**Введение**

Проблема диагностики и лечения анемий является одной из самых актуальных в современной терапевтической практике. Анемии возникают во все периоды жизни человека. Проблема имеет важное социальное значение. Анемиями страдает одна треть населения российской федерации: 40% случаев это беременные женщины, 25-30% это молодой и средний возраст, а в пожилом и старческом возрасте страдает 30% населения. Причинами является экология, питание, неблагоприятные факторы внешней среды, стрессы и нередко различные заболевания. Данная болезнь приводит к нарушению трудоспособности и ухудшению качества жизни пациентов.

Выбор темы « сестринский процесс при анемии » обусловлен её актуальностью для практического здравоохранения.

**Предмет изучения:** сестринский процесс при анемии.

**Объект исследования**: сестринский процесс.

**Целью исследования**, изучение сестринского процесса при анемии у пациентов гематологического отделения ГКБ №52

**Для достижения поставленной цели исследования необходимо изучить:**

* этиологию и предрасполагающие факторы анемии;
* клиническую картину и особенности диагностики;
* методы обследований и подготовку к ним;
* принципы лечения и профилактики анемии;
* манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;
* особенности сестринского процесса при анемии.

**Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:**

* два случая, иллюстрирующие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациентов с анемией;
* основные результаты обследования и лечения пациентов с анемией необходимые для заполнения листа сестринских вмешательств.

**Методы исследования**

* научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
* биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
* психодиагностический (беседа);
* эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования:

1. организационный (сравнительный, комплексный) метод;
2. субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
3. объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные).

**Практическая значимость**

Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской помощи пациентам с анемиями.

1. **Анемии и их классификация**

Анемия (от греч. an — отрицать и hбima — кровь), малокровие, группа заболеваний, характеризующихся снижением содержания в эритроцитах гемоглобина (красящее вещество крови, переносящее кислород), количества эритроцитов в единице объёма крови человека. Анемии являются самостоятельным или сопутствующим симптомом многих заболеваний внутренних органов, инфекционных и онкологических болезней.

**Анемии делятся на:**

* анемии вследствие кровопотери (постгеморрагические);
* анемии вследствие нарушения кровообразования (В-12-дефицитные и железодефицитные);
* анемии вследствие усиленного разрушения эритроцитов (гемолитические).

**Острая постгеморрагическая анемия**

Возникает в результате значительной кровопотери (ранения, травмы, операции). Клинически такая анемия проявляется слабостью, бледностью кожных покровов, головокружениями, шумом в ушах, снижением АД, пульс становится частым, малым, мягким.

**Хроническая постгеморрагическая анемия**

Является следствием часто возникающих небольших кровотечений, причинами которых могут быть язвенная болезнь желудка, геморрой и пр. Анемия развивается медленно, больные жалуются на утомляемость, слабость, головокружение, отмечается бледность кожных покровов, снижение АД, снижение трудоспособности.

**1.1 Железодефицитная анемия, этиология и её факторы**

Железодефицитная анемия – это широко распространенное патологическое состояние, характеризующееся снижением количества железа в организме (в крови, костном мозге). Причиной дефицита железа является нарушение баланса его в сторону преобладания расходования железа над поступлением, наблюдаемое при различных физиологических состояниях или заболеваниях.

Факторы риска:

* Беременные женщины
* Подростки
* Люди, перенесшие операции на кишечнике
* Доноры крови
* Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Основными причинами дефицита железа в организме являются:

* кровопотери различного генеза;
* повышенная потребность в железе;
* нарушение усвоения железа;
* врожденный дефицит железа;
* несбалансированное питание.

**1.2 Клиническая картина и особенности диагностики**

Первую стадию дефицита железа практически нельзя обнаружить, так как она не сопровождается клиническими проявлениями.

Вторую стадию называют стадией латентного дефицита железа; она проявляется повышением утомляемости - признаками дефицита железа в тканях в связи с уменьшением количества железосодержащих ферментов. Третья стадия – проявляется в следующих симптомах - общая слабость, быстрая утомляемость. Происходят трофические нарушения ногтей, волос, кожи. Нарастает мышечная слабость, появляются анемические симптомы - одышка, боль в области сердца типа стенокардии, головокружение, шум в ушах, обморочные состояния, мелькание "мушек" перед глазами - признаки сердечной и церебральной недостаточности. Изменения функции различных органов и систем при железодефицитной анемии являются не столько следствием малокровия, сколько тканевого дефицита железа.

Больные железодефицитной анемией отмечают общую слабость, быструю утомляемость, затруднение в сосредоточении внимания, иногда сонливость. Появляются головная боль после переутомления, головокружение. При тяжелой анемии возможны обмороки. Эти жалобы, как правило, зависят не от степени малокровия, а от продолжительности заболевания и возраста больных. У большинства больных железодефицитной анемией снижается аппетит. Возникает потребность в кислой, острой, соленой пище. В более тяжелых случаях наблюдаются извращения обоняния, вкуса: употребление в пищу мела, известки, сырых круп. У больных снижаются вкусовые ощущения, появляются покалывание, жжение и чувство распирания в языке, особенно его кончике. Наблюдаются признаки изменения функции желудка: отрыжка, ощущение тяжести в животе после еды, тошнота.

**Диагностика**

В диагностике железодефицитной анемии является установление причины дефицита железа. При постановке диагноза железодефицитной анемии решающее значение имеют данные лабораторных исследований:

* Общий анализ крови
* Анализ крови на биохимию
* Анализ на уровень железа в крови

Обнаруживается снижение концентрации гемоглобина. Количество эритроцитов вначале может быть нормальным. При значительном дефиците железа оно также снижается, но в меньшей степени, чем уровень гемоглобина. Отмечаются низкий цветовой показатель и уменьшение средней концентрации гемоглобина в эритроцитах. Уменьшаются размер эритроцитов и их насыщенность гемоглобином. Лейкоцитарная формула мало изменена.

Всем больным железодефицитной анемией необходимо провести рентгеноскопическое исследование желудка и кишечника, ирригоскопию, гастроскопию, колоно- и ректороманоскопию для установления причины кровотечения, даже при наличии других факторов, приводящих к дефициту железа. Кровотечения из пищеварительного канала являются основной причиной железодефицитной анемии у мужчин и женщин, причем чаще они имеют скрытый характер.

**1.3 Лечение**

Во всех случаях железодефицитной анемии необходимо:

* установить непосредственную причину возникновения данного состояния и по возможности ликвидировать ее (чаще всего устранить источник кровопотери или провести терапию основного заболевания).
* диета богатая железом.

Рекомендуются следующие продукты: говяжье мясо, рыба, печень, почки, яйца, гречневая каша, бобы, нежирная свинина, мясо индейки, кролика.

Овощи: свекла, морковь, петрушка, укроп, салат.

Фрукты: гранат, шиповник, сливы, яблоки, персики.

**Препараты железа:**

* Ферроплекс
* Феррум-лек
* Жектофер
* Актиферрин
* Феррокаль
* Феррамид

**1.4 В-12-дефицитная анемия, этиология и её факторы**

В-12-дефицитная анемия развивается в результате снижения поступления в организм фолиевой кислоты или нарушения всасывания этого вещества в желудочно-кишечном тракте.

Причиной В-12-дефицитной анемиимогут быть недостаточное содержание фолиевой кислоты в пищевом рационе (основные источники ее – печень и зелень), повышенная потребность в фолиевой кислоте (во время беременности, при злокачественных опухолях), повышенное выведение фолиевой кислоты из организма (при заболеваниях печени, гемодиализе).

**Предрасполагающие факторы:**

* недостаточное поступление с пищей зеленых фруктов и овощей, молочных продуктов
* недостаточное всасывание фолиевой кислоты при заболеваниях кишечника;
* прием лекарственных препаратов (барбитураты, противосудорожные препараты)
* повышенная потребность в фолиевой кислоте (беременность, кормление ребенка грудью, онкологические заболевания);
* неполноценное питание всухомятку.

**1.5 Клиническая картина. Особенности диагностики**

Больных беспокоит быстрая утомляемость, учащенное сердцебиение (тахикардия);

При осмотре обнаруживают бледность губ, ногтей, ярко-красный язык. Признаки поражения желудочно-кишечного тракта отсутствуют. Данный вид анемии характеризуется поражениями центральной нервной системы:

1. нарушение чувствительности ног (не чувствует пола);
2. нарушение походки;
3. депрессия;
4. воспаление языка и трещины на губах;
5. снижение зрения;
6. тошнота;
7. осиплость голоса;
8. воспаление языка и трещины на губах;
9. депрессия.

**Диагностика**

Решающий метод диагностики - определение фолиевой кислоты в эритроцитах. В норме ее содержание колеблется от 100 до 450 нг/л. При В-12-дефицитной анемии содержание фолиевой кислоты в эритроцитах снижается.

**1.6 Лечение**

1. Стол №5.

Рекомендуемые продукты:

1. вегетарианские фруктовые, молочные супы, крупяные супы на овощном отваре, отварное мясо, птица, отварная нежирная рыба, молоко, свежая простокваша, кефир, молоко, творог , каши, хлеб белый, черный черствый, спелые фрукты, овощи и зелень в вареном виде и сырые, варенье, мед, сахар (до 70 г в день), овощные, фруктовые соки в значительном количестве, чай некрепкий с молоком;
2. ограничивают жиры (сливки, масло сливочное до 10 г, растительное масло 20-30 г), яйцо (одно в день);

2. Препараты:

* В-12- цианокобаламин
* оксикобаламин

**1.7 Методы обследования и подготовка к ним**

**Инструментальные методы исследования**

* рентгенологическое исследование кишечника
* эзофагоскопия
* гастроскопия
* колоноскопия
* ирригоскопия
* ректороманоскопия
* УЗИ брюшной полости

**Лабораторные методы исследования**

1. Общий клинический анализ крови с обязательным определением: (Количества эритроцитов, количества ретикулоцитов, гемоглобина, гематокрита, среднего объема эритроцитов (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC), количества лейкоцитов, количества тромбоцитов).
2. Взятие крови на ВИЧ, гепатит, RW
3. Исследование кала на скрытую кровь
4. Биохимический анализ крови (исследование уровня железа в крови)

**1.8 Профилактика анемий**

В профилактике дефицита фолиевой кислоты нуждаются беременные женщины, а также пациенты, принимающие препараты, способные нарушать метаболизм фолиевой кислоты. Для профилактики В-12-фолиево-дефицитной анемии используют препараты фолиевой кислоты в сочетании с аскорбиновой кислотой в дозе 5 мг/сут.

Основным средством в профилактике анемии является сбалансированное и богатое витаминами питание. В дневной рацион обязательно должны входить все необходимые витамины и микроэлементы. Рацион здорового человека должен содержать в районе 20 мг железа.

**1.9 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой**

* Измерение АД и пульса
* Внутримышечная инъекция
* Взятие крови на общий анализ
* Взятие крови из вены на биохимический анализ

**Внутримышечная инъекция**

**Оснащение:** одноразовый шприц с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 70оС спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), пинцет (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампула с лекарственным средством.

|  |  |
| --- | --- |
| Действие | Обоснование |
| 1.Подготовка к процедуре | |
| Подготовить пациента к предстоящей процедуре | Соблюдение прав пациента |
| Вымыть, осушить руки | Соблюдение правил инфекционной безопасности |
| Проверить название, срок годности лекарственных средств | Избежать ошибочного введения лекарственного средства |
| Извлечь стерильный лоток из упаковки | Соблюдение правил асептики и антисептики |
| Приготовить 5-6 ватных шариков и стерильную салфетку | Соблюдение правил асептики и антисептики |
| 2.Выполнение процедуры | |
| Определить место предполагаемой инъекции, пропальпировать его | Для профилактики осложнений |
| Обработать место инъекции ватным шариком с антисептиком | Для обеспечения инфекционной безопасности пациента |
| Взять кожу и растянуть ее | Для соблюдения техники выполнения данной инъекции |
| Взять шприц ввести иглу в мышцу под углом 90° оставляя 2-3 мм иглы над кожей пальцем придерживая канюлю | Специфические требования к технике выполнения данной инъекции |
| Отпустить кожную складку и пальцами этой руки потянуть поршень на себя | Для исключения попадания иглы в сосуд |
| Приложить ватный шарик | Позволяет избежать попадания лекарственного средства под кожу |
| 3.Окончание процедуры | |
| Снять перчатки, вымыть, осушить руки | Соблюдение правил инфекционной безопасности |

**Взятие крови из вены на биохимический анализ**

**Оснащение:** стерильный лоток, чистый лоток для использования материала, стерильный пинцет, чистый (нестерильный) пинцет, стерильные ватные шарики (марлевые шарики), стерильные марлевые салфетки, пробирки, жгут, спирт 70 % или другой кожный антисептик, емкость с дезинфицирующим средством для замачивания отработанного материала.

|  |  |
| --- | --- |
| Действие | Обоснование |
| 1.Подготовка к процедуре | |
| Подготовить пациента к предстоящей процедуре | Соблюдение прав пациента |
| Вымыть, осушить руки | Соблюдение правил инфекционной безопасности |
| Приготовить оснащение | Необходимое условие для выполнения процедуры |
|  |  |
| Извлечь стерильный лоток из упаковки | Соблюдение правил асептики и антисептики |
| Приготовить 5-6 ватных шариков и стерильную салфетку | Соблюдение правил асептики и антисептики |
| Подготовить пробирку для забора крови из вены | Необходимое условие для выполнения процедуры |
| 2.Выполнение процедуры | |
| Помочь пациенту занять удобное положение | Что бы пациент не испытывал дискомфорта во время процедуры |
| Под локоть положить подушечку | Достигается максимальное разгибание в локтевом суставе |
| Наложить жгут в средней трети плеча | Жгут накладывается для улучшения кровенаполнения вен |
| Попросить пациента «поработать кулачком» | Улучшение кровенаполнения вен,  т. к. увеличивается приток артериальной крови |
| Надеть перчатки | Соблюдение правил инфекционной безопасности |
| Пропальпировать вену на локтевом сгибе | Необходимое условие для определения места инъекции |
| Дважды обработать внутреннюю поверхность локтевого сгиба | Удаления с поверхности кожи микроорганизмов и загрязнений |
| Фиксировать вену | Профилактика осложнений |
| Пунктировать вену, убедится, что игла находится в вене | Профилактика осложнений |
| Продолжая медленно тянуть на себя поршень, набрать в шприц необходимое количество крови | Применение закрытых вакуумных пробирок, заметно убыстряет процесс сбора крови и снижает риск гемолиза |
| Развязать жгут, попросить пациента разжать кулачек | Восстановление венозного кровотока, уменьшение притока артериальной крови к конечности |
| Прижать к месту пункции ватный шарик, смоченный антисептиком, извлечь иглу и согнуть руку пациента в локтевом сгибе | Профилактика осложнений |
| 3.Окончание процедуры | |
| Снять перчатки, вымыть, осушить руки | Соблюдение правил инфекционной безопасности |

**1.10 Особенности сестринского процесса**

1-й этап - сестринское обследование пациента.

При расспросе пациента с анемиями медсестра выясняет все его жалобы.

2-этап – диагностирование или определение проблем пациента.

После оценки состояния пациента, медсестра выявл пробл пац. При анемиях они могут быть следующими:

* Снижение или отсутствие аппетита;
* Головокружение;
* Одышка, боли в области сердца;
* Неустойчивый стул;

После оценки сестра решает вопрос об их приоритетности.

3-й этап – планирование сестринских вмешательств.

Медсестре необходимо ознакомить пациента со своей оценкой его состояния и потребности в уходе.

4-й этап – реализация плана сестринских вмешательств.

Сестринские вмешательства проводятся в сотрудничестве с другими медицинскими работниками. В этот период надо координировать действия медсестры с действиями пациента, других медработников, родственников, учитывая их планы и возможности.

5-й этап – оценка сестринских вмешательств.

Оценка сестринских вмешательств проводится постоянно. Эфективность сестринского ухода определяется после достижения поставленных целей.

Медсестра в сестринской истории болезни фиксирует мнение пациента об оказанной ему помощи, выполнение плана по уходу, эффективность сестринских вмешательств, побочные действия и неожиданные результаты при выполнении сестринских вмешательств.

**2. Практическая часть: Наблюдения из практики**

**Наблюдение из практики №1**

Пациент \*\*\*\*., 48 лет госпитализирован с диагнозом В12-дефицитная анемия. Два года назад пациенту была сделана резекция желудка. Около месяца назад у пациента постепенно развивалась сильная слабость и начала кружиться голова. В связи с этим он обратился в поликлинику и был направлен на госпитализацию. За время пребывания в стационаре и на фоне проводимого лечения состояние улучшилось, однако, у пациента сохраняется слабость, головокружение. Также пациент встревожен из - за возможности повторной операции. Состояние удовлетворительное, рост - 172 см, вес - 71 кг, температура тела - 36,6 С, живот мягкий, безболезненный, пульс – 76 ударов в минуту, АД 130/85 мм рт. ст.

Осуществляя **I этап** сестринского процесса – сестринское обследование, была заполнена медицинская документация.

На основе полученных результатов переходим к осуществлению **II этапа** сестринского процесса – выявляются нарушенные потребности, определение проблем – настоящие, потенциальные, приоритетные.

Проблемы пациента:

**Настоящие:**слабость, головокружение.

**Потенциальные:**риск травматизации из-за слабости, головокружения, риск повторной операции.

**Приоритетная проблема:** тревога вследствие дефицита знаний о своем заболевании, слабость и головокружение.

**Цель:** пациент выразит словами снижение уровня тревоги и риска развития повторной операции, продемонстрирует знания об особенностях своего заболевания и лечения к моменту выписки.

После определения проблем приступаем к осуществлению **III этапа** сестринского процесса – планирование сестринских вмешательств. Необходимо проводить беседы о необходимости соблюдения диеты и приёме лекарственных препаратов.

На **IV этапе** сестринского процесса происходит реализация сестринского ухода:

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Беседа с пациентом об особенностях течения В12-дефицитной анемии. | Убедить в благоприятном прогнозе при данном заболевании. |
| 2. Рассказать пациенту об особенностях питания и образа жизни при В12-дефицитной анемии. | Убедить, что правильное питание и образ жизни помогут предотвратить ухудшение самочувствия. |
| 3. Беседа с пациентом о необходимости диспансерного наблюдения и противорецидивном лечении. Объяснить, что поддерживающие курсы витамина В12 можно делать амбулаторно. | Для компенсации дефицита знаний о заболевании. |
| 4. Беседа с семьей пациента о необходимости психологической поддержки. | Обеспечение психологической поддержки родственников. |

На **V этапе** происходит оценка результатов сестринских вмешательств:пациент отмечает снижение уровня тревоги, активно обсуждает проблемы, связанные с качеством своей будущей жизни, выражает уверенность в благоприятном исходе. Цель достигнута.

**Наблюдение из практики №2**

В гематологическом отделении пациентка \*\*\*\*, 31 год с диагнозом железодефицитная анемия.

Жалобы на слабость, головокружения, сердцебиение, сухость кожи, извращение вкуса – ест уголь, мел. Пациентка отмечает частые носовые кровотечения и не знает способов их остановки. Объективно: кожа бледная, сухая, ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧДД – 30 в минуту, АД – 100 / 70 мм рт. ст. На фоне повышения артериального давления развилось носовое кровотечение.

Проблемы пациента:

**Настоящие:**слабость, головокружение, сердцебиение, сухость кожи, извращение вкуса, частые носовые кровотечения.

**Потенциальные:**риск трофических изменений кожи, вследствие ее сухости и снижения иммунитета; риск травматизации, риск развития сердечной недостаточности.

**Приоритетная проблема:** носовые кровотечения.

**Цель:** обучить пациентку оказанию неотложной помощи при носовом кровотечении.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Положить холод на переносицу | Для остановки кровотечения |
| 2. Выполнить переднюю тампонаду с перекисью водорода | Для остановки кровотечения. |
| 3. Голову наклонить слегка вперед | Для профилактики аспирации дыхательных путей |
| 4. Обеспечить физический и психический покой |  |
| 5. Обеспечить доступ свежего воздуха |  |
| 6.Наблюдать за внешним видом, пульсом, АД | С целью контроля состояния. |
| 7.Вызвать врача при длительном кровотечении. | Для оказания квалифицированной помощи. |

**Оценка результата:**пациентка обучена действиям при носовом кровотечении. Цель достигнута.

**Заключение**

В данной курсовой работе были рассмотрены два часто встречающихся вида анемии, такие как: железодефицитная и В-12 дефицитная анемии. Мною были сделаны следующие выводы: 2 данных вида анемий совершенно разные по этиологии и предрасполагающим факторам; клиническим картинам и особенностям диагностики; методам обследования и подготовки к ним; принципам лечения и профилактики и главное – особенностям сестринского процесса. Правильно выбранный уход при анемиях поможет медицинской сестре осуществить квалифицированно все пять этапов сестринского процесса.

Своевременная диагностика анемий позволяет правильно выбрать курс лечения и избежать дальнейших осложнений.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения по уходу за пациентами, умения работать с пациентами как с личностью, а не как с объектом манипуляций. В отделении стационара осуществляется сестринская помощь, которая заключается в поддержании, восстановлении, и удовлетворении основных потребностей пациентов с анемиями.

**Использованная литература**

1. К.Е. Давлицарова, С.Н. Миронова. Манипуляционная техника. Москва., Форум-Инфра-М., 2009
2. В.И Маколкин, С.И. Овчаренко. Сестринское дело в терапии. Москва, Медицинское информационное агентство, 2008.
3. С.А. Мухина, И.И. Тарновская. Теоретические основы сестринского дела. Москва, Родник,2010.
4. С.А. Мухина, И.И. Тарновская. Практическое руководство к предмету Основы сестринского дела. Москва, Родник,2010.
5. Ю.П. Никитина. Энциклопедия медицинской сестры. Москва, Товарищество научных изданий КМК, 2011
6. Н.В. Туркина, А.Б. Филенко. Общий уход за больными. Москва, Товарищество научных изданий КМК,2007.
7. Н.В. Широкова, И.В. Островская. Основы сестринского дела. Москва, Анми, 2008.

**Приложение 1**

Группы лекарственных препаратов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | % концентрация и дозировка | Способ введения, особенности применения | Побочные эффекты | Осложнения |
| Жектофер | 1,5 мг железа на 1 кг массы тела - ежедневно или через день. | В/м | Боль и временное обесцвечивание кожи в месте инъекции, металлический привкус во рту, [рвота](http://www.dentalmechanic.ru/med_encyclopedia/des334.htm), [головокружение](http://www.dentalmechanic.ru/med_encyclopedia/des419.htm), покраснение лица. Возможно окрашивание кожи в коричневый цвет | Окрашивание кала в черный цвет |
| Феррум-лек | Взрослым назначают 100-200 мг (1-2 ампулы) в зависимости от уровня гемоглобина;Максимальная суточная доза для взрослых - 200 мг (2 ампулы); для детей - 7 мг/кг/сут. | В/м | Тошнота, рвота. Головная боль, головокружение. Возможно - окрашивание кожи, появление болезненности и воспалительной реакции в месте инъекции. | Одновременное применение препарата Феррум-лек с ингибиторами АПФ может вызвать усиление системных эффектов парентеральных препаратов железа. |
| Цианокобаламин | 30-100 мкг 2-3 раза в неделю | Внутрь, п/к, в/м, в/в. | Аллергические реакции, психическое возбуждение, головная боль, головокружение, нарушение пуринового обмена. | Новообразования сопровождающиеся дефицитом витамина B12, склонность к образованию тромбов. |

**Приложение 2**

**Перечень рекомендуемых блюд и продуктов диеты при анемии.**

• Хлеб белый и черный (по 200-300 г в день);

• сливочное масло и сахар (по 50 г);

• растительное масло (15-20 г);

• блюда из печени (100-200 г в день), почек, сердца, рубцов, кур, мяса, нежирной рыбы, гематогена, пекарских и пивных дрожжей (100-150 г в день);

• свежая зелень, фрукты, овощи (зеленый горошек, бобы, салат, шпинат, щавель, петрушка, сельдерей, свекла, апельсины, мандарины, лимоны, абрикосы, яблоки, черная смородина, земляника, малина, крыжовник);

• компоты, желе, кисели фруктовые и ягодные, овощные и фруктово-ягодные соки;

• творог, кефир, простокваша, сыр, блюда из яиц;

• каши из различных круп (овсяная, гречневая, рисовая, манная, пшеничная);

• напитки из дрожжей, отрубей и шиповника;

• супы мясной, рыбный, молочный, щи, борщи.