

Диагностика и тактика ведения пациентов с железодефицитной анемией нередко признается экспертами субоптимальной в связи с малоспецифичными проявлениями данного состояния. Последнее создает ограничения для своевременного обращения за медицинской помощью. Существование пробелов в знаниях о диагностике и лечении железодефицитной анемии на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи может проводить к снижению настороженности относительно этой патологии. Особую клиническую задачу составляет обследование и маршрутизация пациентов с анемией перед плановым хирургическим вмешательством. В клинических рекомендациях отмечается недостаточно структурированный подход к выделению групп риска для скрининга и диагностики, кроме того отсутствуют рекомендации по эффективной маршрутизации пациентов с железодефицитной анемией между специалистами различных профилей. Представленный алгоритм призван структурировать актуальные данные по диагностике и лечению пациентов с железодефицитной анемией врачом терапевтом и стать опорой в принятии решений в ежедневной клинической практике.

Для практикующих врачей, студентов высших медицинских учебных заведений и слушателей курсов повышения квалификации.

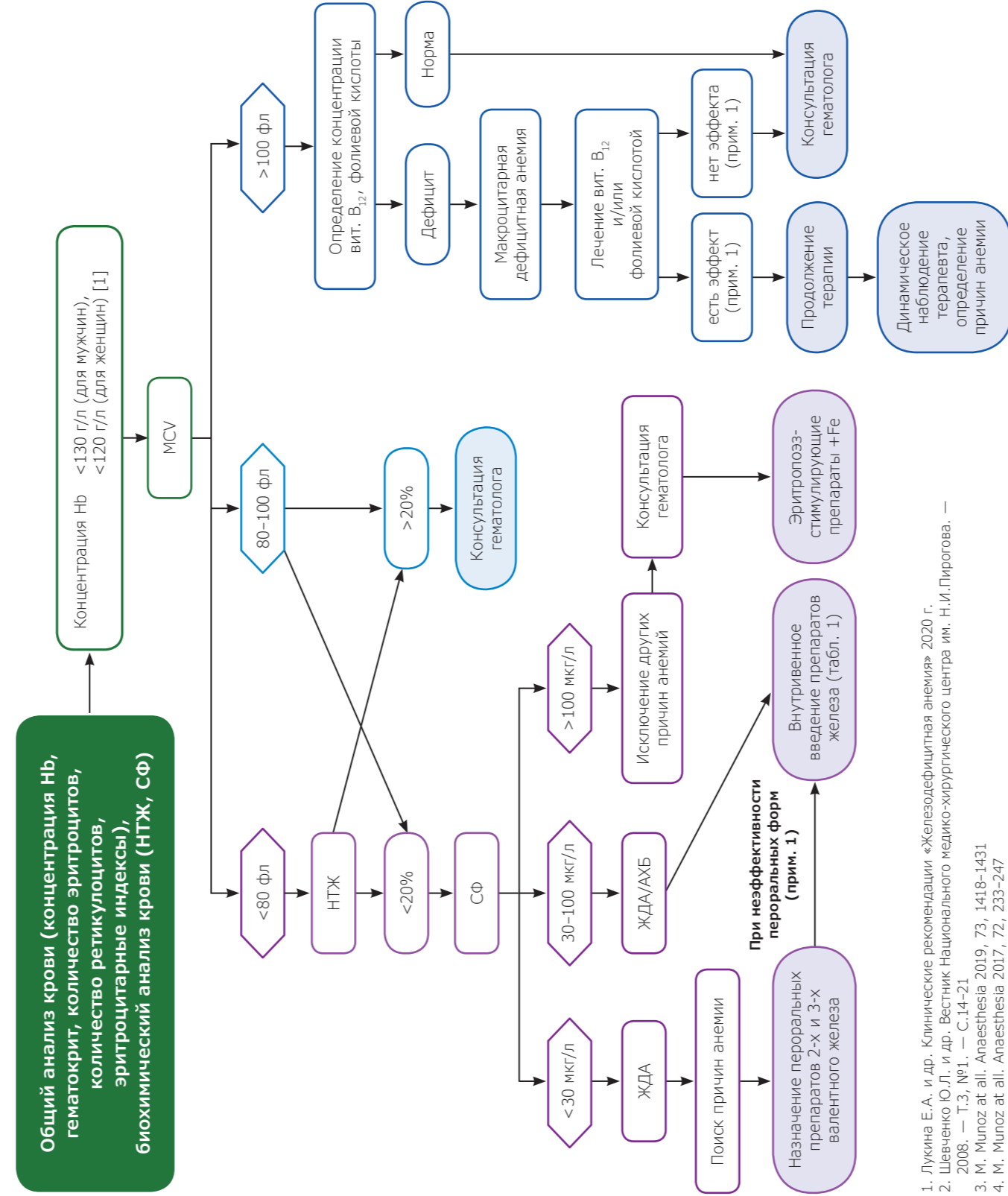


**Авторский коллектив:**

О.М. Драпкина – главный редактор

Драпкина Оксана Михайловна, Бакулин Игорь Геннадьевич,  
Гиляревский Сергей Руджерович, Демихов Валерий Григорьевич,  
Жибурт Евгений Борисович, Ливзан Мария Анатольевна,  
Никитин Евгений Александрович, Чернов Вениамин Михайлович,  
Чесникова Анна Ивановна, Шепель Руслан Николаевич

**Алгоритм ведения пациентов с железодефицитной анемией на этапе ПМСП**



1. Лукина Е.А. и др. Клинические рекомендации «Железодефицитная анемия» 2020 г.  
2. Шевченко Ю.Л. и др. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2008. – Т.3. №1. – С.14-21  
3. M. Muloz at all. Anaesthesia 2019, 73, 1418-1431  
4. M. Muloz at all. Anaesthesia 2017, 72, 233-247  
5. Аарто М. и др. Клинические рекомендации по лечению анемии у больных злокачественными новообразованиями. 2014 г.

**Список сокращений**

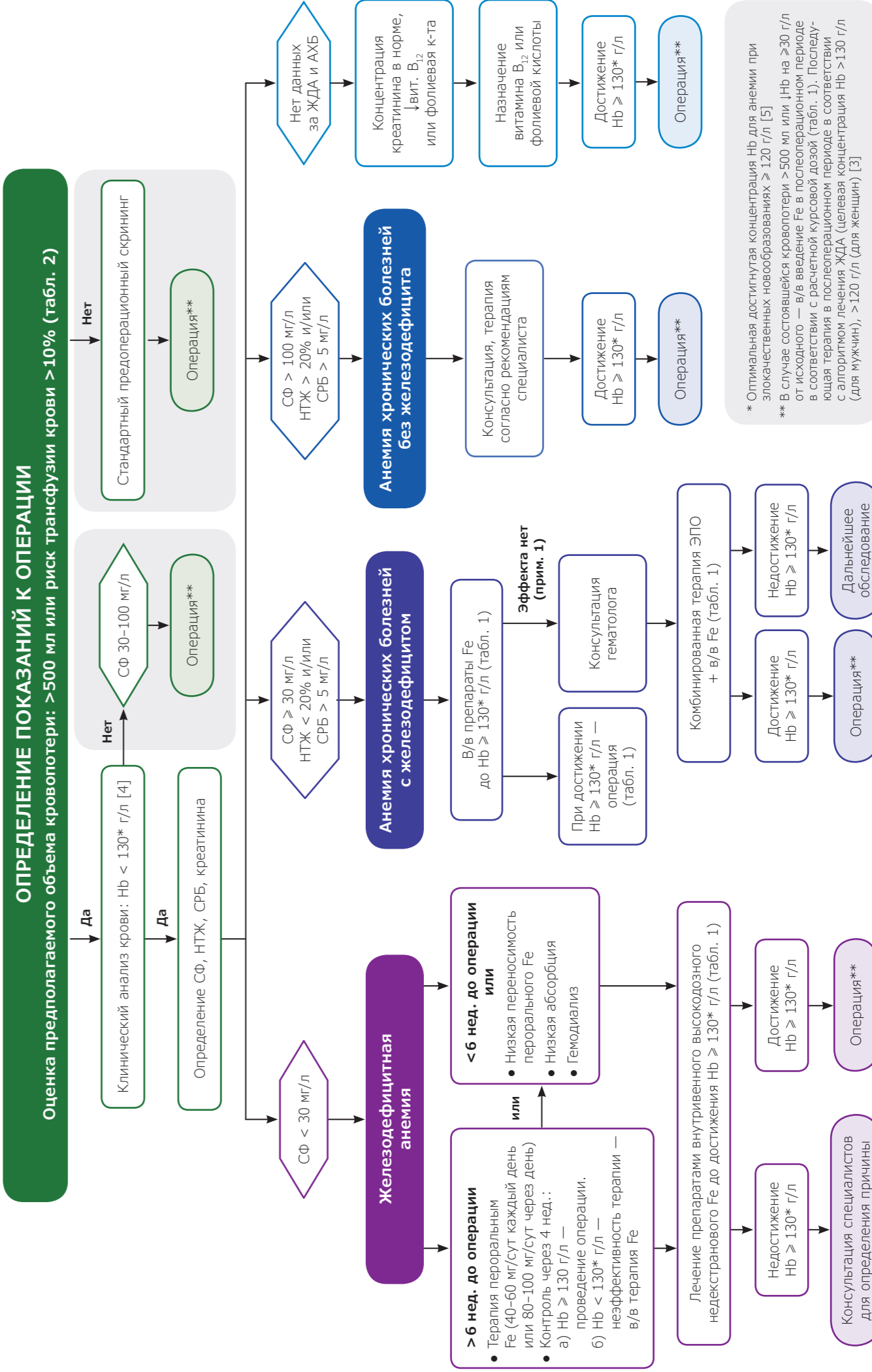
Fe — железо  
Hb — гемоглобин  
MCV — средний объем эритроцита  
АХБ — анемия хронических болезней  
ЖДА — железодефицитная анемия  
НТЖ — коэффициент насыщения трансферрина железом  
СРБ — С-реактивный белок  
СФ — сывороточный ферритин  
ЭПО — эритропоэтин

**Прим. 1. Критерии эффективности терапии препаратами железа:**  
ретикулоцитарная реакция: на 7–10-й день от начала лечения препаратами железа количество ретикулоцитов повышается (обычно на 2–3%) по сравнению с их количеством до начала лечения; повышение концентрации Hb к концу 4-й недели лечения препаратами железа не менее, чем на 10 г/л [1]

**Табл. 1. РАСЧЕТ ДОЗЫ ДЛЯ В/В СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА (мг) [4]**

Hb	Паценты с массой тела	от 70 кг и выше	от 35 до <70 кг	500	2000
г/л	меньше 35 кг	от 35 до <70 кг	500	1500	1500
<100	500	1500	500	1000	1500
от 100 до <140	500	1000	500	1000	1500
>140	500	500	500	500	500

**Алгоритм ведения пациентов с анемией перед плановым хирургическим вмешательством на этапе ПМСП**



\* Оптимальная достигнутая концентрация Hb для анемии при злокачественных новообразованиях  $\geq 120$  г/л [5]  
\*\* В случае состоявшейся кровотери  $> 500$  мл или Hb на  $\geq 30$  г/л от исходного — в/в введение Fe в послеоперационном периоде в соответствии с расчетной курсовой дозой (табл. 1). Последующая терапия в послеоперационном периоде в соответствии с алгоритмом лечения ЖДА (целевая концентрация Hb  $> 130$  г/л для мужчин),  $> 120$  г/л (для женщин) [3]

Табл. 2. Перечень показаний, при которых целесообразно проводить предоперационную оценку концентрации железа/уровня эритроцитов в организме у пациентов хирургического профиля [2]

<b>Кардиоторакальная хирургия</b>	<b>Ортопедия</b>
Протезирование клапанов сердца	Спондилосиндес ( $\geq 2$ уровней)
Аорто-коронарное шунтирование	Протезирование коленного сустава
Протезирование при аневризме дуги аорты	Протезирование тазобедренного сустава
Пневмонэктомия/лобэктомия	Перелом таза
Повторное оперативное вмешательство с торакотомией	Переломы длинных костей нижних конечностей
<b>Акушерство/гинекология</b>	<b>Общая хирургия</b>
Беременность с высоким риском кровотечений	Резекция печени (без эмболизации)
Миомэктомия (без эмболизации)	Операция Випла
Врастание плаценты	Спленэктомия
Абдоминальная гистерэктомия при миоме матки	Любая открытая абдоминальная операция
<b>Нейрохирургия</b>	Колонэктомия/резекция кишки
Аневризма сосуда головного мозга	<b>Сосудистая хирургия</b>
<b>Урология</b>	Вмешательство по поводу аневризмы аорты
Радикальная позадилоная простатэктомия (кроме роботизированной простатэктомии)	Аорто-бифеморальное шунтирование
Цистэктомия	Аксиллярно-фemorальное шунтирование
Нефрэктомия	Реваскуляризация нижних конечностей
<b>Пластическая хирургия</b>	<b>Другие</b>
Уменьшение/реконструкция молочной железы	Любое вмешательство у пациента, который отказывается от гемотрансфузии по религиозным причинам, даже если его жизнь в опасности
Пересадка крупных участков кожи	



РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ  
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**РОПНИЗ**  
Российское общество профилактики  
неинфекционных заболеваний

## Алгоритм ведения пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания ПМСП

ISBN 978-5-6042718-7-2



9 785604 271872

МОСКВА 2021