**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.

«30» ноября 2016 г.

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: лечебное дело

Очно-заочное отделение

Семестр: 1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­3 Курс: 7

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕНА ТЕМУ:**

**«Анемический синдром. В12 дефицитная анемия в условиях поликлиники»**

Методические указания

для студентов

Уфа – 2016 г.

Тема практического занятия:«Анемический синдром. В12 дефицитная анемия в условиях поликлиники» в соответствии с ФГОС ВО (2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2016г. ректором Павловым В.Н.

Авторы: проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С.,

доц. Курамшина О.А., доц. Габбасова Л.В.

Рецензенты: д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Утверждено на заседании кафедры « 30» ноября 2016 г. протокол № 4

**«Анемический синдром. В12 дефицитная анемия в условиях поликлиники»**

**1. Актуальность темы:** Знание вопроса необходимо для своевременной диагностики и правильного лечения В12-дефицитной анемии. Дефицит витамина В12 развивается при разнообразных заболеваний, когда происходит трансформация нормобластического кроветворения в мегалобластическое, являющееся неэффективным. Заболевание широко встречается у пациентов пожилого возраста в сочетании с различной сопутствующей патологией. Своевременная диагностика В12-дефицитной анемии представляется чрезвычайно важной, поскольку назначение заместительной терапии витамином В12 позволяет полностью восстановить нормобластическое кроветворение и нормализовать уровень гемоглобина.

**2. Учебные цели:** овладение врачебными навыками ранней диагностики, проведения ВТЭ, назначения индивидуализированного лечения больных с В12-дефицитной анемией в усло­виях поликлиники.

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

* факторы риска;
* этиологию патогенез, современную классификацию;
* методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного доследова­ния больного;
* интерпретацию результатов лабораторно-инструментальных методов ис­следования;
* принципы ВТЭ;
* средства этиотропной, патогенетической, симптоматической медикаментозной и немедикаментозной терапии;
* особенности клинических проявлений и лечения заболевания у больных разных возрастных групп и при сочетанной патологии;
* принципы реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов;
* методы первичной, вторичной третичной профилактики.

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

* провести раннюю диагностику В12-дефицитной анемией;
* дифференцировать его с другими заболеваниями, имеющими сход­ную симптоматику;
* назначить план дополнительного обследования;
* оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных ис­следований;
* сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией при анемическом синдроме;
* осуществить своевременную госпитализацию больного;
* назначить больному индвидуализированное лечение;
* провести экспертизу нетрудоспособности;
* назначить комплекс профилактических мероприятий с применением ме­дикаментозных и немедикаментозных методов лечения;
* проводить мероприятия по первичной, вторичной профилактике В12-дефицитной анемии***.***

**Для формирования профессиональных компетенций студент 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.

**3. Необходимые базисные знания и умения:**

-анатомо-физиологические особенности органов и систем

-методика исследования

-возрастные особенности

**4. Вид занятия:** практическое занятие

**5. Продолжительность занятия**: 6 академических часов

**6. Оснащение кабинета:** таблицы, плакаты, диапроектор, альбомы по фармакотерапии, наборы результатов этапного хроматического дуоденального зондирования, набор снимков УЗИ, холецистография.

7 .**Содержание занятия:**

7.1. этап – организационный. Демонстрация преподавателем. Проверка готовности к занятию.

7.2.контроль исходного уровня знаний студентов с применением тестов.

7.3. ознакомление студентов с содержанием занятий. Изложение узловых методик практических приёмов по данной теме.

7.4. самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённой курации, выполнение лабораторных и исследований.

7.6. контроль усвоения студентами темы занятия с применением тестовых заданий, ситуационных задач и других видов контроля.

**Тесты освоения темы**

**Тестовый контроль исходного уровня знаний**

**Выберите один или несколько вариантов ответа**

1. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ:
2. гиперхромия эритроцитов
3. микроцитоз эритроцитов
4. глюкозурия
5. гиперурикемия

2.НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. инвазия широким лентецом
2. инвазия острицами
3. язвенная болезнь желудка
4. катаракта

3.НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ГЛУБОКОЙ ГИПЕРХРОМНОЙ АНЕМИИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ:

1. алкоголизм и недоедание
2. кровопотери
3. злоупотребление никотином
4. цирроз печени

4.В12 ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

1. через месяц
2. через полтора года
3. через 5 лет
4. через неделю

5.ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

1. хромота
2. боли за грудиной
3. жжение языка
4. близорукость

6.ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гипертромбоцитоз
2. лейкоцитоз
3. увеличение СОЭ
4. высокий цветной показатель

7.БОЛЬНОГО В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ:

1. всю жизнь
2. до нормализации уровня гемоглобина
3. 1 год
4. 5лет

8.СРЕДИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ РАЗЛИЧАЮТ:

1. наследственные
2. приобретенные
3. симптоматические
4. идиопатические
5. все перечисленные

9.АУТОИММУННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

1. срыва иммунологической толерантности
2. выработки антител против измененных эритроцитов
3. дефицита ферментов эритроцитов

10. ДЛЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

1. кровоточивость
2. присоединение инфекции
3. проливные поты
4. кожный зуд
5. верно а) и б)

11.ОСНОВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ВСАСЫВАЕТСЯ:

1. желудке
2. нисходящем отделе ободочной кишки
3. двенадцатиперстной кишке и тощей кишке
4. подвздошной кишке
5. верно а) и б)

12.ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ ЛУЧШЕ ВСЕГО:

1. в форме ферритина
2. в форме гемосидерина
3. в форме гема
4. в виде свободного трехвалентного железа
5. в виде свободного двухвалентного железа

13. ЗА СУТКИ ЖЕЛЕЗА МОЖЕТ ВСОСАТЬСЯ НЕ БОЛЕЕ:

1. 0,5 - 1,0 грамма
2. 2,0-2,5 грамма
3. 4,0-4,5 грамма
4. 10- 12 грамм

14. ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. обильных и длительных менструальных потерь
2. болезни Рандю-Ослера
3. геморроя
4. опухоли желудочно-кишечного тракта
5. хронического гастрита с пониженной секреторной функцией

15. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
2. гломусные опухоли
3. алкогольный гепатит
4. гематурическая форма гломерулонефрита
5. верно а) и б)

**Тестовый контроль конечного уровня знаний:**

**Выберите один или несколько вариантов ответа**

1. УКАЖИТЕ ПАТОГЕНЕЗ АНЕМИИ ПРИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ?

1. недостаток железа в организме
2. угнетение функции кроветворения
3. кровопотери
4. нарушение функции порфиринов

2. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. прямая проба Кумбса
2. непрямая проба Кумбса
3. определение осмотической резистентности эритроцитов
4. агрегат-гемаглютационная проба
5. определение комплемента в сыворотке.

3. ГИПОРЕГЕНЕРАТОРНЫЙ ХАРАКТЕР АНЕМИИ УКАЗЫВАЕТ НА:

1. наследственный сфероцитоз
2. аплазию кроветворения
3. недостаток железа в организме
4. аутоиммунный гемолиз

4. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ДОСТАТОЧНО ВЫЯВИТЬ:

1. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию
2. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и атрофический гастрит
3. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота
4. гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и мегалобластический тип кроветворения

5. ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ АНЕМИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ?

1. гипертонической болезни
2. хр. почечной недостаточности
3. синдромеИценго-Кушинга
4. акромегалии
5. В12 дефицитной анемии

6. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

1. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
2. гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты
3. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
4. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки
5. гипохромия, микроцитоз, положительная дисфераловая проба

7. УМЕРЕННАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. железодефицитной анемии
2. аутоиммунной гемолитической анемии
3. В12 дефицитной анемии
4. наследственного сфероцитоза в период криза
5. болезни Маркиафавы-Микелли

8. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТАМИНОМ В12:

1. обязательное сочетание с фолиевой кислотой
2. ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа от начала лечения
3. ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день от начала лечения
4. всем больным рекомендуется гемотрансфузии

9. ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ ГЕМОЛИЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. наследственный сфероцитолиз
2. болезни Маркиафавы-Микелли
3. болезни Жильбера

10. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ГЕМОЛИТИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ:

1. клонидин
2. резерпин
3. празозин
4. метилдопа

11. ПРИ В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

1. кроветворение мегалобластическое
2. эффективно лечение витамином В12
3. прогрессируют явления фуникулярногомиелоза
4. все вышеперечисленное

12.СРЕДИ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОТЕРИ КРОВИ ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. проба Грегерсона
2. проба Вебера
3. определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома
4. определение уровня железа в кале

13.ПРИЧИНУ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, СВЯЗАННОЙ С КРОВОПОТЕРЕЙ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ДИАГНОСТИРУЮТ С ПОМОЩЬЮ:

1. эндоскопического и рентгенологического исследования ЖКТ
2. селективной ангиографии чревного ствола и мезентеральных артерий
3. ревизии органов брюшной полости при диагностической лапаротомии
4. все перечисленное

14. ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У БЕРЕМЕННЫХ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. имевшийся ранее латентный дефицит железа
2. многоплодная беременность
3. несовместимость с мужем по системе АВО

15.ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СВОДЯТСЯ:

1. к своевременному переливанию цельной крови
2. к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно
3. к ликвидации причины железодефицита
4. назначению препаратов железа перорально на длительный срок
5. верно 3) и 4)

16.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1. препараты железа внутривенно в сочетании с мясной диеты
2. препараты железа внутривенно в сочетании в витаминами группы В
3. регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с диетой, богатой фруктами
4. препараты железа на длительный срок внутрь

17. ПРАВИЛЬНЫМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. вегетарианская диета с обилием фруктов
2. необходимость ежедневного приема икры, мяса птицы, рыбы
3. необходимость приема ежедневно печеночного паштета
4. длительный прием препаратов железа

18. НЕОБХОДИМОСТЬ В СРОЧНОМ ПЕРЕЛИВАНИИ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ ВОЗНИКАЕТ:

1. при острой массивной кровопотери
2. при угрозе анемической комы у больных пожилого возраста с В12 дефицитной анемией
3. при анемии у женщин с повторной беременностью
4. при анемии у женщин, готовящихся на операцию ампутации матки по поводу фибромиомы
5. верно 1) и 2)

19. БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЖДА СЛЕДУЕТ:

1. принимать препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью
2. включить в диету красную рыбу, гранаты, морковь
3. перелить эритроцитарную массу перед родами
4. сделать 10 внутривенных инъекций феррум-лека

20.УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ВЗРОСЛЫХ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ СВЯЗАНО С:

1. гемолитической анемией
2. железодефицитной анемией
3. множественной миеломой

***Ответы к вариантам тестов по контролю:***

А. Исходного уровня знаний

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| А | А | А | Б | В | Г | А | Д | А | Д | В | В | Б | Д | А |

Б. Конечного уровня знаний

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 1 | 1 |

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

*Учебно-исследовательская работа студентов*

-диетотерапия при В-12 дефицитной анемии

-санаторнo -курортное лечение больных В-12 дефицитной анемии

-Физиотерапия при В-12 дефицитной анемии

-фототерапия при В-12 дефицитной анемии

-оценка качества лечения больных с В-12 дефицитной анемии

в амбулаторных условиях

-особенности лечения у лиц пожилого возраста, беременных

**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. Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.

3. Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

**Дополнительная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед.ифармац. 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.

2.Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учебное пособие для студентов, обучающихся по спец. «Лечебное дело»/ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015 - 2015Ч. 1: учебное пособие/ сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - 2015. - 82 с.

3.Основы клинической гематологии: учебное пособие / С.А. Волкова, Н.Н. Боровков.— Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. медицинской академии, 2013. — 400 с.

4.Болезни крови в амбулаторной практике: руководство/ И. Л. Давыдкин, И. В. Куртов, Р. К. Хайретдинов [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 184с.

5. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения/ А.Я. Крюкова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Ю.А. Кофанова / 2012, Уфа, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России