Анемия при злокачественных новообразованиях

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: D63.0 · Ассоциация онкологов России, Национальное гематологическое общество, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Анемия при злокачественных новообразованиях — снижение гемоглобина и/или числа эритроцитов, в том числе обусловленное опухолевым процессом или его лечением. Рекомендация описывает подтверждение анемии, поиск обратимых факторов и выбор между трансфузией, эритропоэзстимулирующими препаратами и коррекцией дефицита железа.

Главное

- АЗН может ухудшать переносимость нагрузки и качество жизни, нарушать ответ на лечение рака и ассоциироваться со снижением общей выживаемости.
- При поиске причины учитывают воспаление, миелосупрессию и гемолиз на фоне терапии, поражение костного мозга, нарушение продукции или действия эритропоэтина, кровотечения, дефицит железа, витамина B12 или фолиевой кислоты, почечную недостаточность.
- Основной диагностический критерий анемии — стойкий Hb менее 120 г/л у женщин и менее 130 г/л у мужчин.
- По ВОЗ тяжелая анемия — Hb менее 80 г/л; средняя — 80–99 г/л, легкая — 100–119 г/л у женщин и 100–129 г/л у мужчин.
- АЗН обычно имеет гипорегенераторный, нормоцитарный и нормохромный характер.
- Возможны бледность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия, одышка, астения, головная боль и шум в ушах.
- Диагностику причины проводят до гемотрансфузии, назначения ЭСП и препаратов железа, если нет экстренных показаний. УУР С, УДД 5.
- Гемотрансфузия показана при Hb менее 70 г/л и/или клинических признаках анемической гипоксии; решение принимают по клинической картине, а не по одному показателю Hb. УУР С, УДД 5.
- ЭСП применяют при симптомной анемии или Hb менее 100 г/л; при отсутствии повышения Hb минимум на 10 г/л при исходном Hb менее 100 г/л лечение прекращают через 8 недель. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. На каждом приеме собирают жалобы и анамнез, уточняя кровотечения, признаки гемолиза, инфекции и воспаления, заболевания почек, дефицит железа, B12 и фолиевой кислоты, а также наследственную анемию. УУР С, УДД 5.
2. Проводят физикальный осмотр: оценивают цвет кожи и слизистых, тахикардию, дыхание, астению, переносимость нагрузки, признаки гипоксии и общее состояние по ECOG. УУР С, УДД 5.
3. Выполняют развернутый общий анализ крови с Hb, эритроцитами, ретикулоцитами, гематокритом, MCV, MCH и MCHC. УУР С, УДД 5.
4. Для разграничения АЗН и железодефицита исследуют сывороточное железо, ферритин, трансферрин, железосвязывающую способность сыворотки, насыщение трансферрина железом и С-реактивный белок. УУР С, УДД 5.
5. Абсолютный дефицит железа предполагают при ферритине менее 30 нг/мл; при СРБ более 5 нг/мл — при ферритине менее 100 нг/мл вместе с НТЖ менее 20%. Ферритин более 100 нг/мл при НТЖ менее 20% соответствует функциональному дефициту железа.
6. При подозрении на B12- или фолиеводефицитную анемию определяют витамин B12 и фолиевую кислоту; при подозрении на гемолиз — билирубин, ЛДГ, гаптоглобин и выполняют прямую пробу Кумбса. УУР С, УДД 5.
7. При ЖДА на фоне ЗНО проводят поиск кровопотери: эндоскопию верхних и нижних отделов ЖКТ, а по клинической ситуации — лучевые, ультразвуковые и другие исследования. При подозрении на поражение или нарушение кроветворения костного мозга выполняют его исследование по показаниям. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Коррекция АЗН проводится в рамках лечения основного онкологического заболевания.
- При Hb менее 70 г/л и/или клинических признаках анемической гипоксии переливают эритроцитсодержащие компоненты донорской крови. При Hb 80–100 г/л трансфузия также возможна при гипоксических симптомах или перед обширной операцией. УУР С, УДД 5.
- При частых трансфузиях предпочтительны облученные и обедненные лейкоцитами эритроцитные компоненты. ВОЗ рекомендует максимально регламентировать заместительные гемотрансфузии из-за риска гемолитических реакций, поражения легких, инфекционных осложнений, тромбозов и кратковременного эффекта.
- ЭСП назначают в монорежиме или вместе с железом при симптомной анемии либо Hb менее 100 г/л; они особенно эффективны у пациентов с солидными опухолями и при платиносодержащей химиотерапии. УУР С, УДД 5.
- ЭСП противопоказаны при гиперчувствительности, неконтролируемой артериальной гипертензии и высоком риске тромбоэмболических осложнений. Их применение повышает риск венозных тромбоэмболий; дополнительная профилактика ВТЭО при этом не требуется.
- При доказанном абсолютном дефиците железа назначают препараты железа. При легкой или умеренной анемии, отсутствии продолжающейся кровопотери и нормальном СРБ используют пероральное железо в дозе 60–120 мг элементарного железа в сутки ежедневно или через день, обычно 1–3 месяца — до ферритина 40–60 нг/мл при СРБ менее 5 нг/мл. УУР С, УДД 5.
- При тяжелой анемии, продолжающемся некупируемом кровотечении или СРБ более 5 нг/мл применяют парентеральные препараты трехвалентного железа. При инфекции железо откладывают до ее купирования и не вводят в дни терапии антрациклинами или препаратами платины.
- Аутоиммунную гемолитическую анемию лечат по протоколам терапии аутоиммунных гемолитических анемий; при некоторых лимфопролиферативных заболеваниях гемолиз может быть показанием к специфической химиотерапии. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания врачи направляют пациента на консультацию в центр амбулаторной гематологической/онкологической помощи либо в первичный гематологический/онкологический кабинет или поликлиническое отделение онкологического диспансера. Консультация в центре амбулаторной онкологической помощи или первичном онкологическом кабинете должна состояться не позднее 5 рабочих дней с даты направления.
- Госпитализация по поводу АЗН показана при Hb менее 70 г/л, гематокрите менее 30% или клинических признаках анемической гипоксии, в том числе при более высоких Hb и гематокрите.
- Экстренная или неотложная госпитализация также нужна при осложнениях онкологического заболевания или его лечения, требующих специализированной помощи; плановая — при необходимости сложных диагностических вмешательств или противоопухолевого лечения в условиях стационара.
- Выписка возможна после разрешения анемии или симптомов анемической гипоксии, если не требуется стационарная коррекция осложнений.

Частые вопросы

Какой Hb считать анемией при ЗНО?

Диагностический критерий — стойкий Hb менее 120 г/л у женщин и менее 130 г/л у мужчин. По ВОЗ тяжелая анемия определяется при Hb менее 80 г/л.

Когда переливать эритроцитсодержащие компоненты?

При Hb менее 70 г/л и/или клинических признаках анемической гипоксии. При Hb 80–100 г/л трансфузия возможна при гипоксических симптомах или перед обширной операцией; решение принимают по клиническим показаниям.

Когда назначать ЭСП и когда их отменять?

ЭСП применяют при симптомной анемии или Hb менее 100 г/л. Если при исходном Hb менее 100 г/л за 8 недель Hb увеличился менее чем на 10 г/л, лечение прекращают.

Как подтвердить дефицит железа и какую форму железа выбрать?

Оценивают ферритин и НТЖ с учетом СРБ: абсолютный дефицит — ферритин менее 30 нг/мл, а при СРБ более 5 нг/мл — ферритин менее 100 нг/мл при НТЖ менее 20%. При легкой или умеренной анемии без кровотечения и при нормальном СРБ назначают пероральное железо 60–120 мг элементарного железа в сутки; при тяжелой анемии, некупируемом кровотечении или СРБ более 5 нг/мл — парентеральное трехвалентное железо.

Когда пациента с АЗН госпитализировать?

Показания включают Hb менее 70 г/л, гематокрит менее 30% или клинические признаки анемической гипоксии. Также госпитализируют при осложнениях опухоли или ее лечения, требующих экстренной помощи, и для диагностических или лечебных вмешательств, требующих стационара.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/624-anemiya-pri-zlokachestvennyh-novoobrazovaniyah. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/624_2