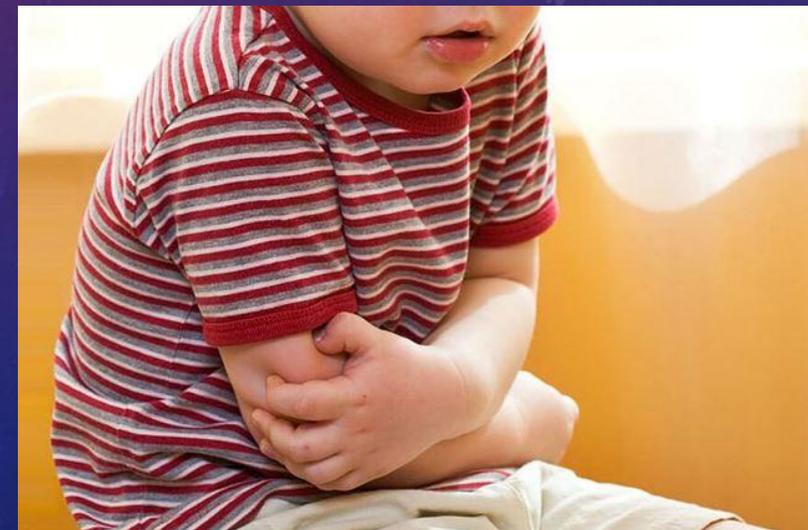
- Мышечные боли в икроножных мышцах вследствие дефицита миоглобина.



- Астеновегетативный синдром – снижение когнитивных функций, замедление темпов выработки условных рефлексов, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти, задержка интеллектуального развития, негативизм, эмоциональная неустойчивость, утомляемость, головные боли (дефицит моноаминооксидазы).



- Синдром вторичного иммунодефицита – частые ОРИ и кишечные инфекции (снижение содержания Т-лимфоцитов, неспецифических факторов защиты, секреторных иммуноглобулинов).



Анемический синдромокомплекс (обусловлен развитием гипоксии)

- Бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек.
- Сердечно-сосудистые нарушения (головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, приглушенность тонов, систолический шум на верхушке, одышка, обмороки, тахикардия).



ДИАГНОСТИКА

Диагноз ЖДА основывается на основании клинических проявлений заболевания и результатов лабораторных исследований.

Показатель	Норма	Латентный дефицит железа	ЖДА
Гемоглобин (г/л): 1 мес. – 5 лет	не ниже 110	не ниже 110	<110
6-14 лет	не ниже 115- 120	не ниже 115- 120	<120
Пубертатный возраст:			
Мальчики	не ниже 130	не ниже 130	<130
Девочки	не ниже 120	не ниже 120	<120
ЦП	0,85 – 1,05	0,85 – 1,05	<0,85
MCV (фл)	80 – 94	80 – 94	< 80
MCH (пг)	27 - 31	27 - 31	< 27
MCHC (г/л)	32 -36	32 -36	< 32
RDV (%)	не более 14,5	>14,5	>14,5
Железо сыворотки (мкмоль/л)	10,6-33,6	<10,6	<10,6
ОЖСС (мкмоль/л)	40,6-62,5	> 63	> 63
ЛЖСС (мкмоль/л)	не менее 47	> 47	> 47
Насыщение трансферрина железом (%)	не менее 17	~ 17	< 17
Ферритин сыворотки (мкг/л)	30-36	< 30	< 30

ПРОФИЛАКТИКА

Первичной профилактикой дефицита железа является правильное, полноценное питание.

Вторичная профилактика – это активное выявление латентного дефицита железа и ЖДА в процессе диспансеризации, медицинских осмотров.

1. Антенатальная профилактика: согласно рекомендациям ВОЗ препарат железа в дозе 60 мг/кг в сутки применяют во II и III триместрах беременности и в течение 3 месяцев лактации, витаминно-минеральные комплексы для беременных.

Беременным и кормящим матерям рекомендуется обязательно включать в рацион следующие продукты: мясо и печень (животных и птиц), соки, обогащенные витамином С, промышленного производства или свежеприготовленные соки (из цитрусовых и овощей), злаки, обогащенные железом, рыбу, бобовые, желток.



2. Постнатальная профилактика

К неспецифическим профилактическим мероприятиям ЖДА относятся: грудное вскармливание до 4-6 месяцев, с 3-4 месяцев всем детям рекомендуются фруктовые и овощные соки, обогащенные витамином С, которые улучшают абсорбцию железа. После 5-6 месяцев необходимо введение прикорма из овощных, плодовоовощных и мясоовощных пюре промышленного производства, обеспечивающих до 20-60% суточной потребности ребенка в железе. В 6-8 месяцев в рацион вводят каши из различных круп, обогащенные железом промышленного производства, которые покрывают на 10-30% потребность ребенка в железе, минеральных веществах, микроэлементах, витаминах.

Для детей 1-го года, находящихся на искусственном вскармливании, рекомендуются смеси, обогащенные железом: для недоношенных – с 2 месяцев, для доношенных – с 5-6 месяцев.



Специфические профилактические мероприятия (прием препаратов железа) детям из группы риска (недоношенным, рожденным от многоплодной беременности и т.д.) необходимо начинать с 2-х месячного возраста, продолжая ее до конца первого года жизни, даже если они правильно вскармливаются. Доза ферропрепаратов для приема внутрь зависит от массы тела ребенка при рождении: при массе менее 1000 г – 4 мг/кг/сутки, при массе 1000-1500 г – 3 мг/кг/сутки, при массе 1500-3000 г – 2мг/кг/сутки.

Для доношенного ребенка, родившегося от нормальной беременности в первые 4-6 месяцев потребность в экзогенном железе небольшая: вполне достаточно железа, высвобождающегося из фетального гемоглобина.

Профилактическая доза препаратов железа для детей до 3-5 лет жизни составляет 1-2 мг/кг в сутки, для детей старше 5 лет и подростков – 50-60 мг в сутки в течение 3-4 недель не реже 1 раза в год.

Вакцинация проводится после нормализации уровня гемоглобина (при сниженном гемоглобине прививки иммунологически неэффективны).

