Фолиеводефицитная анемия

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: D52 · Национальное гематологическое общество, Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Российское общество детских онкологов и гематологов

Фолиеводефицитная анемия — мегалобластная анемия из-за дефицита фолиевой кислоты, обычно вторичного происхождения. Рекомендация описывает подтверждение дефицита, поиск его причины, лечение фолиевой кислотой, контроль ответа и профилактику у пациентов групп риска.

Главное

- ФДА проявляется макроцитарной гиперхромной анемией с мегалобластным эритропоэзом; возможны тромбоцитопения и нейтропения.
- Запасы фолатов истощаются быстрее, чем запасы витамина B12: уже через несколько недель или месяцев после появления причины дефицита.
- Основные причины — недостаточное поступление с пищей, нарушение всасывания, использование медикаментов, включая аналоги фолиевой кислоты, повышенная потребность, глистная инвазия или синдром слепой кишки, а также гемодиализ.
- Для ФДА нехарактерно поражение нервной системы; исключения составляют пациенты с алкоголизмом и эпилепсией, у которых неврологическая симптоматика обусловлена другой причиной.
- Подтверждение ФДА включает макроцитарную гиперхромную анемию, мегалобластное кроветворение и сниженный уровень фолатов; необходимо исключать дефицит витамина B12 и другие причины макроцитоза и цитопений.
- После устранения причины и начала лечения гематологические показатели обычно восстанавливаются за 4–6 недель.

Диагностика

1. Тщательный сбор анамнеза может стать решающим звеном для направленного диагностического поиска, поскольку ФДА, как правило, имеет вторичный характер.
2. Всем пациентам с макроцитарной анемией следует выполнить общий анализ крови с оценкой гематокрита, эритроцитов, ретикулоцитов, MCH, MCHC и размеров эритроцитов. Для ФДА типичны макроцитоз, гиперхромия, сниженные или нормальные ретикулоциты; ранним признаком может быть гиперсегментация нейтрофилов, также возможны гранулоцитопения и тромбоцитопения. УУР С, УДД 5.
3. Определить в крови витамин B12 и фолиевую кислоту; дополнительно исследовать ферритин, трансферрин, ОЖСС, сывороточное железо и насыщение трансферрина железом для исключения сочетанного дефицита железа. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить биохимический анализ крови, определить гомоцистеин и провести прямой антиглобулиновый тест для исключения аутоиммунной гемолитической анемии. УУР С, УДД 5.
5. Снижение фолатов в сыворотке менее 4 мг/л при норме 5–9 нг/мл в сочетании с нормальным или повышенным витамином B12 и отрицательной прямой пробой Кумбса подтверждает диагноз. При пограничном уровне фолатов 4–8 мг/л высокий гомоцистеин поддерживает диагноз, а нормальный гомоцистеин — нет.
6. При макроцитарной анемии умеренной или тяжелой степени либо двух- или трехростковой цитопении выполнить миелограмму для выявления мегалобластного кроветворения и исключения других болезней крови; исследование проводят до приема фолиевой кислоты. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Взрослым и детям старше 3 лет с установленной ФДА назначают фолиевую кислоту 1–5 мг в сутки; детям может потребоваться менее 1 мг в сутки согласно инструкции к препарату. УУР С, УДД 5.
- Взрослым с ФДА и синдромом мальабсорбции назначают фолиевую кислоту 5–15 мг в сутки. УУР С, УДД 5.
- Детям от 1 месяца до 3 лет назначают не более 1 мг фолиевой кислоты в сутки: расчетная начальная доза — 15 мкг/кг в сутки, терапевтическая — 30–45 мкг/кг в сутки. УУР С, УДД 5.

- Если одновременно выявлен дефицит витамина B12, сначала назначают препараты витамина B12, а после его коррекции добавляют фолиевую кислоту.
- Эффективность контролируют общим анализом крови и ретикулоцитами на 7–10-й день лечения, затем еженедельно в течение месяца; при гемоглобине более 100 г/л контроль может быть реже. После ремиссии исследования проводят раз в 2 месяца в течение полугода, затем — каждые 6–12 месяцев. УУР С, УДД 5.
- Ретикулоцитарный криз на 7–10-й день — важный признак ответа, хотя он слабее, чем при лечении B12-дефицитной анемии. Повышение гемоглобина начинается через 10–12 дней, нормализация обычно наступает через 4–6 недель.
- Обычно для ремиссии достаточно 4 месяцев терапии. Если причина дефицита сохраняется, требуется длительный или постоянный прием фолиевой кислоты по 2–4 мг в сутки.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация нужна при глубокой анемии с выраженной гипоксией и отсутствием адаптации к низкому гемоглобину, то есть при декомпенсации анемии.
- Плановая госпитализация показана для диспансерного обследования, в том числе при первичной диагностике ФДА умеренной или тяжелой степени.
- Выписка возможна после регресса симптомов декомпенсации анемии и завершения обследования для установления причины дефицита фолатов.

Частые вопросы

Какие анализы нужны при макроцитарной анемии для подтверждения ФДА?

Нужны общий анализ крови с ретикулоцитами и эритроцитарными индексами, витамин B12, фолаты сыворотки, показатели обмена железа, биохимический анализ крови, гомоцистеин и прямая проба Кумбса. При умеренной или тяжелой анемии либо двух- и трехростковой цитопении показана миелограмма до начала терапии.

Как отличить ФДА от B12-дефицитной анемии?

Проявления ФДА напоминают симптоматику B12-дефицитной анемии, но обычно менее выражены. В отличие от B12-дефицита, для ФДА обычно не характерно поражение нервной системы.

Какой уровень фолатов подтверждает дефицит?

Подтверждающим считают уровень фолатов менее 4 мг/л при норме 5–9 нг/мл в сочетании с нормальным или повышенным витамином B12 и отрицательной прямой пробой Кумбса. При уровне 4–8 мг/л диагноз поддерживает высокий гомоцистеин.

Как лечить ФДА у взрослых и детей?

Взрослым и детям старше 3 лет назначают фолиевую кислоту 1–5 мг в сутки, а взрослым при мальабсорбции — 5–15 мг в сутки. Детям от 1 месяца до 3 лет назначают не более 1 мг в сутки; начальная доза составляет 15 мкг/кг, терапевтическая — 30–45 мкг/кг в сутки.

Когда ожидать ответ на лечение ФДА?

Ретикулоцитарный криз обычно оценивают на 7–10-й день. Жалобы уменьшаются после первой недели, гемоглобин начинает повышаться через 10–12 дней, а его нормализация обычно происходит через 4–6 недель.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/540-folievodeficitnaya-anemiya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/540_3