

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	4
Предисловие	5
Список сокращений и условных обозначений	6
Клинические рекомендации и доказательная медицина	8
Глава 1. Анемия железодефицитная	9
Глава 2. Анафилактический шок	16
Глава 3. Артериальная гипертензия	24
Глава 4. Боль в спине	50
Глава 5. Бронхиальная астма	60
Глава 6. Внебольничная пневмония у взрослых	79
Глава 7. Гипотиреоз	86
Глава 8. Гематурия	93
Глава 9. Инфекция мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия)	101
Глава 10. Ишемическая болезнь сердца	111
Глава 11. Миокардит	127
Глава 12. Остеопороз	135
Глава 13. Остеоартроз	148
Глава 14. Острый коронарный синдром	157
Глава 15. Острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых)	169
Глава 16. Отечный синдром	178
Глава 17. Подагра	188
Глава 18. Ревматоидный артрит	199
Глава 19. Сахарный диабет	213
Глава 20. Тромбоэмболия легочной артерии	234
Глава 21. Хроническая обструктивная болезнь легких	243
Глава 22. Хроническая болезнь почек	262
Глава 23. Хроническая сердечная недостаточность	275
Глава 24. Язвенная болезнь	286
Глава 25. Язвенный колит	296
Список литературы	307

АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ

Железодефицитная анемия (ЖДА) — клиничко-гематологический синдром, характеризующийся анемией [снижение уровня гемоглобина <130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин (существует две нормы для женщин: <120 г/л у женщин вне беременности и <110 г/л во время беременности)] и дефицитом железа (снижение TSat <16% и концентрации ферритина <30 мкг/л или нг/мл). Поскольку TSat — расчетный показатель, зависящий от уровня сывороточного железа, критерием ЖДА также является низкий уровень сывороточного железа.

Коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра

- D50.
- D50.9.
- E61.1.

ШАГ 1. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА

№	Чек-лист	Да	Нет
1	Менструации, во время которых приходится каждый час менять прокладку и которые длятся >7 дней		
2	Беременность и грудное кормление		
3	Патологическое хроническое кровотечение		
4	Вегетарианство/веганство		
5	Употребление продуктов, связывающих железо и снижающих его всасывание в кишечнике (соли фитиновой кислоты в пресном тесте из цельнозерновой муки, в хлебных злаках; оксалаты свежих овощей, особенно ревеня, шпината, щавеля; фосфобелки яиц, полифенольные соединения кофе и чая, лактоферрин молока, консервант этилендиаминтетрауксусная кислота в составе газированных напитков, приправ, соусов и майонезов)		
6	Прием антибиотиков, антацидных препаратов, блокаторов протонной помпы, H ₂ -блокаторов		
7	Болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [целиакия, язвенная болезнь (ЯБ), воспалительная патология кишечника, опухоли, дивертикулез, паразитарные инвазии и др.]		
8	Патология мочевой системы (геморрагический цистит, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит)		
9	Индекс массы тела (ИМТ) ≥25		
10	Регулярные занятия спортом		



ШАГ 2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Донозологическая диагностика	Нозологическая диагностика
<p>Общая железосвязывающая способность сыворотки: 46–90 мкмоль/л</p> <p>Ферритин сыворотки: 11,0–306,8 нг/мл</p> <p>Железо сыворотки: 10,7–32,2 мкмоль/л</p> <p>Насыщение трансферрина: 10–30%</p>	<p>Общий анализ крови (ОАК):</p> <ul style="list-style-type: none"> • гемоглобин: женщины — <120 г/л, мужчины — <130 г/л; • цветовой показатель: <0,85–0,86; • эритроциты — микроцитоз в сочетании с анизоцитозом, пойкилоцитозом; • среднее содержание гемоглобина в эритроците: <27 пг; • средняя концентрация гемоглобина в эритроците: <33% <p>Биохимический анализ крови:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сывороточное железо: <12–13 мкмоль/л; • общая железосвязывающая способность — повышена (норма — 30–85 мкмоль/л); • латентная железосвязывающая способность сыворотки: >43 мкмоль/л; • коэффициент насыщения трансферрина железом (TSat): ≤16%; • ферритин: <30 нг/мл или мкг/л

ШАГ 3. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ

Цель лечения — введение железа в количестве, необходимом для нормализации уровня гемоглобина (у женщин — 120–140 г/л, у мужчин — 130–160 г/л) и восполнения тканевых запасов железа (ферритин сыворотки >40–60 мкг/л).

Препараты выбора
<p>Оптимальная доза железа для лечения ЖДА составляет 120 мг в сутки, для профилактики железодефицита — 60 мг в сутки</p>
<p>Препараты [II] валентного железа для приема внутрь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Железа глюконат[®] 300 мг; по 2 таблетки 2–3 раза в день. • Железа сульфат 325 мг [105 мг иона [II] железа (Fe²⁺)] 2 раза в сутки  <ul style="list-style-type: none"> • Железа фумарат 200 мг (65 мг железа) 3 раза в сутки
<p>Комбинированные препараты железа для приема внутрь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Железа сульфата 320 мг + Аскорбиновая кислота 60 мг [100 мг ионов [II] железа (Fe²⁺) + 60 мг аскорбиновой кислоты] по 1 таблетке 1–2 раза в сутки. 

Препараты выбора

- Железа фумарат+фолиевая кислота [железа фумарат 163,56 мг (50 мг железа) и фолиевая кислота 540 мкг] 2 раза в сутки



Препараты [III] валентного железа для приема внутрь

- Железа [III] гидроксид полимальтозат 400 мг (100 мг железа) 2–3 раза в сутки



Препараты железа для парентерального введения

Внутривенные инфузии препаратов железа сопряжены с опасностью анафилактического шока (АШ) (1% пациентов), развитием перегрузки железом и токсических реакций, связанных с активацией ионами железа свободнорадикальных реакций биологического окисления (перекисного окисления липидов); целесообразно проводить лечение в условиях стационара дневного или круглосуточного пребывания. Лечение проводится в диапазоне безопасных доз, поскольку нежелательные явления парентеральных препаратов железа являются дозозависимыми

Железа оксида сахарат

- Железа [III] гидроксид сахарозный комплекс 540 мг (железа 20 мг).



- Ампулы 5,0 развести 0,9% раствором натрия хлорида в соотношении 1:20, например: 1 мл (20 мг железа) в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида; полученный раствор вводится со следующей скоростью: 100 мг железа — не менее чем за 15 мин; 200 мг железа — в течение 30 мин; 300 мг железа — в течение 1,5 ч; 400 мг железа — в течение 2,5 ч; 500 мг железа — в течение 3,5 ч.



Железа [III] гидроксид декстран

- Железа [III] гидроксид декстран 312,5 мг (50 мг железа).



- Ампулы 2,0 для парентерального введения — внутривенно капельно разводится в 0,9% растворе натрия хлорида



или в 5% растворе декстрозы (Глюкозы*); доза 100–200 мг железа (2–4 мл препарата) разводится в 100 мл растворителя.

Препараты выбора



Железа оксида полимальтозные комплексы

- Железа карбоксимальтозат 156–208 мг (50 мг железа); внутривенно струйно, в максимальной однократной дозе до 4 мл (200 мг железа) в сутки, но не чаще трех раз в неделю



Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата

ФЕРРЕТАБ® комп.

Регистрационный номер: П N 013723/01

Международное непатентованное название или группировочное название: железа фумарат + фолиевая кислота.

Лекарственная форма: капсулы пролонгированного действия.

Состав

В одной капсуле содержатся: 3 мини-таблетки с железа фумаратом и 1 мини-таблетка с фолиевой кислотой.

Действующие вещества: железа фумарат 163,56 мг (эквивалентно 152,1 мг сухого вещества, эквивалентно 50 мг железа), фолиевая кислота 0,54 мг (эквивалентно 0,5 мг сухого вещества).

Фармакотерапевтическая группа: железа препарат + витамин.

Код АТХ: В03AD02.

Показания к применению

Лечение и профилактика железодефицитных состояний, вызываемых беременностью, нарушением всасывания железа из желудочно-кишечного тракта, длительными кровотечениями, несбалансированным и неполноценным питанием.

Способ применения и дозы

ФЕРРЕТАБ® комп принимают внутрь, по 1 капсуле в день натощак, обильно запивая жидкостью. При выраженном недостатке железа или фолиевой кислоты нужно увеличить дозу до двух или трех капсул в сутки. Поддерживающее лечение следует продолжать как минимум 4 нед после достижения нормального уровня гемоглобина для нормализации показателя ферритина сыворотки, отражающего запасы железа в организме.

Побочное действие

ФЕРРЕТАБ® комп хорошо переносится пациентами. В отдельных случаях возможны временное неблагоприятное воздействие на желудочно-кишечный тракт (чувство наполнения и неприятные ощущения в желудке, тошнота, рвота), аллергические реакции, запор.

Срок годности: 3 года. Не применять по истечении срока годности.

Условия отпуска: По рецепту.

Производитель (все стадии производства): Г.Л. Фарма ГмбХ, Индустриштрассе 1, 8502 Ланнах, Австрия

Организация, принимающая претензии

ООО «Ацино Рус»

129110, Москва, Олимпийский пр-т,

д. 16, стр. 5, этаж 5, помещение I

Телефон: +7 (495) 502-92-47

E-mail: medinfo_rus@acino.swiss, quality_rus@acino.swiss, safety_rus@acino.swiss

На правах рекламы

УГЛУБЛЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ

1. Рандомизированные исследования последних лет доказали, что эффективность пероральных препаратов двухвалентного и трехвалентного железа одинакова.
2. Применение парентеральных препаратов трехвалентного железа показано пациентам с расстройствами всасывания вследствие предшествующей обширной резекции кишечника, пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника [язвенный колит (ЯК), болезнь Крона] и синдромом мальабсорбции, пациентам с хронической болезнью почек (ХБП) в преддиализном и диализном периодах, а также в случае необходимости получить быстрый эффект в виде восполнения запасов железа и повышения эффективности эритропоэза (например, перед большими оперативными вмешательствами).
3. Рефрактерность ЖДА к лечению препаратами железа чаще всего обусловлена неадекватностью назначенной терапии или анемией, не связанной с дефицитом железа. Отсутствие положительного ответа на адекватную ферротерапию может указывать на наличие у пациента так называемой «рефрактерной к ферротерапии ЖДА», причиной которой является врожденный генетический дефект — мутация гена, кодирующего трансмембранную сериновую протеазу 6 (*TMPRSS6*). Следствием данного генетического дефекта является гиперпродукция гепсидина, который подавляет всасывание железа в кишечнике, рециркуляцию и высвобождение железа из тканевых запасов.
4. Гемотрансфузионная терапия проводится по индивидуальным показаниям пациентам с ЖДА тяжелой степени и пациентам с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, если есть риск декомпенсации состояния на фоне анемии.

ШАГ 4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Целевое значение ферритина сыворотки — 40–60 мкг/л.

При пероральном приеме препаратов необходимо подтвердить нормализацию содержания ферритина сыворотки через 3 мес терапии.

При назначении препаратов железа внутривенно этот показатель необходимо проверять каждую неделю.

ШАГ 5. ПОКАЗАНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧАМ-СПЕЦИАЛИСТАМ

Специалист	Критерии
Гематолог	Отсутствие эффекта от терапии препаратами железа на амбулаторном этапе, прогрессирование железодефицита

Специалист	Критерии
Гастроэнтеролог	Подозрение на хроническое воспалительное заболевание органов ЖКТ (болезнь Крона, ЯК, эрозивный гастрит)
Гинеколог	Дисфункциональные и патологические маточные кровотечения
Хирург, колопроктолог	Подозрение на хронические кровопотери при патологии органов ЖКТ (ЯК, проктит, геморрой и др.)
Нефролог	Терминальная стадия ХБП, хронический гломерулонефрит (гематурическая форма)
Онколог	Подозрение на новообразование органов ЖКТ, органов малого таза

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА К ДРУГИМ СПЕЦИАЛИСТАМ

1. Развернутый ОАК с лейкоформулой.
2. Сывороточное железо.
3. Ферритин.
4. Насыщение трансферрина.
5. Общая железосвязывающая способность сыворотки.
6. УЗИ органов брюшной полости.
7. Электрокардиография (ЭКГ).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ



ШАГ 6. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Лечение ЖДА не предполагает госпитализацию в дневной стационар.

ШАГ 7. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАР

Профиль отделения	Критерии	Лечение
Общепедиатрический	Первичная постановка диагноза ЖДА умеренной или средней степени тяжести. Анемия средней степени тяжести при отсутствии положительной динамики через 1 мес ферротерапии при условии, что до начала лечения проведено исследование показателей обмена железа	Железа сульфат+аскорбиновая кислота (железа сульфат 320 мг + аскорбиновая кислота 60 мг) 1 раз в сутки перорально и т.п.

Профиль отделения	Критерии	Лечение
Гематологический	Анемия тяжелой степени тяжести (гемоглобин <70 г/л, выраженная тахикардия, тахипноэ) при необходимости оперативных вмешательств и/или пункции красного костного мозга для уточнения диагноза	Внутривенное назначение препаратов железа. Проведение гемотрансфузий компонентов крови и т.п.
Учреждения 3-го уровня	–	–

ШАГ 8. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА РЕАБИЛИТАЦИЮ

Реабилитация пациентам с ЖДА не проводится.

ШАГ 9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Модификация образа жизни:

- полноценная и сбалансированная диета с включением продуктов животного происхождения (прежде всего красного мяса), содержащих гемовое железо;
- употребление овощей и фруктов с высоким содержанием аскорбиновой кислоты с целью стимуляции и улучшения всасывания железа из продуктов как растительного, так и животного происхождения;
- употребление кисломолочных продуктов, содержащих молочную кислоту, способствующую всасыванию негемового железа в кишечнике;
- ограничение употребления крепкого чая, кофе и других продуктов, содержащих полифенолы (бобов, орехов), препятствующие всасыванию негемового железа из продуктов растительного происхождения.

Дополнительное назначение профилактических доз лекарственных препаратов железа лицам из группы риска развития латентного железодефицита и ЖДА:

- детям, находящимся на грудном и смешанном вскармливании, начиная с 4-месячного возраста и до введения прикорма (1 мг железа на 1 кг массы тела в сутки);
- детям, родившимся недоношенными, находящимся на грудном вскармливании, начиная с 1-го месяца жизни и до перехода на искусственное вскармливание молочными смесями, обогащенными железом, или до введения прикорма (2 мг железа на 1 кг массы тела в сутки);
- детям и взрослым, у которых невозможно устранить причину развития железодефицитного состояния [хроническая кровопотеря при менометроррагиях, заболевания ЖКТ, сопровождающиеся нарушениями всасывания (мальабсорбция, целиакия и др.) или рецидивирующими кровотечениями (болезнь Крона, неспецифический ЯК, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и др.);
- пациентам на программном гемодиализе;
- пациентам с неоперабельными опухолями любой локализации, сопровождающимися рецидивирующими кровотечениями;
- взрослым, соблюдающим вегетарианскую или веганскую диету;
- донорам, регулярно сдающим кровь.