# Общие сведения.

1. ФИО: *Л-ев Иван*
2. Возраст: *5 лет (22.10.2001 г)*
3. Пол: *мужской*
4. Место жительства:
5. Родители:
* Мать:
* Отец:
1. Дата поступления *22.10.2001*
2. Время курации:
3. **Клинический диагноз**:

**основное заболевание**: *Железодефицитная анемия тяжелой степени*

**осложнения основного заболевания**:

1. **Сопутствующие заболевания** – *Лямблиоз. Пупочная грыжа.*

# 06.11.2001 г.

# Жалобы

**Основные жалобы:** желтушность кожных покровов, извращение аппетита (со слов матери ребенок в течение месяца тайком ест мыло, семечки с шелухой, собственный слущивающийся эпидермис). Также отмечаются боли в животе. Боли умеренные, локализуются в эпигастрии, возникают независимо от приема пищи, не иррадиируют, проходят самостоятельно. Возникновение болей мать связывает с бегом ребенка.

**Общие жалобы**: слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, раздражительность, головная боль, беспокойный сон.

**Жалобы при расспросе по системам**: Жалоб при расспросе по системам на момент курации не выявлено.

# Anamnesis morbi

Считает себя больным около месяца, когда мать после приезда ребенка из деревни отметила слегка желтоватую окраску кожи ребенка. Также мать заметила, что ребенок начал тайком есть мыло, семечки с шелухой, а также собственную кожу после расчесов. Также ребенок стал предъявлять жалобы на боли в животе после бега, а также жалобы на слабость, раздражительность, головную боль, беспокойный сон. После обращения к участковому педиатру 14 октября 2001 года было дано направление на общий анализ крови, в котором было обнаружено снижение уровня гемоглобина до 65 г/л, по поводу чего было рекомендовано лечение в условиях стационара. Однако от госпитализации мать отказалась, считая, что сможет повысить содержание гемоглобина у ребенка путем кормления пищей с повышенным содержанием мясных и рыбных продуктов. 19.10.2001 был проведен повторный общий анализ крови, в котором уровень гемоглобина остался прежним (65 г/л). Ребенок был направлен участковым педиатром на госпитализацию в ОДКБ, куда и поступил 22 октября.

# Anamnesis vitae

Ребенок от четвертой беременности. Первая закончилась в 1992 году срочными родами здорового мальчика с массой при рождении 3200; беременность протекала без осложнений. Вторая и третья беременности закончились медицинскими абортами.

Четвертая беременность протекала с токсикозом первой половины беременности (ежедневная рвота по утрам), вторая половина беременности протекала без особенностей. Роды при сроке 39-40 недель, без особенностей. Родился с массой при рождении 3600 грамм, закричал сразу. Ребенок был приложен к груди в родильном зале. При рождении была выявлена пупочная грыжа. На естественном вскармливании ребенок находился в течение 1 года 3 месяцев. На первом году жизни ребенок болел редко(2 случая ОРЗ), прибавлял хорошо. Пищевой аллергии не отмечалось. Ходить начал рано (9 месяцев). Прививки по возрасту.

 До настоящего времени ребенок болел в основном простудными заболеваниями, в стационаре ни разу не лечился.

Операций и гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Из травм мать отмечает, что в возрасте около 3х лет у ребенка во время катания с матерью на велосипеде нога попала в колесо, в результате чего ребенок, со слов матери, потерял значительное количество крови. После травмы к врачу обращения не было.

Наследственность: по материнской линии у бабушки – врожденный порок сердца; по отцовской линии ожирение.

Материально-бытовые условия удовлетворительные, живут в благоустроенной квартире.

Мать курит, хотя во время беременности не курила. Отец курит, умеренно употребляет спиртное.

# Status praesens

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, поведение адекватное, самочувствие удовлетворительное.

Телосложение пропорциональное. Кожа бледная, упитанность удовлетворительная. Мышцы развиты удовлетворительно, видимых деформаций костей и суставов нет.

***Обследование по системам.***

Кожа бледная, высыпаний, расчесов нет. Влажность кожи умеренная, эластичность сохранена. Симптом «щипка» и «жгута» отрицательный. Дермографизм красный.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Толщина жирового слоя на уровне пупка, под реберной дугой, под углами лопаток, на плечах и бедрах – 1,5 см. Тургор сохранен.

Видимого увеличения регионарных лимфоузлов нет, кожа над ними бледная, рубцы и свищи отсутствуют. Пальпируются подчелюстные, подмышечные лимфоузлы до 5 мм в диаметре, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные

Мышцы развиты нормотрофично, симметрично; при пальпации мышцы безболезненны; тонус и сила сохранены, одинаковы с обеих сторон.

При осмотре костей деформаций, искривлений не выявлено. На поверхности костей неровностей, утолщений нет; размягчения и болезненности при пальпации не выявлено. Голова округлой формы, симметричная. Грудная клетка обычной формы, симметричная; эпигастральный угол прямой. Физиологические изгибы сохранены.

Величина и форма суставов сохранена, кожа над суставами бледная, при пальпации болезненности, флюктуации не выявлено. Движения в полном объеме, безболезненные, хруста нет.

*Исследование органов дыхания*.

Носовое дыхание свободно. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Экскурсия грудной клетки в полном объеме. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, глубина средняя, частота – 20 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии ясный одинаковый лёгочный звук с двух сторон. Симптомы Кораньи, Аркавина, чаши Философова отрицательные.

***Нижние границы легких***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Слева** | **Справа** |
| **Средне-ключичная линия** |  | VI ребро |
| **Средняя подмышечная линия** | VШ ребро | VII ребро |
| **Лопаточная линия** | X ребро | X ребро |

Подвижность нижних краев – 3 см.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

*Исследование органов кровообращения*.

При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Патологической пульсации над областью сердца и крупных сосудов нет.

 Границы относительной сердечной тупости: ***правая*** – V межреберье у правого края грудины; ***левая*** – совпадает с верхушечным толчком, V межреберье на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии; ***верхняя*** – второе межреберье. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. I тон на верхушке громкий, низкий, продолжительный. Отмечается усиление II тона над легочной артерией. Частота сердечных сокращений 94 в минуту. Сердечные и внесердечные шумы не прослушиваются.

Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, напряжение и наполнение удовлетворительные, величина и форма не изменены, частота – 94 в минуту. Сосудистая стенка гладкая, эластичная.

***Артериальное давление***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Систолическое** | **Диастолическое** |
| **Справа** | 90 мм рт.ст. | 60 мм рт.ст. |
| **Слева** | 90 мм рт.ст. | 60 мм рт.ст. |

*Исследование органов пищеварения*.

Полость рта: губы розовые, высыпаний, трещин нет, дёсна розовые. Имеются кариозные зубы. Язык обычных размеров, влажный, налёта нет.

Живот обычных размеров, симметричный, не изменен. Рубцов и грыжевых выпячиваний нет. Венозная сеть не выражена. В области анального отверстия и перианальной области патологии не выявлено.

При поверхностной пальпации живот не напряжен, грыжевые выпячивания и патологические образования передней брюшной стенки не обнаруживаются. Расхождение прямых мышц живота отсутствует. Отмечается расширение пупочного кольца диаметром до 1 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра диаметром 1,5 см, эластичная, поверхность ее гладкая, безболезненная, умеренно подвижная, не урчит.

Сигмовидная кишка пальпируется в обычном месте в виде цилиндра диаметром 1,5 см, эластичная, поверхность гладкая, безболезненна, урчит. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется.

Желудок при пальпации безболезненный.

Печень пальпируется у края реберной дуги, безболезненная, край ее ровный, эластичный, закруглен, легко подворачивается Размеры печени по Курлову 9-9-7 см.

Симптомы Кера, Мерфи, Мюсси, Ортнера отрицательные.

Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

*Исследование почек, мочевого пузыря*.

Периферические отеки при осмотре не обнаруживаются. Почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненные. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без изменений.

*Репродуктивная система*

Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички опущены в мошонку, при пальпации безболезненные.

*Физическое развитие на момент осмотра.*

Масса тела – 20 кг; рост 110 см; окружность грудной клетки – 57 см; окружность головы – 51 см.

Физическое развитие мезосоматичского типа, гармоничное.

#### Предварительный диагноз:

Учитывая жалобы на желтушность кожных покровов, извращение аппетита (семечки, мыло, эпидермис), а также наличие общих жалоб (слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, раздражительность, головная боль, беспокойный сон), а также объективная бледность пациента, тахикардия позволяют заподозрить наличие железодефицитной анемии.

**План обследования**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови, включая исследование сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови.
4. Кал на яйца гельминтов
5. Соскоб на яйца гельминтов

**Лабораторные данные**

**RW от 24.10.01** отрицательно

**Общий анализ крови (22.10.2001)**

Гемоглобин **68** г/л

Эритроциты **2,9х1012**/л, *выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз, анизохромия*

Лейкоциты 6,7х109/л

СОЭ 6 мм/ч

Время кровотечения – 10 секунд

Скорость свертывания – 3 минуты 20 секунд

###### Лейкоцитарная формула

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Базофилы | Эозинофилы | Нейтрофилы | Лимфоциты | Моноциты |
| Миело­циты | Юные | Палочко­ядерные | Сегменто­ядерные |
| Норма | 1 | 3 |  |  | 4 | 3 | 23 | 6 |
| Границы | 0-1 | 2-4 |  | 0-3 | 3-5 | 51-67 | 20-25 | 4-8 |
| Найдено при исследовании |  | **6** |  |  |  | **48** | **39** | **7** |

*Заключение:*Анемия тяжелой степени.

**Общий анализ крови (24.10.2001)**

Гемоглобин **73** г/л

Эритроциты **2,8х1012**/л, *выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз, анизохромия*

Ретикулоциты 1,3%

Среднее содержание гемоглобина в одном эритроците **26** нг

Лейкоциты 6,1х109/л

СОЭ 7 мм/ч

###### Лейкоцитарная формула

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Базофилы | Эозинофилы | Нейтрофилы | Лимфоциты | Моноциты |
| Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сегментоядерные |
| Норма | 1 | 3 |  |  | 4 | 3 | 23 | 6 |
| Границы | 0-1 | 2-4 |  | 0-3 | 3-5 | 51-67 | 20-25 | 4-8 |
| Найдено при исследовании |  | **4** |  |  |  | **44** | **47** | **5** |

*Заключение:*Анемия средней степени тяжести.

**Общий анализ крови (1.11.2001)**

Гемоглобин **95** г/л

Эритроциты **3,4х1012**/л, *выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз, анизохромия*

Лейкоциты **13х109**/л

СОЭ 5 мм/ч

###### Лейкоцитарная формула

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Базофилы | Эозинофилы | Нейтрофилы | Лимфоциты | Моноциты |
| Миело­циты | Юные | Палочко­ядерные | Сегменто­ядерные |
| Норма | 1 | 3 |  |  | 4 | 3 | 23 | 6 |
| Границы | 0-1 | 2-4 |  | 0-3 | 3-5 | 51-67 | 20-25 | 4-8 |
| Найдено  |  |  |  |  |  | **64** | **35** | **1** |

*Заключение:*Анемия легкой степени тяжести. Лейкоцитоз.

**Общий анализ мочи (24.10.2001)**

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность прозрачная

Реакция – кислая

Плотность 1008

Белок отрицательно

Желчные пигменты - отрицательно

 *При микроскопическом исследовании:*

Эпителиальные клетки 1-3 в поле зрения

Эритроциты 0-1 в поле зрения

Лейкоциты отсутствуют

Оксалаты **+**

*Заключение:* Вариант возрастной нормы.

**Биохимический анализ крови (24.10.2001)**

Общий биллирубин 10,3 мкмоль/л

АлАТ 19,2

АсАТ 19,8

Общий белок 75 г/л

Сывороточное железо **2,6** ммоль/л

Общая железосвязывающая способность сыворотки крови

**100,4** мкмоль/л

*Заключение:* Снижение уровня сывороточного железа. Повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови.

**Кал на яйца гельминтов (24.10.2001**)

Яйца гельминтов не обнаружены.

**Соскоб на яйца гельминтов (24.10.2001)**

Яйца гельминтов не обнаружены.

**Кал на яйца гельминтов (25.10.2001**)

Обнаружены цисты лямблий.

**Соскоб на яйца гельминтов (25.10.2001)**

Яйца гельминтов не обнаружены.

**Биохимический анализ мочи (25.10.2001)**

Креатинин 53,1 мкм/л

Остаточный азот 20,8 ммоль/час

Мочевина 3,4 ммоль/л

*Заключение:* Вариант возрастной нормы.

**УЗИ органов брюшной полости (25.10.2001)**

Печень – 92 мм по среднеключичной линии, контур ровный, эхоструктура однородная, эхоплотность обычная.

**Желчный пузырь –** не увеличен; форма обычная; стенки не изменены. Портальная вена не изменена 8 мм; холедох не изменен; нижняя полая вена не изменена; селезеночная вена не изменена.

**Поджелудочная железа –** головка и хвост не увеличены, структура однородная; тело не увеличено. Контур ровный, четкий, структура однородная.

**Селезенка** – размеры 77х23 мм; структура однородная; контуры ровные; эхоплотность не изменена.

**Почки.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dexter** | **Sinister** |
| **Расположение** | обычное | обычное |
| **Контуры** | ровные | ровные |
| **Размеры** | 74х29 мм | 73х28 мм |
| **Паренхима** | 9 мм | 9 мм |
| **Конкременты** | не определяются | не определяются |

**Заключение:** Без структурных изменений

**Диагноз: Железодефицитная анемия легкой степени. Лямблиоз. Пупочная грыжа.**

Обоснование диагноза

В пользу диагноза **«Железодефицитная анемия легкой степени»** говорят такие факты как:

* жалобы на желтушность кожных покровов, извращение аппетита (мыло, семечки с шелухой, собственный слущивающийся эпидермис);
* общие жалобы: слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, раздражительность, головная боль, беспокойный сон;
* снижение в периферической крови уровня гемоглобина, эритроцитов; качественные изменения эритроцитов (анизоцитоз, пойкилоцитоз, анизохромия);
* снижение среднего содержания гемоглобина в 1-ом эритроците;
* снижение в биохимическом анализе крови уровня сывороточного железа;
* повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови;

#### Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз железодефицитной анемии следует проводить с анемиями другого генеза, а также с заболеваниями, течение которых сопровождается развитием анемии.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Железодефицитная анемия** | **В12-дефицитная анемия** | **Острый лимфобластный лейкоз** |
| **Этиология** | 1. **Низкие запасы железа при рождении** (недоношенность, анемия у матери, кровопотеря в перинатальном периоде и др.)
2. **Алиментарые факторы** (искусственное вскармливание, позднее введение прикорма, вегетарианская пища, питание цельным коровьим молоком и др.)
3. **Избыточные потери или потребление белка** (острые и хронические инфекционные заболевания; кровопотери; подростки атлеты; ювенильные гормональные перестройки; токсические факторы и др.)
 | Дефицит витамина в питании (вегетарианство), наследственные нарушения (врожденный дефицит сорбции – внутреннего фактора Касла, транспорта и метаболизма витамина В12). Приобретенные дефекты абсорбции витамина в терминальном отделе подвздошной кишки при целиакии, квашиоркоре, маразме, регионарном илеите, множественном дивертикулезе тонкой кишки; дифиллоботриозе, резекциях желудка и подвздошной кишки. | Не установлена. Возможно, ретровирусы. |
| **Патогенез** | Недостаток железа - нарушение синтеза гемоглобина - снижение содержания гемоглобина в эритроцитах - гипоксия  | Недостаток витамина В12 – неэффективный эритропоэз – появление в крови незрелых форм - гипоксия | Появление опухолевой клетки белой крови – создание лейкозного клона – вытеснение других ростковых элементов |
| **Клинические проявления** | Астеноневротический синдром. Общие жалобы.Характерно извращение аппетита. | Характерно поражение кроветворения, ЖКТ, неврной системы (фуникулярный миелоз) | Интоксикационый синдром, геморрагический. Вторичный иммунодефицит. Поражение костной системы. |
| **Изменения в ОАК** | Снижение Hb, эритроцитов, цветового показателя. Анизацитоз с тенденцией к пойкилоцитозу. Шизоцитоз. Снижение среднего содержания гемоглобина в 1-ом эритроците. | Резкое снижение эритроцитов, гемоглобина. Цветовой показатель повышен. Макроциты (мегалоциты). Кольца Жабо. Снижение ретикулоцитов. Лейкопения. Гиперсегментированные нейтрофилы. Резкое преобладане мегалобластов. | Лейкопения, анемия, тромбоцитопения. Бластные клетки. |
| **Биохимеческое исследование крови.** | Снижение в биохимическом анализе крови уровня сывороточного железа;повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови; | Повышение уровня непрямого билирубина, повышение содержание железа. | Специфических изменений нет. Для диагностики используют цитохимические реакции. |
| **Изменения в костном мозге.** | Снижение уровня сидеробластов. | Преобладание мегалобластов больших размеров с нежной структурой ядра как на ранних, так и на поздних стадиях созревания клеток.  | Преобладание бластных клеток. |
| **Лечение** | Препараты железа | Парентеральное введение витамина В12 | Полихимиотерапия |
| **Прогноз** | Благоприятный при своевременном лечении | Благоприятный при своевременном лечении | У 95% больных достигают ремиссии к концу первого месяца терапии. |

# Общие принципы лечения

# Преимущественное назначение препаратов внутрь и редкость парентерального из-за побочных эффектов (аллергические реакции, постинъекционные абсцессы и флебиты, гипотензия, увеличение риска бактериальных инфекций вплоть до сепсиса, гемосидероз и др.);

1. Препараты закислого (двухвалентного) железа лучше всасываются, чем окислого (трехвалентного), а потому их давать предпочтительнее;
2. Суточная доза должна составлять по элементарному железу 5-6 мг/ кг; большие дозы не увеличивают эффективность лечения, но дают больше побочных эффектов (расстройства функции ЖКТ, вплоть до изъязвлений, стенозов, непроходимость; увеличение риска кишечных инфекций), суточную дозу препарата делят на 3 приема;
3. В первые несколько дней лечения для установления переносимости препарата доз может быть вдвое меньшей;
4. Длительность назначения железа в лечебной дозе должна быть не менее 3 мес., ибо на первом этапе это купирующая терапия, восполняющая уровень гемоглобина и периферические запасы железа (обычно около 1-1,5 мес.); на втором этапе необходимо восстановить тканевые запасы железа и на третьем – осуществить противорецидивные мероприятия;
5. Препараты железа надо давать в промежутке между едой и запивать их свежими фруктовыми или овощными соками (особенно хороши цитрусовые соки);
6. Нельзя запивать препараты железа молоком;
7. Одновременное назначение с препаратами железа оскорбиновой кислоты и витамина Е увеличивает эффект лечения;
8. Нет необходимости одновременно с препаратами железа назначать витамины В6 и В12, фолиевую кислоту – при отсутствии спецпальных показаний;
9. Показаниями для парентерального назначения препаратов железа являются:
	* Наличие патологии кишечника с нарушенным всасыванием (синдромы мальабсорбции, энтериты, язвенно-некротический энтероколит);
	* Непереносимость принимаемых внутрь препаратов железа

**Суммарная доза препаратов железа для парентерального введения на курс лечения (в мг) равна:**

**М\*(78-0,35\*Hb)**

где Hb – уровень гемоглобина больного в г/л;

М – масса больного в кг;

*Препарат вводят вначале в дозе 25 мг и далее через каждые 3 дня по 50 мг; после окончания курса необходимо назначить препараты железа внутрь.*

# Лечение.

1. Режим – общий
2. Диета № 15
3. Ферротерапия
	* Курсовая доза 20\*(78-0,35\*68)\*20\*0,4=1084 мг
	* Препарат Ferrum-lec
	* Первая инъекция 25 мг внутримышечно, последующие инъекции по 50 мг внутримышечно через день № 21
4. Витаминотерапия:
* Sol. Thiamini 2,5%-0,5 ml № 10 по 0,5 мл 1 раз в день внутримышечно через день, чередуя с витамином В6
* Sol. Руridoxini 5%-1,0 ml № 10 по 1,0 мл 1 раз в день внутримышечно через день, чередуя с витамином В1
* Sol. Тосоpheroli асеtatis oleosa 5%-10 ml. По 20 капель 1 раз в день через день.
1. Антигельминтная терапия
* Metronidazoli 0,25 по 1/2.таблетки 2 раза в день в течение 7 дней.

#### Дневник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Состояние больного** | **Лечение** |
| **8.11.2001** | . Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Мать отмечает улучшение аппетита.Жалоб нет. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены.Дыхание везикулярное, хрипов нет.Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительных свойств, с частотой 70 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст.Язык влажный. Живот мягкий безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез адекватный. **Диагноз**: Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Лямблиоз. Пупочная грыжа.***Рекомендовано*:** продолжать лечение. | * Ferrum-lec 1,0 мл внутримышечно
* Sol. Thiamini 2,5% - 0,5 ml внутримышечно
* Sol. Тосоpheroli асеtatis oleosa 5%-10 ml. по 20 капель 1 раз в день
* Metronidazoli 0,25 по 1/2.таблетки 2 раза в день в течение 7 дней
 |
| **9.11.2001** | . Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Жалоб нет. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены.Дыхание везикулярное, хрипов нет.Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительных свойств, с частотой 70 в минуту. АД 90/60 мм рт. ст.Язык влажный. Живот мягкий безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез адекватный. **Диагноз**: Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Лямблиоз. Пупочная грыжа.***Рекомендовано*:** продолжать лечение. | * Sol. Руridoxini 5%-1,0 ml по 1,0 мл 1 раз в день внутримышечно
* Sol. Тосоpheroli асеtatis oleosa 5%-10 ml. по 20 капель 1 раз в день
* Metronidazoli 0,25 по 1/2.таблетки 2 раза в день в течение 7 дней
 |

# Эпикриз

Л-ев Иван, 5 лет, поступил в ОДКБ 22 октября с жалобамина желтушность кожных покровов, извращение аппетита (мыло, семечки с шелухой, собственный слущивающийся эпидермис), слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, раздражительность, головная боль, беспокойный сон. В анализах крови была выявлена анемия со снижением гемоглобина до 68 г/л, эритроцитов – до 2,9\*1012 в литре; также качественные изменения эритроцитов (анизоцитоз, пойкилоцитоз, анизохромия). Учитывая снижение среднего содержания гемоглобина в 1-ом эритроците, снижение в биохимическом анализе крови уровня сывороточного железа, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови был поставлен диагноз «Железодефицитная анемия тяжелой степени» и начата ферротерапия (Ferrum-lec, курсовая доза 1080 мг, первая инъекция 25 мг внутримышечно, последующие инъекции по 50 мг внутримышечно через день № 21). Кроме того, в анализе кала были обнаружены цисты лямблий, по поводу чего была назначена противогельминтная терапия.(Metronidazoli 0,25 по 1/2.таблетки 2 раза в день в течение 7 дней). Также проводилась витаминотерапия (В1, В12, Е). Лечение получает, динамика положительная (повышение уровня гемоглобина до 95 г/л, улучшение общего самочувствия). Прогноз для жизни и для заболевания благоприятный.

# Рекомендации

* + 1. Наблюдение участковым педиатром под контролем общего анализа крови.
		2. Продолжить прием железосодержащих препаратов в течение 3-4 недель после нормализации уровня гемоглобина для восстановления тканевых депо организма.