**Федеральное Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии С КУРСОМ ИДПО**

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ  зав.каф.поликлинической  терапии с курсом ИДПО  д.м.н., профессор Волевач Л.В.  «31» августа 2018г. |

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: Лечебное дело

Семестр: 1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­1 Курс: 6

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ НА ТЕМУ:**

**«Анемический синдром. Железодефицитная анемия. Ведение больных в условиях поликлиники»**

Методические указания

для студентов к контактной работе

Уфа – 2018 г.

Тема практического занятия:«Анемический синдром. Железодефицитная анемия. Ведение больных в условиях поликлиники» в соответствии с ФГОС ВО (2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2018г. ректором Павловым В.Н.

Рецензенты:

1. Заведующий кафедрой факультетской терапии Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Авторы: проф. Волевач Л.В., проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С., доц. Курамшина О.А., доц. Габбасова Л.В.

Утверждено на заседании №1кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО «31» августа 2018 г. протокол № 1.

**Анемический синдром. Железодефицитная анемия. Ведение больных в условиях поликлиники**

1. Тема и ее актуальность: Анемии - состояния, характеризующиеся снижением уровня гемоглобина и уменьшением количества эритроцитов. На сегодняшний день актуальность анемий состоит в их широком распространении (1,5%), в снижении работоспособности лиц активного возраста (25-50 лет), сложности проблем диагностики анемического синдрома, под маской которого могут дебютировать разнообразные заболевания.

Наиболее часто анемический синдром возникает на фоне кровопотерь различной степени выраженности. Так у женщин с миомой матки, имеющих обильные длительные месячные, при наличии изъязвленных геморроидальных узлов возможна хроническая кровопотеря и явления анемии.

При изучении анамнеза обращают внимание на контакт пациента с токсическими веществами, приём ЛС, симптомы других заболеваний, способных привести к анемии (например, рецидивирующие кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки). Кроме того, необходимо оценить особенности питания пациента, количество употребляемого алкоголя. Также следует уточнить наличие анемии в семейном анамнезе. Анемия может сопровождать различные заболевания инфекционной и воспалительной природы, заболевания печени, почек (особенно ХПН), соединительной ткани, опухоли (в том числе гемобластозы), эндокринные заболевания (надпочечниковая недостаточность, гиперпаратиреоз, гипертиреоз, гипотиреоз, гипопитуитаризм). Анемия может возникать остро в результате кровопотери и гемолиза или развиваться постепенно. Причинам и микроцитарной анемии могут быть дефицит железа в организме, нарушение включения железа в клетки (сидеробластная анемия), дефект в синтезе глобина при талассемиях, хронические заболевания, интоксикация свинцом. Макроцитарная анемия возникает при дефиците витамина В или фолиевой кислоты, а также вследствие токсического действия лекарственных препаратов. Анемический синдром сопровождается прежде всего клиническими признаками, обусловленными кислородным «голоданием» многих органов

Проявлениями анемического синдрома являются бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, шум или звон в ушах, головокружение, одышка, возникновение сердцебиения даже при незначительной физической нагрузке, выпадение волос, изменения ногтей – исчерченность ногтевых пластинок, ложкообразная форма ногтей. Также могут возникать заеды в углах рта, глоссит (налет, чувство жжения в языке, потеря вкусовой чувствительности), извращение вкуса и запаха, в ряде случаев дизурические расстройства.

По своей сущности анемии являются симптомом многих состояний, и основной контингент лиц, страдающих анемиями, наблюдается в поликлинике.

Для предупреждения **развития анемического синдрома**, лицам, входящим в группу риска: женщины в период кормления и лактации, страдающие гиперменореей; больные различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта; люди, часто и длительно болеющие различными инфекционными заболеваниями; а также имеющие различные очаги хронической инфекции (кариес, тонзиллит и др.) - должны принимать в малых дозах препараты железа, употреблять пищу, богатую белками, витаминами, железом и другими микроэлементами.

1. **Учебные цели:** Овладение врачебными навыками ранней диагностики, проведения врачебно-трудовой экспертизы, лечения анемий в условиях поликлиники.

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:**

- проводить раннюю диагностику анемий;

* составлять алгоритм обследования больного, у которого выявляется анемический синдром;
* составлять алгоритм лабораторных и инструментальных исследований;
* проводить дифференциальную диагностику заболеваний, при которых наблюдается анемический синдром (АС);
* назначать лечение больному с анемическим синдромом и заболеваниями, связанными с ним.
* проводить экспертизу нетрудоспособности.

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать:**

- анатомо-физиологические особенности органов и систем;

- методику сбора жалоб, анамнеза, объективного исследования больных с анемиями;

- интерпретацию результатов лабораторно-инструментальных методов исследований;

- принципы врачебно-трудовой экспертизы;

- средства этиотропной, патогенетической, симптоматической медикаментозной и немедикаментозной терапии;

- методы первичной, вторичной и третичной профилактики.

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:**

- методами общеклинического обследования**,**

- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,

- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза,

- основами ведения медицинской документации,

- основами медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации.

1. **Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:**

Вопросы для самоподготовки:

1. основные механизмы этиопатогенеза АС;
2. классификация анемий;
3. клинические проявления синдрома анемии;
4. лабораторно-инструментальные методы исследования;
5. фармакотерапия АС;
6. врачебно-трудовая экспертиза АС.
7. **Вид занятия:** практическое занятие.
8. **Продолжительность:**5 академических часов.
9. **Оснащение занятия**: таблицы, слайды, анализы крови, альбомы по фармакотерапии, микроскоп, мазки периферической крови и костномозгового пунктата.
10. **Содержание занятия:**

7.1 Тестовый контроль исходного уровня знаний:

Задание для самоконтроля

Задание (тесты) 1

Задание (тесты) 2

Задание (тесты) 3

Типовые задачи.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приёмов по данной теме.

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя.

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Подготовка к выполнению практических приемов по теме занятия.

Материалы для контроля уровня освоения темы: набор тестовых заданий, ситуационные задачи.

**Тестовый контроль исходного уровня знаний**

**Выберите один вариант ответа**

1) ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПЕРОРАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ПОТОМУ, ЧТО ОНИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПАРЕНТАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ

А) редко приводят к серьезным побочным реакциям и не вызывают гемосидероз при ошибочной трактовке анемии как железодефицитной

Б) эффективны при сохранении абсорбции железа из желудочно-кишечного тракта и быстрее развивают ответную кроветворную реакции

В) могут повышать скорость экскреции лейкоцитов с мочой при инфекции мочевыводящих путей или заболеваниях почек неинфекционного генеза

Г) окрашивают кал в черный цвет (не имеет клинического значения) и затрудняют диагностику кровотечения из желудочно-кишечного тракта

2) ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО

А) постепенное развитие

Б) острое начало

В) кризовое течение

Г) выявление наследственности

3) ИСТОНЧЕНИЕ И ДЕФОРМАЦИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН, СУХОСТЬ И ЛОМКОСТЬ ВОЛОС, СГЛАЖЕННОСТЬ СОСОЧКОВ ЯЗЫКА, НАРУШЕНИЕ ГЛОТАНИЯ СУХОЙ ПИЩИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

А) сидеропенического синдрома

Б) общеанемического синдрома

В) фуникулярногомиелоза

Г) гемолитического криза

4) ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО

А) снижение ферритина и повышение ОЖСС

Б) повышение ферритина и снижение ОЖСС

В) снижение ферритина и снижение ОЖСС

Г) повышение ферритина и повышение ОЖСС

5) ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ РАЗМЕР ЭРИТРОЦИТА,В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) MCV

Б) MCH

В) MCHC

Г) RDW

6) У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ

А) фолиеводефицитной анемии

Б) железодефицитной анемии

В) В12-дефицитной анемии

Г) гемолитической анемии

7) ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) переливание эритроцитарной массы

Б) переливание свежезамороженной плазмы

В) введение глюкокортикостероидов

Г) проведение плазмафереза

8) ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) язвенная болезнь желудка в стадии обострения

Б) язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии

В) повторная беременность

Г) планируемое оперативное лечение миомы матки

9) ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗЕКЦИЯ

А)тонкой кишки

Б) толстой кишки

В) поджелудочной железы

Г) правого легкого

10) ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА (В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ТРЕХВАЛЕНТНОЕ) В ДОЗЕ МГ

А) 200-300

Б) 50-100

В) 100-150

Г) 500-1000

**Тестовый контроль конечного уровня знаний:**

**Выберите один вариант ответа**

1) ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ПРОДОЛЖЕНИИ ФЕРРОТЕРАПИИ ОЦЕНИВАЮТУРОВЕНЬ

А) ферритина

Б) сывороточного железа

В) ОЖСС

Г) трансферина

2) ПРЕПАРАТОМ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) мальтофер

Б) сорбифер

В) ферретаб

Г) тотема

3) ПРЕПАРАТОМ ГРУППЫ ФУМАРАТА ЖЕЛЕЗА

ЯВЛЯЕТСЯ

А) ферретаб

Б) сорбифер

В) мальтофер

Г) тотема

4) ПРЕПАРАТОМ ГРУППЫ ГЛЮКОНАТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) тотема

Б) мальтофер

В) сорбифер

Г) ферретаб

5) ПРЕПАРАТОМ ГРУППЫ СУЛЬФАТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) сорбифер

Б) мальтофер

В) ферретаб

Г) тотема

6) ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА ВХОДИТ В СОСТАВ ПРЕПАРАТА

А) матерна

Б) сорбифер

В) тотема

Г) ферум лек

7) ПРИНАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БУДЕТ СЛУЖИТЬ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕДЕЛИТЕРАПИИ

А) ретикулоцитов к концу 1-ой

Б) эритроцитов к концу 1-ой

В) гемоглобина к концу 1-ой

Г) гемоглобина к концу 2-ой

8) ПРЕИМУЩЕСТВОМ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ПЕРЕД ДВУХВАЛЕНТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) меньшая частота осложнений

Б) более быстрый эффект

В) более низкая стоимость

Г) меньшая суточная доза

9) КРИТЕРИЕМ, ОТРАЖАЮЩИМ ЗАПАСЫ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) ферритин

Б) гепсидин

В) трансферрин

Г) гемосидерин

10) ПРИ ВЫБОРЕ ДИЕТИЧЕСКОГО РЕЖИМА БОЛЬНЫМ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ

РЕКОМЕНДОВАТЬ

А) мясные продукты

Б) яблоки

В) гречневую крупу

Г) зелень

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Больной К. обратился в поликлинику с жалобами на головокружение при физической нагрузке, сердцебиение, слабость. Заболел в течение месяца. В анамнезе - заболевания желудка и кишечника. Курит. Отмечает погрешности в диете, снижение аппетита. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы серо-бледные, чистые. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс 94 уд. в мин. Язык обложен серым налетом. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в верхних отделах, хрипов нет. При перкуссии легких наблюдается ослабление звука в верхних отделах. Сердце - границы не увеличены, при аускультации выслушивается на верхушке грубый систолический шум, тоны на аорте укорочены. Живот при поверхностной пальпации слегка болезненный в эпигастральной области. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и диурез без нарушений.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите необходимые лабораторные исследования.

На следующий день больному проведено исследование общего анализа крови. Получен результат: Эр. 2,8х1012 /л, Нв 84 г/л, цветной показатель - 0,7, лейкоциты 4,0 х109 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы вправо: лимфоцитов 44 %, ретикулоцитов 0,85, тромбоцитов 110х109 /л, СОЭ-28 мм/час. Анализ мочи без патологии. Рентгенография легких - очаги в верхушках обоих легких. ФГС - хронический гипоацидный гастрит с рубцовыми изменениями по малой кривизне.

3.Выставьте окончательный диагноз

4.Назначте патогенетическую терапию по анемии.

5.Тактика дальнейшего ведения больного после лечения основного заболевания.

**Задача №2.**

Больная М. 35 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли в сердце, особенно при физической нагрузке, сердцебиение по ночам, отмечает подобные состояния после менструаций. Обращалась гинекологу, нарушений не отмечено. Беременность протекала с анемическим синдромом. В анамнезе у матери также отмечает анемию. Часто наблюдает ломкость ногтей, выпадение волос, извращение вкуса. Относится к группе часто и длительно болеющих. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, язык сухой, обложен белым налетом обильно. Зев чистый. Температура 37,00С, АД 80/60 мм.рт.ст., пульс 98 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце - тоны приглушены, короткий систолический шум на верхушке, границы не расширены. Живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены. Анализ крови больной: эр.2,5х1012 /л, Нв-65 г/л, ЦП-0,6, Л-9,0х109 /л, СОЭ -19 мм.час., тромбоцитов 120 х109 /л.

1.Поставьте диагноз.

2.Проведите необходимые исследования для постановки диагноза.

3.Проведите лечение больной на амбулаторном этапе.

4.Сроки временной нетрудоспособности.

**Задача №3.**

Больной К. 28 лет, строитель, обратился к участковому терапевту по месту жительства с жалобами на боли в области эпигастрия ноющего характера, тошноту, рвоту однократную с прожилками крови. Болен в течение недели. В анамнезе гастрит, язва желудка. Курит, не соблюдает диету. В последнее время появилась резкая слабость, головокружение и одышка при нагрузке. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, чистые. АД 100/70 мм.рт.ст., пульс 80 уд. в мин. Язык чистый влажный. зев чистый. В легких дыхание везикулярное хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в области эпигастрия при поверхностной пальпации и по ходу тонкого кишечника. Стул - запоры в последние 5 дней. Диурез не нарушен.

1.Поставьте диагноз

2.Проведите обследование и лечение больного в поликлинике

3.Обозначте сроки диспансерного наблюдения и врачебно-трудовой экспертизы.

**Задача №4.**

Больная А. 34 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли в пояснице резкую слабость, особенно при физической нагрузке, наклоне головы, быстрой ходьбе. Отмечает по ночам потливость, плохой аппетит, снижение работоспособности. Частое ночное мочеиспускание. Состоит на учете по поводу хронического пиелонефрита. Последний год противорецидивное лечение не получала. Работает в незакрытом помещении, продавцом. В анамнезе анемия во время беременности. Объективно: кожные покровы чистые, бледно-желтой окраски. Язык не обложен, зев чистый, слегка иктеричное небо. В легких дыхание везикулярное, ЧД 20 в 1 мин. АД 90/60 мм.рт.ст., пульс 94 уд. в мин. Сердце - границы в норме, тоны слегка приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания в области почек положительный, при глубокой пальпации правой почки отмечается болезненность. Стул без нарушений, мочеиспускание частое.

1.Поставьте диагноз.

2.Тактика ведения больных с анемией при заболеваниях почек.

**Задача №5.**

Больной Ш., 62 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту по поводу "плохих" анализов крови, результаты которых получил накануне. Жалоб не предъявляет, на диспансерном учете не состоял. При подробном сборе анамнеза выяснилось, что больной часто отмечает снижение аппетита, головокружение, избирательность в пище, иногда запоры, с небольшим выделением в конце дефекации сгустков крови. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, зев чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце тоны слегка приглушены на верхушке, ритмичные. АД 150\80 мм.рт.ст., пульс 84 уд. в 1 мин. Живот мягкий, незначительно болезненный при поверхностной пальпации в области сигмовидного отдела кишечника. Стул нерегулярный, диурез не нарушен. В анализах крови: эр. 2,8х1012 /л, Нв - 86 г/л, Л - 9,6х109 /л, э- 4, п-4, с-48, л- 42, м- 2, СОЭ - 32 мм/час.

1. Поставьте диагноз
2. Проведите лечение анемии в условиях поликлиники.
3. Тактика диспансерного ведения больных с анемическим синдромом.

**Задача №6.**

Больная М., 62 года, обратилась в поликлинику к терапевту с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, сердцебиение, отсутствие аппетита, диспепсические расстройства, боли и жжение языка, парестезии. В течение 10 лет страдает гастритом с пониженной секрецией. Последнее исследование ФГС 1 год назад, где определена "нулевая" кислотность желудка. Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания. Кожные покровы бледного цвета. Язык красный, блестящий. Зев гиперемирован. Лимфатические узлы не определяются. АД 150 мм.рт.ст., пульс 104 уд. в мин. Сердце - границы увеличены на 1 см по срединно-ключичной линии, тахикардия, тоны приглушены. Живот мягкий, болезненный в области эпигастрия при поверхностной пальпации. Печень по краю реберной дуги, болезненна при пальпации. Стул нерегулярный, кашицеобразный. Диурез не нарушен.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие исследования нужно провести больной для подтверждения диагноза?

Анализ крови больной на следующий день: Нв - 50 г/л, эр. -2,0 х1012 /л, Л - 3х109 /л, СОЭ - 24 мм/час, в мазке крови - пойкилоцитоз, анизоцитоз, единичные мегалобласты, мегалоциты, эритроциты с тельцами Жолли и кольцами Кебота. Содержание железа в сыворотке крови - 35,8 ммоль/л, осматическая резистентность эритроцитов - 0,52% мин., макс. 0,32 %.

1. Укажите, для какой анемии характерна данная гемограмма.
2. Тактика ведения больной.

**Задача №7.**

Женщина 23-х лет, продавец, предъявляет жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, периодические головокружения, шум в ушах, "мушки" перед глазами, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, извращение вкуса. В анамнезе частые маточные кровотечения. Объективно: бледность видимых слизистых и кожных покровов. АД 90\60 мм. рт. ст., пульс 100 уд в 1 мин., слабого наполнения. Сердце - тоны приглушены, аритмичные, кроткий систолический шум на верхушке. В легких дыхание ослаблено, хрипов не выслушивается. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, диурез не нарушен. В анализах крови: эр. 2,8х10\12 л, Нв- 90 г\л, ферритин сыворотки крови 10 мк\л. Общая железосвязывающая способность сыворотки крови 80 мкмоль/л. СОЭ - 20 мм.ч.

1. Диагноз.

2. Необходимость дополнительных обследований

3. Назначить лечение.

4. Врачебно-трудовая экспертиза.

**Задача №8.**

Больной 38 лет,обратился с жалобами на боли в животе с подъемом температуры до 38 градусов, временами, проходящими самостоятельно. Обследование в поликлинике показало изменения в моче в виде протеинурии **-**1,5г\л. Анализ крови Нв **-** 95 г\л. эр - 3,2х10 \12 л, СОЭ35 мм. в час. В анамнезе частые ангины и наследственность отягощена по заболеванию почек

Объективно:

Состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, чистые. АД 140\ 90 мм. рт. ст. Пульс 90 уд. в мин. Сердце - тоны ясные ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, болезненный в области почек при глубокой пальпации. Мочеиспускание частое ночью, стул не нарушен. В области поясницы болезненность при симптоме поколачивания. Отеки на ногах и под глазами утром.

1. Поставить диагноз .

2. Назначить лечение

3. Тактика ведения в условиях поликлиники. МСЭ.

**Задача №9.**

Мужчина 54 лет, водитель, обратился с жалобами на кашель в течении 1 месяца, с nрожилками крови в мокроте. В поликлинику не обращался. Отмечает снижение аппетита, слабость иногда приступы головокружения после физической нагрузки. Курит в течение 25 лет. В анамнезе бронхит, язвенная болезнь желудка.

Объективно: кожные покровы бледные с землистым оттенком. Видимые слизистые отечны, бледные Отмечается незначительная одышка в покое, число дыханийв I мин. - 28-30, АД - 120\ 90 мм.рт. ст., пульс 90 уд в мин. напряжен. В легких ослабленное дыхание, многочисленные влажные мелкие хрипы в правом легком с притуплением звука при перкуссии в области средней доли сзади. Лимфатические узлы определяются в подмышечной области, безболезненные малоподвижные. В анализе крови Нв - 80 г/л, эр. - 2,5 х10/12 л, сывороточное железо 4 мкмоль/л качественные изменения эритроцитов в виде пойкилоцитоза, анизоцитоза, СОЭ - 44 мм.в час. Общий белок крови - 40 г/л. Анализ мокроты - наличие атипичных клеток. На рентгенограмме - в области правой прикорневой зоны определяется округлая тень с нечеткими краями, увеличение трахеобронхиальных лимфатических узлов.

1. Поставить диагноз.

2. Назначить лечение.

3. Тактика ведения больного и МСЭ.

**Задача №10.**

Беременная, обратилась на консультацию к участковому терапевту по поводу жалоб на головокружение, слабость, утомляемость, сонливость, сухость кожи. Больна в течение месяца, после токсикоза беременности в виде частой рвоты и снижения аппетита. Лечение не получала.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледно - розовой окраски, сухие, ногти обломаны. АД 90/60 мм.рт. ст., пульс 90 уд. в мин. Т- 37,2. В легких дыхание везикулярное. Сердце - тоны приглушены на верхушке, ритмичные. Живот увеличен за счет беременной матки, дно на уровне пупка, матка в тонусе. Мочеиспускание не нарушено, стул регулярно.

Анализ крови: Нв - 85 г/л, эр - 2,8хl0/12 л, л - 12,0х10/9л, ЦП - 0,7. Сывороточное железо - 4,5 мкмоль/л . На УЗИ выявлена гипотрофия плода.

1. Поставить диагноз.

2. Назначить лечение.

3. Тактика ведения беременной участковым терапевтом, МСЭ.

***Место проведения самоподготовки***: читальный зал, тематическая учебная комната для СРО, палаты больных ДС, кабинет терапевта, кабинеты функциональной диагностики, ИРТ, фитотерапия, ЛФК

***Учебно-исследовательская работа обучающихся:***

-диетотерапия при железодефицитной анемии

-санаторнo -курортное лечение больных железодефицитной анемии

-Физиотерапия при железодефицитной анемии

-фототерапия при железодефицитной анемии

-оценка качества лечения больных с железодефицитной анемии в амбулаторных условиях

-особенности лечения у лиц пожилого возраста, беременных

**Ответы на ситуационные задачи.**

**Ответ к задаче №1.**

1. Туберкулез легких, хронический гастрит, синдром анемии.

2. Анализ крови, мочи, рентгенографию легких, ФГС, консультацию фтизиатра, гастроэнтеролога.

3. После полученных результатов исследования добавляется - вторичная железодефицитная анемия смешенного генеза, средней степени тяжести.

4. Препараты железа - ферроплекс по 1 таб. 3 раза в день в течение одного месяца, фитотерапия антианемическим сбором трав, комплевит по 1 др. 4 раза в день.

5.Диспансерное наблюдение в течение 3 лет ежеквартально с исследованием показателей крови, лечение препаратами железа весной и осенью.

**Ответ к задаче№2.**

1. Хроническая железодефицитная анемия, вследствие меноррагий, обострение, средней степени тяжести.
2. Общий анализ крови, мочи, УЗИ органов малого таза, ФГС желудка.
3. Препараты железа внутрь до нормализации показателей красной крови, витамины, фитотерапия и модуляторы иммунной системы.
4. Нахождение на больничном листе в течение цикла лечения до нормализации показателей гемоглобина до 110 г/л, с последующим наблюдением ежемесячно и профилактикой хронических очагов инфекции.

**Ответ к задаче№3.**

1. Язвенная болезнь желудка, обострение. Вторичная железодефицитная анемия, гастрогеморрагии, средней степени тяжести.

2.Общий анализ крови, мочи, ФГС, госпитализация в гастроэнтерологическое отделение.

3.В течение года наблюдение за показателями крови в первый месяц ремиссии 1 раз в месяц, затем при нормализации показателей красной крови 1 раз в 3 месяца, в общей сложности больной состоит на учете в течение 5 лет. Противорецидивная терапия 2-3 раза в год. Экспертиза временной нетрудоспособности по основному заболеванию с учетом осложнения по железодефицитной анемии.

**Ответ к задаче№4.**

1.Обострение хронического пиелонефрита, железодефицитная вторичная анемия средней степени тяжести.

2.Лечение основного заболевания, параллельно с назначением препаратов железа пролонгированного действия, наблюдение за показателями красной крови в течение 1 года. Противорецидивная терапия 2 раза в год весной и осенью вместе с профилактикой пиелонефрита. Консультация гематолога.

**Ответ к задаче№5.**

1. Заболевание кишечника, постгеморрагический кишечный анемический синдром, средней степени тяжести.

2. Фенюльс по 1 капсуле 4 раза в день в течение 2 месяцев после выяснения причины кишечных кровотечений и устранения причин.

3. Наблюдение за анализами красной крови в течение 3 месяцев после обострения, при нормализации показателей ежеквартально с консультацией гстроэнтеролога, проктолога и гематолога.

**Ответ к задаче№6.**

1. В12-дефицитная анемия, хронический атрофический гастрит, среднетяжелое течение.

2. Анализ крови, мочи, ФГС

3. Мегалобластического типа, В12- дефицитной анемии.

4.Больная подлежит госпитализации в гастроэнтерологическое отделение с последующей диспансеризацией и наблюдением у участкового терапевта в течение 5 лет и проведением профилактических курсов лечения у гастроэнтеролога.

**Ответ к задаче№7.**

1. Вторичная железодефицитная анемия, вследствие меноррагий, средней степени тяжести.

2. Провести исследование свертывающей системы крови, консультацию гинеколога и гематолога, ЭКГ и биохимические показатели крови на белковые ферменты, печеночные пробы.

3. Лечение проводить временно по симптоматической терапии: железосодержащее питание, парентеральное введение препаратов железа под контролем анализа крови до полного обследования и установления диагноза.

4. Больная должна находиться на больничном листе до 30 дней, с последующей диспансеризацией и наблюдением участкового терапевта до 5 лет.

**Ответ к задаче№8.**

1. Подострый двухсторонний гломерулонефрит с анемическим синдромом, латентная форма течения заболевания, в стадии компенсации.

2.Лечение анемического синдрома на фоне лечения основного заболевания заключается в поддержании диеты и препаратов железа внутрь в течении 3 месяцев с последующим наблюдением больного в течении 5 лет*.*

3. МСЭ по основному заболеванию.

**Ответ к задаче№9.**

1. Онкологическое заболевание легких. Анемический синдром на фоне легочных геморрагий.

2. На фоне лечения основного заболевания у онколога, назначить парентеральное введение препаратов железа в течение 3 месяцев непрерывно.

3. Тактика ведения больного зависит от степени поражения легкого, оперативного лечения и дальнейшего прогноза заболевания, 2 группа инвалидности по основному заболеванию.

**Ответ к задаче№10.**

1. Железодефицитная анемия беременных, 2 степени тяжести, хлороз.

2. Лечение препаратами железа парентерально в течение 3 месяцев под контролем анализов крови и белковых фракций.

3. Наблюдение в поликлинике после родов в течение 3 лет. МСЭ в течение лечения по показателям крови.

**Литература:**

**Основная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.
2. Гастроэнтерология в поликлинической практике: уч. пособие для студентов/ Сост. А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова и др. ; под ред.проф. А.Я. Крюковой. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПР БГМУ Минздрава России, 2012. – 148 с.
3. Гастроэнтерология в поликлинической практике[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов/Сост. А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова и др.; под ред.проф. А.Я. Крюковой / ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон.текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.%20) - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 148 с.
4. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: уч. пособие для студентов/А. Я. Крюкова [и др.].- Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015. – Ч.2. - 78 с.
5. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов/ А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.%20) - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015. – Ч.2. - 78 с.
6. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012.–202 с.
7. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч. пособие для студентов[Электронный ресурс]/ А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru//elibdoc/elib449.pdf](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib449.pdf). - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 202 с.
8. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 114с.
9. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.%20)- Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 114 с.

**Дополнительная:**

1. Поликлиническая терапия: уч. пособие для студентов/А.Я.Крюкова [и др.]. – Уфа: Изд-воГилем. - 446 с.
2. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем, 2009. - 325 с.
3. Основы внутренней медицины: уч. пособие для студентов [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев / Электрон. текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>.– Москва:Изд-воГЭОТАР-Медиа. - 2014.
4. Гастроэнтерология: [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. -on-line. Режим доступа:<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432730.html>. – Москва:ГЭОТАР-Медиа. - 2015