

# АНЕМИЯ

## И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

**АНЕМИЯ —**  
ЭТО СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ  
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ Пониженным  
уровнем эритроцитов или  
концентрацией гемоглобина в них

(ВОЗ, 2020)

**Железо – наиболее распространенный  
микроэлемент в организме человека.**

**Ж**елезо имеет решающее значение для транспорта кислорода, эритропоэза и играет важную роль во многих биологических процессах, в частности таких, как синтез (дезоксирибонуклеиновых кислот (ДНК, РНК), аминокислот, коллагена, стероидов, различных нейротрансмиттеров и белков, участвующих в транспорте электронов, митохондриальном дыхании, клеточной пролиферации, дифференцировке и регуляции экспрессии генов, а также в функционировании иммунной системы, процессах детоксикации и метаболизма лекарственных средств [1, 2]. Железо не синтезируется в организме человека, и его гомеостаз контролируется главным образом за счет поступления железа с пищей, всасывания в кишечнике и механизмов рециркуляции [2].

Врачу общей практики часто приходится сталкиваться с коморбидными заболеваниями у пациентов. Анемия и дефицит железа часто сопутствуют хронической сердечной недостаточности (ХСН) у лиц пожилого возраста. Дефицит железа на фоне анемии и независимо от нее может ухудшать течение ХСН и заболеваний, лежащих в основе ее развития, снижать качество жизни, физическую активность пациентов и увеличивать риск неблагоприятных событий.

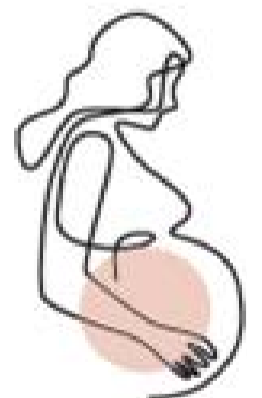
**Анемия диагностируется при гемоглобине:**



**≤ 130 г/л**  
У мужчин



**≤ 120 г/л**  
У небеременных  
женщин



**≤ 120 г/л**  
У беременных  
женщин

**АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:**

- **Повышенном потреблении эритроцитов:** кровотечение, гемолиз, донорство, диализ, беременность, искусственный клапан сердца.
- **Сниженной продукции эритроцитов:** дефицит железа, В12, фолатов, эритропоэтина, при МДС, лейкозах, талассемии.
- **Секвестрации:** гиперспленизм, внутренние гематомы.

**САМЫЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ АНЕМИИ:**

- **Анемия** с дефицитом железа
- **Анемия** у пожилых
- **Анемия** у пациентов с онкологическими или хроническими заболеваниями
- **Анемия** после кровотечений, включая акушерские

Микроцитарная (MCV ≤ 80)	Нормоцитарная MCV 80-100			Макроцитарная MCV ≥ 100
В основе всегда дефицит железа	С увеличением эритропоэза в костном мозге	С уменьшением эритропоэза	Нарушение синтеза эритропоэтина	Мегалобластная
*Железодефицитная анемия *Анемия хронических заболеваний *Другие редкие анемии (талассемия сидеробластная)	*Гемолиз *Острая кровопотеря	*Лейкоз *Меланома Апластическая анемия	*Болезни почек *Болезни печени *Хронические заболевания	*В12-дефицитная анемия *Фолиеводефицитная анемия *Лекарства и токсины
				*Алкогольная висцеропатия *Заболевания печени *ХОБЛ *Миелодиспластический синдром

## ОБЩИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЛЮБОГО ВИДА АНЕМИИ:

### Анемический синдром

- Слабость**, повышенная утомляемость
- Бледность** кожных покровов и видимых слизистых оболочек
- Головокружение** и шум в ушах
- Снижение** работоспособности
- Сердцебиение**, одышка

### Сидеропенический синдром

- **Извращение** вкуса и обоняния
- **Выпадение волос**, ломкость ногтей
- **Ангулярный стоматит**, жжение языка, диспептический синдром
- **Сухость кожи**

К менее известным клиническим проявлениям железодефицита следует отнести невротические реакции и неврастению, снижение работоспособности мышц и общей толерантности к физической нагрузке, нарушения метаболических процессов в миокарде, нарушения периферического кровообращения и микроциркуляции.

При длительном течении ЖДА у пациентов постепенно нарастают явления миокардиодистрофии и симпатикотонии в вегетативной регуляции сердечной деятельности.

### Классификация анемии по степени тяжести

Легкая	Уровень Hb выше 90г/л
Средняя	Уровень Hb 90-70 г/л
Тяжелая	Уровень Hb менее 70 г/л

### Лабораторные критерии железодефицитной анемии

Показатель	Норма*	Предлатентный дефицит железа	Латентный дефицит железа	ЖДА
Ферритин	11,0-306,8 нг/мл	Н	ЗН	ЗН
Трансферрин	2-3,8 г/л	Н	В	В
Сыв.железо	10,7-32,2 мкмоль/л	Н	Н	Н
ОЖСС	46-90 мкмоль/л	Н	В	В
НЖТ	17,8-43,3%	Н	Н	Н
Гемоглобин	М - 130-180 Ж - 120-160	Н	Н	Н

Н – норма    Н – ниже нормы    ЗН – значительно ниже    В – выше нормы

### Дифференциальная диагностика железодефицитной анемии (ЖДА) и анемии хронических заболеваний (АХЗ)

Показатель обмена железа	АХЗ	ЖДА
Ферритин	Н или В	Н
НЖТ	Н Н или В	Н
ОЖСС	Н или Н	В
Трансферрин	Н или Н	В или ЗВ
Сыв. железо	Н или Н	Н

**Возможно сочетание анемии хронических заболеваний с абсолютным дефицитом железа**

## ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

**Проблема дефицита железа — это прежде всего проблема питания, поэтому первичная профилактика ЖДА и латентного дефицита железа — это адекватное, сбалансированное питание человека в любом возрасте.**

Ежедневная потребность взрослого человека в железе составляет около 1–2 мг, ребенка — 0,5–1,2 мг. Обычная диета обеспечивает поступление от 5 до 15 мг элементарного железа в день. В ЖКТ (двенадцатиперстной кишке и верхнем отделе тощей кишки) всасывается лишь 10–15% железа, содержащегося в пище. Рекомендуется дополнительное назначение профилактических доз лекарственных препаратов железа лицам из группы риска развития латентного железодефицита и ЖДА:

Рекомендуется проводить вторичную профилактику дефицита железа при каждом обращении пациента к врачу, проведении диспансеризации, меди-

цинских осмотров. Профилактика железодефицита подразумевает проведение скрининговых исследований для выявления ЖДА или латентного железодефицита. При проведении скрининга следует ориентироваться на изменения лабораторных показателей общего анализа крови: Hb, Ht, MCV и MCH. Сывороточные показатели метаболизма железа (СЖ, ОЖСС, СФ, НТЖ), обладающие высокой специфичностью в выявлении дефицита железа, следует использовать для подтверждения диагноза ЖДА или латентного дефицита железа.

### СКРИНИНГ

У детей в возрасте 2–5 лет, не имеющих факторов риска, обследование на предмет выявления ЖДА проводится ежегодно. Среди детей школьного возраста и мальчиков подросткового возраста скрининговому обследованию для выявления анемии подлежат дети, имеющие ЖДА в анамнезе или особые по-

требности, обусловленные состоянием здоровья или низким поступлением железа с пищей.

Начиная с подросткового возраста, скрининг для выявления анемии проводят у всех небеременных женщин каждые 5–10 лет в течение всего детородного возраста.

Ежегодному скринингу подлежат женщины с факторами риска развития ЖДА (обильная кровопотеря при менструации или иной природы, недостаточное потребление железа и предшествующий диагноз ЖДА).

Диспансерное наблюдение за детьми и подростками с ЖДА проводится в нашей стране в течение одного года с момента установления диагноза. Контролируются самочувствие и общее состояние пациента. Перед снятием пациента с диспансерного наблюдения выполняется общий (клинический) анализ крови, все показатели которого должны быть в пределах нормы.

Проведение профилактических прививок детям с ЖДА не противопоказано, не требует нормализации концентрации Hb. Оно должно проводиться у пациентов с нетяжелой анемией в обычные сроки, поскольку количество иммунокомпетентных клеток у пациентов — достаточное.

### Список источников:

МЗ РФ. Клинические рекомендации ЖДА, 2021–2023 ID:669  
Проблема дефицита железа и железодефицитной анемии в общемедицинской практике //Профилактическая медицина. — 2022. — 25 (12): 127–134.  
Материалы с сайта «Амбулаторный врач» <https://ambdoc.ru/>, электронный журнал «Анемия». Вёрткин А. Л., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова, руководитель РОО «Амбулаторный врач», заслуженный деятель науки РФ.