

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО  
ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Факультетская терапия
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2022

**ТЕМА 14**

**Анемии**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская терапия»:

Разработаны:

Доц. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

О.В. Сергеева

Асс. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

И.В. Барабаш

Асс. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

Е.В. Симхес

Асс. кафедры «Факультетская терапия»

А.В. Русиди

Асс. кафедры «Факультетская терапия»

В.Д. Кудрявцева

Асс. кафедры «Факультетская терапия»

И.Н. Гачкова

Обсуждены

на заседании кафедры «Факультетская терапия»,  
зав. кафедрой

М.Е. Евсевьева

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2022 года набора очной формы обучения 20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П..

*Методические указания по дисциплине «Факультетская терапия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции*

1. **Цель:** изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся анемий

## 2. Учебные вопросы:

1. Этиология и патогенез наиболее часто встречающихся видов анемий (ЖДА, В12-, В9-дефицитные анемии)
2. Клинические проявления различных видов анемий
3. Современные подходы к диагностике ЖДА, В12-, В9-дефицитных анемий
4. Современные подходы к терапии анемического синдрома различной этиологии
5. Профилактика анемий

## 3. Теоретическая часть

Анемия – синдром, обусловленный уменьшением массы циркулирующих эритроцитов. Все анемии считаются вторичными и обычно являются симптомом основного заболевания.

ЖДА — полиэтиологичное заболевание, развитие которого связано с дефицитом железа в организме из-за нарушения поступления, усвоения или повышенных потерь данного микроэлемента, характеризующееся микроцитозом и гипохромной анемией.

Фолиеводефицитная анемия (ФДА) – это анемия, развивающаяся вследствие дефицита фолиевой кислоты. Основными характеристиками ФДА являются мегалобластный эритропоэз в костном мозге и макроцитарная гиперхромная анемия, зачастую сопровождающаяся тромбоцитопенией и нейтропенией.

В12-дефицитная анемия (мегалобластная анемия, пернициозная анемия, болезнь Аддисона-Бирмера), характеризуется прогрессирующей гиперхромной, макроцитарной анемией, гиперсегментацией ядер нейтрофилов, мегалобластным эритропоэзом и морфологическими аномалиями других ростков кроветворения в костном мозге; в отличие от других анемий, В12-дефицитная анемия часто ассоциируется с развитием патологических психо-неврологических симптомов (фуникулярный миелоз)

## 4. Практическая часть

### Задание 1.

Проведите опрос и осмотр пациента с анемией в клиническом отделении, по результатам чего оформите «Кураторский листок» (сформулируйте предварительный клинический диагноз; составьте план обследования и трактовки лабораторно-инструментальных методов обследования; составьте план лечения)

### Задание 2. Выполните практико-ориентированное задание:

#### Задача №1

Больная 56-х лет обратилась к врачу с жалобами на снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приёма любой пищи, отрыжку воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул, жжение и боли в кончике языка. Выше указанные жалобы беспокоят больную на протяжении 2-х месяцев.

В анамнезе хронический атрофический гастрит.

При осмотре: кожные покровы бледные с лимонно-жёлтым оттенком, склеры иктеричны. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы над областью сердца и крупными сосудами не выслушиваются, ЧСС 72 уд/мин., АД 110/70 мм.рт.ст.. Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сосочков, отпечатки зубов, налёта нет, живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

ОАК: гемоглобин - 85 г/л, эритроциты -  $2,0 \cdot 10^{12}/л$ , ЦП - 1,3, ретикулоциты-4%, лейкоциты -  $3,0 \cdot 10^9/л$ , пал. - 2 %, сегм. -68%, лимф. – 25 %, мон. – 5 %, тромбоциты –  $110 \cdot 10^9/л$ , СОЭ - 45мм/час, выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Назначьте лечение.

### Задача №2

Пациентка З. 21 года, инвалид с детства (ДЦП), поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи, извращение вкуса (ест землю), неустойчивый стул, отказ от мясных продуктов.

При поступлении в стационар состояние тяжёлое. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные. В углах рта «заеды». В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный.

ОАК: Нв – 60 г/л, эр –  $2,6 \times 10^{12}/л$ , ретикулоциты – 0,4%, ЦП – 0,63, СОЭ – 15 мм/ч.

БАК: сыв. железо – 3,1 мкмоль/л (норма 10,6-33,6 мкмоль/л), билирубин общий – 20,0 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно): отрицательно.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Консультация какого специалиста необходима данному пациенту.
4. План дополнительного обследования
5. Назначьте лечение

### **5. Вопросы для собеседования**

1. Классификация анемий.
2. Оценка гистологических и цитологических исследований при анемиях.
3. Этиология железодефицитной анемии. Обмен железа в организме.
4. Основные критерии диагностики железодефицитных анемий.
5. Клинические проявления железодефицитной анемии
6. Современные схемы проведения терапии железодефицитных анемий, диетотерапия.
7. Причины дефицита витамина В12.
8. Патопатология В12 -дефицитной анемии.
9. Основные клинические признаки В12-дефицитной анемии.
10. Принципы терапии В12-дефицитной анемии.
11. Причины дефицита фолиевой кислоты, диагностика фолиеводефицитной анемии.
12. Принципы лечения В9-дефицитной анемии

### **6. Тестовые задания:**

**1. Панцитопения в периферической крови наблюдается при всех заболеваниях, кроме:**

- А. лейкопеническая форма острого лейкоза
- Б. пароксизмальная ночная гемоглобинурия
- В. В-12-дефицитная анемия
- Г. гиперспленизм
- Д. аутоиммунная гемолитическая анемия

**2. Укажите характерный признак апластической анемии:**

- А. гипохромия эритроцитов
- Б. анизо-пойкилоцитоз
- В. макроцитоз эритроцитов
- Г. панцитопения
- Д. повышение уровня сывороточного железа

**3. Какой фактор необходим для всасывания витамина В12:**

- А. соляная кислота
- Б. гастрин
- В. гастромукопротеин
- Г. пепсин
- Д. фолиевая кислота

**4. Чем обусловлены жалобы на парестезии в стопах и неустойчивость походки при В12-дефицитной анемии:**

- А. гипокалиемией
- Б. фуникулярным миелозом
- В. алкогольной энцефалопатией
- Г. остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения
- Д. ангиопатией артерий нижних конечностей

**5. С какого метода следует начинать лечение аутоиммунной гемолитической анемии:**

- А. назначение НПВС
- Б. назначение иммунодепрессантов
- В. назначение глюкокортикоидов
- Г. спленэктомия
- Д. проведение гемотрансфузии

**6. Какой признак не соответствует диагнозу железодефицитная анемия:**

- А. цветовой показатель 0,7
- Б. гипохромия эритроцитов
- В. микроцитоз
- Г. анизо-пойкилоцитоз
- Д. гиперсегментация ядер нейтрофилов

**7. Для железодефицитной анемии характерны все показатели, кроме:**

- А. отсутствие отложения железа в костном мозге
- Б. низкий уровень ферритина в крови
- В. гипохромия и микроцитоз эритроцитов
- Г. эффект от лечения препаратами железа в течении месяца
- Д. мегалобластоз костного мозга

**8. Какой из перечисленных признаков наиболее характерен для аутоиммунной гемолитической анемии:**

- А. ретикулоцитоз

- Б. трофические язвы
- В. спленомегалия
- Г. увеличение уровня Г-6-ФД
- Д. положительный прямой тест Кумбса

**9. Укажите признак, характерный для апластической анемии:**

- А. снижение кроветворения в костном мозге
- Б. сохранение клеточного состава костного мозга
- В. наличие признаков гемобластоза
- Г. повышение уровня сывороточного железа
- Д. мегалобластный тип кроветворения

**10. Развитие железодефицитной анемии у женщин можно связать со**

- А. следующими данными анамнеза:
- Б. резекцией желудка
- В. нефрэктомией
- Г. гиперсекреторным гастритом
- Д. обильными и продолжительными менструациями

**11. Какое лечение необходимо больному с пернициозной анемией:**

- А. гемотрансфузии
- Б. витамин В12 внутрь
- В. витамин В12 внутримышечно
- Г. фолиевая кислота
- Д. препараты железа

**12. К симптомам анемии относятся все, кроме:**

- А. одышка
- Б. бледность
- В. сердцебиение
- Г. петехии
- Д. гиперчувствительность к холоду

**13. Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для:**

- А. хронической кровопотери
- Б. острой кровопотери
- В. апластической анемии
- Г. гемолитической анемии
- Д. верно 2) и 4)

**14. Признаками дефицита железа являются все перечисленные, кроме:**

- А. выпадение волос
- Б. ломкость ногтей
- В. иктеричность
- Г. койлонихии
- Д. извращение вкуса

**15. Препараты железа назначаются:**

- А. на срок 1-2 недели
- Б. длительно в течении 2-3 месяцев
- В. рекомендуются в сочетании с аскорбиновой кислотой
- Г. предпочтителен пероральный путь введения
- Д. предпочтителен парентеральный путь введения

Е. верно 2), 3), 5)

**16. Гипохромная анемия:**

- А. может быть только железодефицитная
- Б. возникает при нарушениях синтеза порфиринов
- В. возникает при дефиците железа
- Г. возникает при нарушении синтеза цепей глобина
- Д. все вышеперечисленное
- Е. верно 2), 3), 4)

**17. Гипорегенераторный характер анемии указывает:**

- А. на наследственный сфероцитоз
- Б. на аплазию кроветворения
- В. на недостаток железа в организме
- Г. на аутоиммунный гемолиз
- Д. ничего из вышеперечисленного

**18. Клиническими проявлениями фолиеводефицитной анемии являются:**

- А. парастезии
- Б. признаки фуникулярного миелоза
- В. иктеричность
- Г. бледность

**19. Анурия и почечная недостаточность при гемолитической анемии:**

- А. не возникает никогда
- Б. возникает только при гемолитико-уремическом синдроме
- В. возникает всегда
- Г. характерна для внутриклеточного гемолиза
- Д. характерна для внутрисосудистого гемолиза

**20. Наиболее информативным исследованием для диагностики гемолитической анемии, связанной с механическим повреждением эритроцитов эндокардиальными протезами, является:**

- А. прямая проба Кумбса
- Б. непрямая проба Кумбса
- В. определение продолжительности жизни меченных эритроцитов
- Г. больного
- Д. определение продолжительности жизни эритроцитов донора
- Е. ничего из вышеперечисленного