Железодефицитная анемия

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: D50, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, D53.8, D62, E61.1 · Национальное гематологическое общество, Национальное общество детских гематологов, онкологов, Российское общество акушеров-гинекологов

Железодефицитная анемия — полиэтиологичное заболевание, связанное с дефицитом железа из-за нарушения поступления, усвоения или повышенных потерь; характеризуется микроцитозом эритроцитов и гипохромной анемией. Рекомендация охватывает диагностику причины дефицита, выбор пероральной или парентеральной терапии, контроль ответа и профилактику рецидива.

Главное

- У женщин репродуктивного возраста частые причины дефицита железа — обильные менструации, беременность, роды и лактация; у мужчин и женщин в постменопаузе основная причина — кровопотеря из желудочно-кишечного тракта. Также возможны нарушение всасывания, резекция желудка или кишечника, растительная диета, интенсивный рост, регулярное донорство и гемодиализ.
- Симптомы анемии и сидеропении неспецифичны: слабость, бледность, тахикардия, головная боль, ломкость ногтей и волос, извращение вкуса. Одной клинической картины недостаточно для диагноза — решающее значение имеют лабораторные исследования.
- Цель лечения — нормализовать гемоглобин до 120–140 г/л у женщин и 130–160 г/л у мужчин, а также восполнить запасы железа до ферритина более 40–60 нг/мл.
- При впервые выявленной ЖДА у мужчин и женщин в постменопаузе, а также у женщин репродуктивного возраста без связи анемии с менструациями или родами, источник кровопотери в ЖКТ ищут последовательно: ЭГДС, колоноскопия, затем исследование тонкой кишки до обнаружения причины или ее исключения (УУР С, УДД 5).
- Взрослым из группы риска для профилактики назначают пероральное железо 30–60 мг в сутки ежедневно или через день под контролем показателей обмена железа; детям и недоношенным применяют отдельные возрастные профилактические дозы (УУР С, УДД 5).
- Ответ на ферротерапию оценивают по клиническим и лабораторным показателям: самочувствие обычно улучшается через 5–6 дней, ретикулоциты повышаются через 8–12 дней, гемоглобин возрастает через 2,5–3 недели и нормализуется в большинстве случаев через месяц или позже. После курса гемоглобин контролируют ежемесячно в течение года для решения вопроса о поддерживающей терапии (УУР С, УДД 5).
- Нетяжелая ЖДА у детей не является противопоказанием к плановой вакцинации; при тяжелой анемии сначала выясняют причину и решают вопрос о сроках вакцинации.

Диагностика

1. Провести физикальное обследование с оценкой бледности, тахикардии, систолического шума, изменений кожи, волос, ногтей, вкуса и обоняния. Клинические признаки помогают заподозрить ЖДА, но сами по себе ее не подтверждают (УУР С, УДД 5).
2. Выполнить общий анализ крови с гематокритом, эритроцитами, ретикулоцитами, MCV, MCH и MCHC. Для ЖДА типичны снижение гемоглобина, гематокрита, MCV, MCH и MCHC, гипохромия, анизоцитоз и склонность к микроцитозу; число эритроцитов обычно остается нормальным (УУР С, УДД 5).
3. Подтвердить абсолютный дефицит железа панелью обмена железа: ферритин, трансферрин, ОЖСС, сывороточное железо и НТЖ. Для ЖДА характерны низкий ферритин при повышенных ОЖСС и трансферрине; нормальное или повышенное сывороточное железо не исключает диагноз, если пациент недавно принимал железо, ел мясо или получил трансфузию в предшествующие 10–14 дней (УУР С, УДД 5).
4. При возможности использовать дополнительные эритроцитарные показатели: Ret-He менее 30,6 пг и HYPO-He более 5% указывают на дефицит железа; повышение Ret-He на фоне лечения является ранним признаком ответа. Для дифференциации с анемией хронических заболеваний учитывают СРБ и Delta-He.
5. Параллельно искать причину дефицита: оценить белок, альбумин, билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевину и общий анализ мочи (УУР С, УДД 5).

6. При впервые установленной ЖДА выполнить базовые инструментальные исследования: рентгенографию легких или КТ органов грудной полости, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, УЗИ щитовидной и паращитовидных желез, ЭКГ. У беременных с ЖДА проводят УЗИ малого таза и плода; при нарушении ритма сердца плода — также допплерографию маточно-плацентарного кровотока (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При ЖДА легкой или средней степени и при латентном дефиците железа назначают пероральные препараты двухвалентного или трехвалентного железа; дозу и длительность лечения рассчитывают индивидуально с учетом возраста, массы тела пациента и терапевтического плана лечения (УУР С, УДД 5).
- У детей лечебная доза составляет 3 мг/кг в сутки до 3 лет, 45–60 мг в сутки после 3 лет и до 120 мг в сутки у подростков. При тошноте и дискомфорте в эпигастрии препарат принимают во время еды или уменьшают дозу; при запоре или диарее проводят симптоматическую терапию.
- Беременным с ЖДА легкой или средней степени в I–II триместрах назначают 60–100 мг элементарного железа в сутки (УУР В, УДД 1). После нормализации гемоглобина прием продолжают не менее 3 месяцев для восполнения запасов железа (УУР А, УДД 1).
- Родильницам со стабильной гемодинамикой, легкой или средней послеродовой анемией и отсутствием либо слабой выраженностью симптомов назначают пероральное железо 40–100 мг элементарного железа в сутки ежедневно в течение 3 месяцев (УУР С, УДД 5).
- Парентеральное трехвалентное железо показано при гемоглобине менее 70 г/л, продолжающейся кровопотере, мальабсорбции, воспалительных заболеваниях кишечника, ХБП в преддиализном или диализном периоде, ХСН, а также при неэффективности, непереносимости или противопоказаниях к пероральной терапии (УУР С, УДД 5).
- У беременных переходят на парентеральное железо во II–III триместрах при анемии средней или тяжелой степени, непереносимости или неэффективности пероральной терапии. Один из критериев неэффективности — прирост гемоглобина менее 10 г/л за 4 недели; внутривенное железо не назначают одновременно с пероральным, при активной инфекции или в I триместре (УУР С, УДД 5).
- Внутримышечное введение железа не используют из-за низкой эффективности и риска местного гемосидероза, инфильтратов, абсцессов и миосаркомы.
- Гемотрансфузию назначают индивидуально при тяжелой ЖДА и риске декомпенсации из-за сердечно-сосудистой патологии; у беременных — при выраженных симптомах и/или гемоглобине менее 70 г/л. При отсутствии кровотечения беременной сначала переливают 1 единицу эритроцитсодержащего компонента, затем повторно оценивают состояние и гемоглобин (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать при симптомах декомпенсации ЖДА.
- Плановая госпитализация показана для диспансерного обследования, в том числе при первичной диагностике ЖДА умеренной или тяжелой степени.
- Выписать пациента можно после регресса симптомов декомпенсации и завершения обследования для установления причины ЖДА.
- При тяжелой анемии беременной и нарушении сердечной деятельности плода требуется быстро оптимизировать лечение анемии или решить вопрос об индукции родов либо кесаревом сечении.

Частые вопросы

Какие анализы подтверждают железодефицитную анемию?

Нужны общий анализ крови с эритроцитарными индексами и панель обмена железа: ферритин, трансферрин, ОЖСС, сывороточное железо и НТЖ. Типично сочетание низкого ферритина с повышенными ОЖСС и трансферрином; клинических симптомов без лабораторного подтверждения недостаточно.

Когда пациента с ЖДА направлять на обследование ЖКТ?

Всех мужчин и женщин в постменопаузе с впервые выявленной ЖДА обследуют с помощью ЭГДС, колоноскопии и, если источник не найден, интестиноскопии. То же касается женщин репродуктивного возраста, если анемия не объясняется менструальной кровопотерей или родами.

Когда нужно внутривенное железо?

Парентеральное трехвалентное железо назначают при тяжелой ЖДА с гемоглобином менее 70 г/л, продолжающейся кровопотере, неэффективности, плохой переносимости или противопоказаниях к пероральным препаратам, а также при необходимости быстрого восполнения запасов железа и повышения эффективности эритропоэза.

Как лечить легкую и среднюю ЖДА во время беременности?

При легкой и средней ЖДА в I–II триместрах назначают пероральные препараты двухвалентного или трехвалентного железа в дозе 60–100 мг элементарного железа в сутки. После нормализации гемоглобина лечение продолжают не менее 3 месяцев для восполнения запасов железа.

Как понять, что лечение железом эффективно?

Ret-Не может повышаться уже на 2–3-й день, ретикулоциты — на 7–10-й день, а гемоглобин к концу 4-й недели должен увеличиться примерно на 10 г/л. Исчезновение клинических проявлений ожидается через 1–1,5 месяца, а восполнение запасов железа контролируют по ферритину.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/669-zhelezodeficitnaya-anemiya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/669_2