

Резолюция экспертного совета “Актуальные вопросы железодофицита в Российской Федерации”

Драпкина О. М., Мартынов А. И., Байда А. П., Балан В. Е., Баранов И. И., Власова Е. Е., Воробьев П. А., Волкова С. А., Гайдук И. Ю., Горностаева Ж. А., Григорьева Н. Ю., Доброхотова Ю. Э., Дворецкий Л. И., Дикке Г. Б., Долгушина В. Ф., Дуничева О. В., Елисеева Е. В., Иванова Э. В., Корягина Н. А., Куняева Т. А., Купаев В. И., Митина Т. А., Можейко М. Е., Обоскалова Т. А., Орлова С. В., Пестрикова Т. Ю., Санина Н. П., Сас Е. И., Сафуанова Г. Ш., Соколова Т. М., Стуклов Н. И., Тов Н. Л., Трибунцева Л. В., Умарова З. А., Фаткуллина Л. С., Фендрикова А. В., Хлынова О. В., Шавкута Г. В., Шарапова Ю. А., Ших Е. В., Шепель Р. Н., Кабурова А. Н.

Известно, что дефицит железа является негативным фактором для наступления беременности,отягощает ее течение,увеличивая риск развития преэклампсии, плацентарной недостаточности, слабости родовой деятельности, преждевременных родов, кровотечения

и гипогалактии. Данное состояние способствует увеличению риска неблагоприятных исходов для плода, развитию железодофицитной анемии у ребенка, задержке его психического и умственного развития. Повышение осведомленности женщин репродуктивного возраста

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: r.n.shepel@mail.ru

Тел.: +7 (915) 078-77-54

[Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, директор ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины” Минздрава России, главный внештатный специалист-терапевт Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0002-4453-8430; Мартынов А. И. — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета ФГБОУ ВО “МГМСУ им. А. И. Евдокимова” Минздрава России, академик РАН, президент Российского научного медицинского общества терапевтов, Москва, ORCID: 0000-0003-1786-0456; Байда А. П. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО “Ставропольский государственный медицинский университет” Минздрава России, Ставрополь, ORCID: 0000-0002-7974-7689; Балан В. Е. — д.м.н., профессор, руководитель поликлинического отделения ГБУЗ МО “Московский областной НИИ акушерства и гинекологии”, президент Российской ассоциации “Менопауза”, Москва, ORCID: 0000-0002-2364-6838; Баранов И. И. — д.м.н., профессор, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, зав. отделом научно-образовательных программ ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова” Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0002-9813-2823; Власова Е. Е. — зав. ГБУЗ “Городская поликлиника” № 10, главный внештатный терапевт Пензенской области, Пенза, ORCID: 0000-0001-9316-5864; Воробьев П. А. — д.м.н., профессор, председатель правления Московского городского научного общества терапевтов, президент МО “Общество фармакоэкономических исследований”, председатель Форумного комитета, председатель Технического комитета по стандартизации “Медицинские Технологии” Ростехрегулирования, член Президиума Исполкома Пироговского движения врачей России, Москва, ORCID: 0000-0002-3888-4468; Волкова С. А. — к.м.н., главный внештатный гематолог Министерства здравоохранения Нижегородской области, доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО “Приволжский исследовательский медицинский университет” Минздрава России, Нижний Новгород, ORCID: 0000-0002-6476-7281; Гайдук И. Ю. — главный врач ГАУЗ “Клиническая поликлиника № 3”, Волгоград, ORCID: 0000-0002-1146-3700; Горностаева Ж. А. — консультант отдела охраны здоровья населения и лекарственного обеспечения департамента здравоохранения Новгородской области, Нижний Новгород, ORCID: 0000-0002-7883-6938; Григорьева Н. Ю. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО “Приволжский исследовательский медицинский университет” Минздрава России, председатель Нижегородского отделения Евразийской ассоциации терапевтов, Нижний Новгород, ORCID: 0000-0001-6795-7884; Доброхотова Ю. Э. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГАОУ ВО “РНИМУ им. Н. И. Пирогова” Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0002-7830-2290; Дворецкий Л. И. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии № 2 Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0003-3186-0102; Дикке Г. Б. — д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом репродуктивной медицины ЧОУ ДПО “Академия медицинского образования им. Ф. И. Иоаннидиса”, Временный советник ВОЗ по проблеме профилактики вируса иммунодефицита человека, инфекциям, передаваемым половым путем, и нежеланной беременности, Эксперт РАН, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0001-9524-8962; Долгушина В. Ф. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ “Южно-Уральский государственный медицинский университет” Минздрава России, главный внештатный гинеколог детского возраста Минздрава Челябинской области и Уральского федерального округа, Челябинск, ORCID: 0000-0002-3929-7708; Дуничева О. В. — зам. главного врача по терапевтической помощи ГБУЗ НСО “Государственная Новосибирская областная клиническая больница”, Новосибирск, ORCID: 0000-0002-6830-1374; Елисеева Е. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей и клинической фармакологии ФГБОУ ВО “Тихоокеанский государственный медицинский университет” Минздрава России, главный внештатный клинический фармаколог Дальневосточного федерального округа, Владивосток, ORCID: 0000-0001-6126-1253; Иванова Э. В. — зам. главного врача по терапии БУ “Республиканская клиническая больница”, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава Чувашии, Чебоксары ORCID: 0000-0002-6919-7003; Корягина Н. А. — д.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО “Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера” Минздрава России, Пермь, ORCID: 0000-0001-5980-2364; Куняева Т. А. — к.м.н., зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ “Мордовская республиканская центральная клиническая больница”, доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии с курсом общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО “Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева”, Саранск, ORCID: 0000-0003-4245-4265; Купаев В. И. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины Института профессионального образования ФГБОУ ВО “Самарский государственный медицинский университет” Минздрава России, главный внештатный специалист по общей врачебной практике (семейной медицине) Приволжского федерального округа, член профильной комиссии экспертного совета Минздрава России по общей врачебной практике (семейной медицине), Самара, ORCID: 0000-0003-2639-0003; Митина Т. А. — д.м.н., профессор курса клинической трансфизиологии при кафедре анестезиологии и реанимации факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО “Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского”, главный внештатный специалист гематолог Минздрава Московской области, Москва, ORCID: 0000-0001-7493-0030; Можейко М. Е. — д.м.н., зав. кардиологическим отделением ГБУЗ здравоохранения Ярославской области “Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн”, главный терапевт департамента здравоохранения и фармации Ярославской области, Ярославль, ORCID: 0000-0002-3139-8109; Обоскалова Т. А. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО “Уральский государственный медицинский университет” Минздрава России, Екатеринбург, ORCID: 0000-0003-0711-7869; Орлова С. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой диетологии и клинической нутрициологии ФГАОУ ВО “Российский университет дружбы народов”, Москва, ORCID: 0000-0002-4689-3591; Пестрикова Т. Ю. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО “Дальневосточный государственный медицинский университет” Минздрава России, Владивосток, ORCID: 0000-0002-1120-846X; Санина Н. П. — д.м.н., профессор кафедры терапии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО “Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского”, главный внештатный терапевт Минздрава Московской области, Москва, ORCID: 0000-0002-0335-1899; Сас Е. И. — д.м.н., профессор 2-ой кафедры терапии (усовершенствования врачей) ФГБОУ ВО “Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова” Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0002-8445-8363; Сафуанова Г. Ш. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО “Башкирский государственный медицинский университет” Минздрава России, Уфа, ORCID: 0000-0003-2627-0626; Соколова Т. М. — д.м.н., профессор, кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО “Новосибирский государственный медицинский университет” Минздрава России, Новосибирск, ORCID: 0000-0003-3435-3536; Стуклов Н. И. — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Медицинского института ФГАОУ ВО “Российский университет дружбы народов”, Москва, ORCID: 0000-0002-4546-1578; Тов Н. Л. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО “Новосибирский государственный медицинский университет” Минздрава России, Президент Региональной общественной организации “Новосибирское общество терапевтов”, Новосибирск, ORCID: 0000-0002-9734-1826; Трибунцева Л. В. — к.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) и медицинской экспертизы ФГБОУ ВО “Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко” Минздрава России, главный внештатный специалист по общей врачебной практике департамента здравоохранения Воронежской области, Воронеж, ORCID: 0000-0002-3617-8578; Умарова З. А. — главный специалист эксперт отдела по оказанию лечебно-профилактической помощи населению Минздрава Чеченской Республики, главный терапевт Минздрава Чеченской Республики, Грозный, ORCID: 0000-0002-3732-2025; Фаткуллина Л. С. — к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии им. В. С. Груздева ФГБОУ ВО “Казанский государственный медицинский университет” Минздрава России, главный специалист акушерско-гинекологической службы перинатального центра Республиканской клинической больницы, Казань, ORCID: 0000-0003-0361-2785; Фендрикова А. В. — к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО “Кубанский государственный медицинский университет” Минздрава России, Краснодар, ORCID: 0000-0002-4323-0813; Хлынова О. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО “Пермского государственного медицинского университета” им. акад. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь, ORCID: 0000-0003-4860-0112; Шавкута Г. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики семейной медицины с курсами гериатрии и физиотерапии ФГБОУ ВО “Ростовский государственный медицинский университет” Минздрава России, Ростов-на-Дону, ORCID: 0000-0003-4160-8154; Шарапова Ю. А. — к.м.н., ведущий советник отдела специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи Департамента здравоохранения Воронежской области, главный внештатный терапевт департамента здравоохранения Воронежской области, Воронеж, ORCID: 0000-0002-4269-2143; Ших Е. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней, директор Института профессионального образования ФГАОУ ВО “Первый МГМУ им. И. М. Сеченова” Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0001-6589-7654; Шепель Р. Н.* — помощник директора по региональному развитию, руководитель отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи, н.с. отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины” Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0002-8984-9056; Кабурова А. Н. — н.с. отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины” Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0001-7717-1455].

ста и настороженности врачей в отношении проблемы железодефицитной анемии и латентного дефицита железа может способствовать своевременному обращению к врачу и обследованию с использованием адекватных и информативных методов. На проведенном в июне 2020 г. экспертном совете “Актуальные вопросы железодефицита в Российской Федерации” были обсуждены аспекты эпидемиологии, диагностики и лечения данного состояния, а также предложены перспективные направления совершенствования ситуации.

Ключевые слова: анемия, дефицит железа, ферритин.

Отношения и деятельность. Резолюция опубликована для расширения читательской аудитории: специалистов врачей-кардиологов. Первая публикация: *Терапия*. 2020;5(39):10-19. doi:10.18565/therapy.2020.5.10-19.

Поступила 02/09-2020

Получена рецензия 04/09-2020

Принята к публикации 09/09-2020



Resolution of the expert council “Relevant issues of iron deficiency in the Russian Federation”

Drapkina O. M., Martynov A. I., Baida A. P., Balan V. E., Baranov I. I., Vlasova E. E., Vorobiev P. A., Volkova S. A., Gaiduk I. Yu., Gornostaeva Zh. A., Grigorieva N. Yu., Dobrokhotova Yu. E., Dvoretzkiy L. I., Dikke G. B., Dolgushina V. F., Dunicheva O. V., Eliseeva E. V., Ivanova E. V., Koryagina N. A., Kunyayeva T. A., Kupaev V. I., Mitina T. A., Mozheiko M. E., Oboskalova T. A., Orlova S. V., Pestrikova T. Yu., Sanina N. P., Sas E. I., Safuanova G. Sh., Sokolova T. M., Stuklov N. I., Tov N. L., Tribuntseva L. V., Umarova Z. A., Fatkullina L. S., Fendrikova A. V., Khlynova O. V., Shavkuta G. V., Sharapova Yu. A., Shikh E. V., Shepel R. N., Kaburova A. N.

It is known that iron deficiency is a negative factor for the onset of pregnancy. It aggravates its course, increasing the risk of preeclampsia, placental insufficiency, uterine inertia, premature birth, bleeding and hypogalactia. This condition increases the risk of unfavorable outcomes, iron deficiency anemia and cognitive delay in a child. Raising the awareness of women of reproductive age and the clinical suspicion of physicians regarding the iron deficiency anemia and latent iron deficiency can facilitate timely visit a doctor. At the expert council “Relevant issues of iron deficiency in the Russian Federation” held in June 2020, aspects of the epidemiology, diagnosis and treatment of this condition were discussed, and promising directions for improving the situation were proposed.

Key words: anemia, iron deficiency, ferritin.

Relationships and Activities: The Resolution was published to expand the readership of specialists in cardiology. First publication: *Therapy*. 2020;5(39):10-19. doi:10.18565/therapy.2020.5.10-19.

Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430, Martynov A. I. ORCID: 0000-0003-1786-0456, Baida A. P. ORCID: 0000-0002-7974-7689, Balan V. E. ORCID: 0000-0002-2364-6838, Baranov I. I. ORCID: 0000-0002-9813-2823, Vlasova E. E. ORCID: 0000-0001-9316-5864, Vorobiev P. A. ORCID: 0000-0002-3888-4468, Volkova S. A. ORCID: 0000-0002-6476-7281, Gaiduk I. Yu. ORCID: 0000-0002-1146-3700, Gornostaeva Zh. A. ORCID: 0000-0002-7883-6938, Grigorieva N. Yu. ORCID: 0000-0001-6795-7884, Dobrokhotova Yu. E. ORCID: 0000-0002-7830-2290, Dvoretzkiy L. I. ORCID: 0000-0003-3186-0102, Dikke G. B. ORCID: 0000-0001-9524-8962, Dolgushina V. F. ORCID: 0000-0002-3929-7708, Dunicheva O. V. ORCID: 0000-0002-6830-1374, Eliseeva E. V. ORCID: 0000-0001-6126-1253, Ivanova E. V. ORCID: 0000-0002-6919-7003, Koryagina N. A. ORCID: 0000-0001-5980-2364, Kunyayeva T. A. ORCID: 0000-0003-4245-4265, Kupaev V. I. ORCID: 0000-0003-2639-0003, Mitina T. A. ORCID: 0000-0001-7493-0030, Mozheiko M. E. ORCID: 0000-0002-3139-8109, Oboskalova T. A. ORCID:

Для цитирования: Драпкина О. М., Мартынов А. И., Байда А. П., Баллан В. Е., Баранов И. И., Власова Е. Е., Воробьев П. А., Волкова С. А., Гайдук И. Ю., Горностаева Ж. А., Григорьева Н. Ю., Доброхотова Ю. Э., Дворецкий Л. И., Дикке Г. Б., Долгушина В. Ф., Дуничева О. В., Елисеева Е. В., Иванова Э. В., Корягина Н. А., Куняева Т. А., Купаев В. И., Митина Т. А., Можейко М. Е., Обоскалова Т. А., Орлова С. В., Пестрикова Т. Ю., Санина Н. П., Сас Е. И., Сафуанова Г. Ш., Соколова Т. М., Стуклов Н. И., Тов Н. Л., Трибунцева Л. В., Умарова З. А., Фаткуллина Л. С., Фендрикова А. В., Хлынова О. В., Шавкута Г. В., Шарапова Ю. А., Ших Е. В., Шепель Р. Н., Кабурова А. Н. Резолюция экспертного совета “Актуальные вопросы железодефицита в Российской Федерации”. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(5):2700. doi:10.15829/1728-8800-2020-2700

0000-0003-0711-7869, Orlova S. V. ORCID: 0000-0002-4689-3591, Pestrikova T. Yu. ORCID: 0000-0002-1120-846X, Sanina N. P. ORCID: 0000-0002-0335-1899, Sas E. I. ORCID: 0000-0002-8445-8363, Safuanova G. Sh. ORCID: 0000-0003-2627-0626, Sokolova T. M. ORCID: 0000-0003-3435-3536, Stuklov N. I. ORCID: 0000-0002-4546-1578, Tov N. L. ORCID: 0000-0002-9734-1826, Tribuntseva L. V. ORCID: 0000-0002-3617-8578, Umarova Z. A. ORCID: 0000-0002-3732-2025, Fatkullina L. S. ORCID: 0000-0003-0361-2785, Fendrikova A. V. ORCID: 0000-0002-4323-0813, Khlynova O. V. ORCID: 0000-0003-4860-0112, Shavkuta G. V. ORCID: 0000-0003-4160-8154, Sharapova Yu. A. ORCID: 0000-0002-4269-2143, Shikh E. V. ORCID: 0000-0001-6589-7654, Shepel R. N.* ORCID: 0000-0002-8984-9056, Kaburova A. N. ORCID: 0000-0001-7717-1455.

*Corresponding author: r.n.shepel@mail.ru

Received: 02/09-2020

Revision Received: 04/09-2020

Accepted: 09/09-2020

For citation: Drapkina O. M., Martynov A. I., Baida A. P., Balan V. E., Baranov I. I., Vlasova E. E., Vorobiev P. A., Volkova S. A., Gaiduk I. Yu., Gornostaeva Zh. A., Grigorieva N. Yu., Dobrokhotova Yu. E., Dvoretzkiy L. I., Dikke G. B., Dolgushina V. F., Dunicheva O. V., Eliseeva E. V., Ivanova E. V., Koryagina N. A., Kunyayeva T. A., Kupaev V. I., Mitina T. A., Mozheiko M. E., Oboskalova T. A., Orlova S. V., Pestrikova T. Yu., Sanina N. P., Sas E. I., Safuanova G. Sh., Sokolova T. M., Stuklov N. I., Tov N. L., Tribuntseva L. V., Umarova Z. A., Fatkullina L. S., Fenrikova A. V., Khlynova O. V., Shavkuta G. V., Sharapova Yu. A., Shikh E. V., Shepel R. N., Kaburova A. N. Resolution of the expert council “Relevant issues of iron deficiency in the Russian Federation”. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(5):2700. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2020-2700

Анализ литературы последних лет (2017–2020гг) демонстрирует отсутствие актуальных сведений о распространенности железодефицитной анемии (ЖДА) в России, а тематические публикации опираются преимущественно на данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [1]. Согласно этим данным, каждая пятая небеременная женщина репродуктивного возраста имеет ЖДА. По данным Росстата за 2019г анемия зарегистрирована у 1617,7 тыс. человек [2]. В России существуют объективные сложности сбора статистических данных по частоте анемии в целом и ЖДА и дефицита железа (ДЖ) в частности. Данные анализа >8 тыс. взрослых пациентов, обратившихся для прохождения диспансеризации или за первичной медицинской помощью, показали, что анемия у женщин была выявлена в 12–13% случаев, а в возрасте 40–49 лет до 21–22% [3]. У мужчин частота выявления анемии при диспансеризации составила 2,8%, а при обращении за медицинской помощью — 5,1% с пиком до 21% в возрасте 60–69 лет [3].

С 9 по 23 июня 2020г под сопредседательством главного внештатного терапевта Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора, член-корреспондента РАН О.М. Драпкиной и президента Российского научного медицинского общества терапевтов, доктора медицинских наук, профессора, академика РАН А.И. Мартынова проходила работа экспертного совета “Актуальные вопросы железодефицита в Российской Федерации”. В состав совета вошли 40 экспертов, среди которых было 2 член-корреспондента РАН, 23 профессора и доктора медицинских наук, 8 кандидатов медицинских наук из 15 ВУЗов страны и 20 городов России, которые представляли такие специальности, как терапия, гематология, акушерство и гинекология и клиническая фармакология. В результате объединения усилий была подготовлена резолюция, отражающая междисциплинарное мнение экспертов по различным аспектам обсуждаемой проблемы, и сформулированы предложения.

Вопросы эпидемиологии

По мнению экспертов, высокой распространенности ЖДА в России способствуют:

- низкий социально-экономический статус большей доли населения, связанный с недостаточным потреблением продуктов питания, богатых железом;
- низкая осведомленность населения о проблеме ДЖ;
- высокое распространение редуцированных диет с целью контроля массы тела среди женщин фертильного возраста;
- отсутствие подготовки к беременности с позиций диагностики и устранения ДЖ;
- низкая приверженность к лечению ЖДА и латентному ДЖ (ЛДЖ).

Проблема диагностики ЖДА и ЛДЖ в России

Диагностика ЖДА и ЛДЖ в РФ экспертами признана недостаточной в связи с неспецифическими проявлениями данных состояний, что ограничивает своевременное обращение за медицинской помощью. Немаловажно, что врачи первичного звена имеют образовательные пробелы в диагностике и лечении ЖДА и ЛДЖ, в связи с чем отсутствует настороженность по поводу этой патологии. В клинических рекомендациях отмечается недостаточно структурированный подход к выделению групп риска для скрининга и диагностики ЖДА. Кроме того, отсутствуют рекомендации по эффективной маршрутизации пациентов с ЖДА и ЛДЖ.

Профилактический прием препаратов железа женщинами репродуктивного возраста

Большинство экспертов считают рекомендованный ВОЗ [4] стандартный подход к профилактике ЖДА у женщин репродуктивного возраста в виде приема препаратов железа 3 мес. в году оправданным вследствие высокой распространенности железодефицитных состояний, а также их недостаточной диагностики и лечения в России. Однако ряд экспертов считает популяционную стратегию профилактики излишней, связанной с большими расходами и более серьезными последствиями, вызванными полипрагмазией и потенциальными нежелательными эффектами препаратов. Поэтому предлагаемый ВОЗ профилактический прием препаратов железа рекомендуют менструирующим женщинам в выделенных группах риска:

- с обильными менструальными кровопотерями;
- с аномальными маточными кровотечениями;
- у многорожавших женщин;
- с недостаточным питанием или использующим вегетарианскую диету.

Предлагается дополнить наблюдение в группах риска проведением теста на ферритин сыворотки (ФС) и принимать решение о профилактическом приеме препаратов железа индивидуально: при доказанном абсолютном ДЖ, отсутствии других причин, приводящих к развитию анемии, исключении противопоказаний для назначения препаратов железа (высокий уровень запасов железа в организме), а также оценке возможности побочных эффектов.

Алгоритмы диагностики и скрининга

Одним из параметров для определения ДЖ является исследование ФС крови. Снижение его уровня свидетельствует об истощении запасов железа [5]. При подозрении на ЛДЖ и нормальных показателях гемоглобина и сывороточного железа целесообразно оценивать уровень ФС. Кроме того, ФС — объективный критерий оценки эффективности лечения препаратами железа внутрь и критерий для принятия решения о применении внутривенных

препаратов железа. Вместе с тем, требуют согласования диагностические уровни ФС для разных категорий пациентов (например, как в Рекомендациях ВОЗ, 2020) [5]. Включение исследования ФС в клинические рекомендации для пациентов с анемией или в группах риска развития ДЖ позволит увеличить частоту выявления ЖДА и ЛДЖ в реальной врачебной практике, качество и своевременность их коррекции, а также снизить риски во время беременности и после рождения ребенка, улучшить диагностику состояний, связанных с избытком железа, при которых использование ферротерапии противопоказано. Ряд экспертов считают, что определение ФС должно комбинироваться с другими тестами, такими как общий анализ крови, эритроцитарные индексы. При установлении анемии, помимо основных исследований возможно расширение обследования, что включает определение сывороточного железа, трансферрина, процента насыщения трансферрина железом, а в неясных случаях может дополняться определением общей железосвязывающей способности сыворотки, растворимых рецепторов к трансферрину, коэффициента растворимый рецептор трансферрина/ферритин, С-реактивного белка.

Алгоритмы выявления ЖДА и ЛДЖ

Обобщенный и наиболее часто используемый алгоритм диагностики дефицита железа в практике терапевта и гинеколога состоит из нескольких этапов.

1 этап включает оценку жалоб, сбор анамнеза с целью выявления факторов риска ДЖ по принадлежности к группе риска или наличию симптомов, оценку внешнего вида пациента, состояния его органов и систем. Для оценки групп риска возможно использование критериев из Канадских рекомендаций 2019г [6], согласно которым среди факторов риска ДЖ выделяют:

- повышенную кровопотерю (желудочно-кишечные, маточные, носовые, почечные кровотечения, донорство);
- нарушение всасывания поступающего с пищей железа в кишечнике (энтериты, резекция тонкого кишечника, бариатрическая хирургия, синдром недостаточного всасывания);
- повышенную потребность в железе (беременность, лактация, усиленный рост и т.д.);
- снижение потребления железа (недостаточное питание, анорексия различного происхождения, вегетарианство и т.д.).

Использование опросника “Экспресс-диагностика — диагностика дефицита железа” в реальной клинической практике может быть рекомендовано для идентификации групп риска и оценки симптомов, подозрительных на ДЖ [7].

При каждом визите к врачу или раз в год при более частых визитах у всех женщин репродуктив-

ного возраста обязательно уточняют следующую информацию:

- интервалы между родами;
- период времени с момента окончания последней беременности, закончившейся родами;
- анамнез кровотечения в родах, ручного обследования полости матки;
- способ родоразрешения: естественный или Кесарево сечение (при оперативном кровопотеря более значительна);
- аномальные маточные кровотечения, обусловленные миомой матки, дисфункцией яичников, эндометриозом, или наличие перечисленных заболеваний;
- способ контрацепции (негормональные внутриматочные средства увеличивают объем кровопотери);
- характер питания;
- наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта, связанных с нарушением всасывания железа или хронической кровопотерей.

При наличии хотя бы одного фактора, предрасполагающего к наличию ДЖ, необходимо относить данного пациента к группе риска по развитию ЛДЖ или ЖДА с составлением плана необходимых профилактических мероприятий.

2 этап предусматривает проведение общего анализа крови и оценку его результатов, которые должны проводиться ежегодно. Для диагностики анемии важным является выявление уровня гемоглобина <110 г/л у беременных, <120 г/л у небеременных женщин и <130 г/л у мужчин, а также выявление микроцитоза и гипохромии эритроцитов (средний объем эритроцита — $MCV <80$ фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците — $MCH <28$ пг).

На **3 этапе** следует проводить лабораторное подтверждение ДЖ с помощью оценки уровня ферритина. У женщин фертильного возраста при наличии факторов риска ДЖ при концентрации гемоглобина <120 г/л (<110 г/л у беременных женщин), $MCV <80$ или 80-100 фл (микроцитарная или нормоцитарная анемия) [8], $MCH <28$ или 28-32 (гипохромная или нормохромная анемия) и уровне ФС крови <30 мкг/л ставится диагноз ЖДА. Особенностью этого алгоритма является простота и возможность быстрого принятия решения в рамках большого потока пациентов [9].

В случае если нет очевидных причин ДЖ при наличии анемии, для уточнения состояния обмена железа необходимо определение уровней сывороточного железа, трансферрина, насыщения трансферрина железом, общей железосвязывающей способности сыворотки [10]. Следует отметить, что поскольку уровни ФС, трансферрина, сывороточного железа могут меняться при воспалении, их определение должно проводиться при относитель-

ном благополучии пациента, отсутствии проявлений инфекционного заболевания, а при невозможности — сочетаться с оценкой уровня С-реактивного белка.

На 4 этапе проводится диагностический поиск, направленный на выявление причины ЖДА. Выявление причины ЖДА должно быть обязательным условием установления диагноза ЖДА. Дополнительное обследование для менструирующих женщин (в отличие от пациентов мужского пола) требуется только в случае отсутствия явных, анамnestических причин ДЖ или наличия симптомов заболеваний желудочно-кишечного тракта. В зависимости от жалоб и данных анамнеза возможно более детальное обследование: консультация гинеколога, хирурга, проведение фиброгастродуоденоскопии и колоноскопии.

Наличие доказанных ЛДЖ или ЖДА требует обязательного лечения препаратами железа в зависимости от тяжести анемии и причин, вызвавших данную патологию. При этом существенное внимание должно быть уделено устранению факторов, вызвавших ДЖ, и проведению профилактических мероприятий, направленных на предотвращение рецидива ДЖ.

В ходе дискуссионной сессии экспертного совета было высказано предложение о ежегодном, а не каждые 5-10 лет, как указано в российских клинических рекомендациях по ЖДА, проведении клинического анализа крови и ФС у всех небеременных женщин, начиная с подросткового возраста, в течение всего детородного возраста [11]. Такой же интервал следует использовать у всех пациентов, имеющих факторы риска развития ЖДА или предшествующий диагноз ЖДА.

Недостатки существующей нормативной базы Минздрава России в отношении диагностики и лечения ЖДА у женщин репродуктивного возраста

Порядок оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (Приказ Минздрава РФ от 1 ноября 2012г № 572н) [12] на практике является основным нормативным документом в принятии решения о назначении или не назначении исследований и лекарственных средств для акушера-гинеколога. Согласно данному Приказу, в начале каждого триместра беременным женщинам проводится общий анализ крови, а при развитии анемии, осложняющей беременность, в родах и послеродовой период проводится клинический анализ крови с определением лейкоцитарной формулы, подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов 1 раз/мес., назначаются препараты, содержащие железо. При ухудшении состояния беременной женщины, отсутствии эффекта от амбулаторного лечения данным Приказом предусмотрена плановая госпитализация для родоразрешения на сроке

38-39 нед. Стоит отметить, что положения приказа выполняются частично и, в основном, в отношении гематологических параметров, тогда как феррокинетическим параметрам достаточного внимания не уделяется. Очевидны недостатки регламентации по диагностике анемии у небеременных женщин с гинекологическими заболеваниями. Среди них следует отметить тот факт, что общий анализ крови не входит в базовый спектр обследования, а проводится только для пациентов в период предоперационной подготовки.

Практические рекомендации совета экспертов и мероприятия для актуализации темы ЛДЖ в России

По итогам встречи экспертами было предложено:

- Организовать проведение качественных эпидемиологических исследований с целью определения распространенности ЛДЖ и масштаба этой проблемы в России и ее отдельных субъектах (со стратификацией по полу, возрасту и социально-экономическому положению), влияния лечения ЛДЖ на здоровье небеременных женщин, будущих матерей и их детей. Инициировать создание общенациональной исследовательской программы лабораторной диагностики железодефицитных состояний.
- Внедрить по назначению врача возможность определения ФС широкому кругу пациентов.
- Создать федеральный регистр пациентов или описать эпидемиологическое состояние, связанное с ЛДЖ разного профиля (терапевтического, гинекологического, кардиологического и т.д.), с выделением отдельных категорий пациентов (мужчины и женщины, женщины репродуктивного возраста, пациенты пожилого и старческого возраста), поскольку в этих когортах имеют место разные причины ДЖ и последствия несвоевременной диагностики. В рамках регистра следует провести анкетирование различных групп населения (детей, женщин репродуктивного возраста, менопаузы, беременных, кормящих, вегетарианок).
- Подготовить клинические рекомендации и действенные алгоритмы диагностики ДЖ для врачей общей практики, терапевтов, акушеров-гинекологов и педиатров.
- Совершенствовать профессиональные навыки в рамках образовательных программ повышения квалификации врачей указанных специальностей, обсуждений на конференциях, “круглых столах”, в публикациях медицинских научных изданий.
- Способствовать продолжению работы Минздрава России по совершенствованию нормативных документов, посвященных проблемам ЛДЖ и ЖДА.
- Систематически проводить работу по привлечению внимания населения через обсуждение проблемы ЛДЖ и ЖДА в средствах массовой ин-

формации с целью повышения информированности групп риска. Подготовить статьи о значимости ДЖ для публикации в средствах массовой информации.

Отношения и деятельность. Резолюция опубликована для расширения читательской аудитории: специалистов врачей-кардиологов. Первая публикация: Терапия. 2020;5(39):10-19. doi:10.18565/therapy.2020.5.10-19.

Литература/References

1. WHO. The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization. 2015. https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/.
2. Federal state statistic service. Healthcare in Russia. Moscow.: Rosstat, Росстат, 2019. 170 p. (In Russ.) Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России. Москва.: Росстат, 2019. 170 с. ISBN 978-5-89476-470-2.
3. Volkova SA, Mayansky NA, Borovkov NN, et al. Complete blood count results in working adults. *Gematologia i transfuziologia*. 2008;53(1):21-7. (In Russ.) Волкова С. А., Маянский Н. А., Боровков Н. Н. и др. Показатели гемограммы у взрослого работающего населения. *Гематология и трансфузиология*. 2008;53(1):21-7.
4. WHO. Guideline: Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women. Geneva, World Health Organization, 2012. (In Russ.) ВОЗ. Руководство: Интермиттирующий режим приема менструирующими женщинами препаратов железа и фолиевой кислоты. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012. https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/guideline_iron_folicacid_suppl_women/ru/.
5. World Health Organization. WHO guideline on use of ferritin concentrations to assess iron status in individuals and populations. — 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331505/9789240000124-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
6. BCGuidelines.ca. Iron Deficiency — Diagnosis and Management. 2019. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/iron-deficiency.pdf>.
7. Kochneva EV, Kralevska MV. Iron deficiency conditions and their express diagnostics in routine clinical practice. *Nutrition*. 2017;7(2):58-63. (In Russ.) Кочнева Е. В., Кралеvsка М. В. Железодефицитные состояния и их экспресс-диагностика в повседневной клинической практике. *Вопросы диетологии*. 2017;7(2):58-63. doi:10.20953/2224-5448-2017-2-58-63.
8. Wintrobe MM. Anemia: classification and treatment on the basis of differences in the average volume and hemoglobin content of red corpuscles. *Arch Intern Med (Chic)*. 1934;54(2):256-80. doi:10.1001/archinte.1934.00160140099006.
9. Volkova SA, Borovkov NN. Basics of clinical haematology: students book. N. Novgorod.: Izdatelstvo Nizhegorodsky gos. Medicinskoj akademii, 2013. p. 400. (In Russ.) Волкова С. А., Боровков Н. Н. Основы клинической гематологии: учебное пособие. Н. Новгород.: Издательство Нижегородской гос. медицинской академии, 2013. p. 400. ISBN 978-5-7032-0882-3.
10. Short MW, Domagalski JE. Iron deficiency anemia: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2013;87(2):98-104.
11. Rumyantsev AG, Maschan AA, Chernov VM, et al. Federal clinical guidelines for diagnosis and treatment of iron-deficiency anemia. 2015. (In Russ.) Румянцев А. Г., Масчан А. А., Чернов В. М. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. 2015. <http://nodgo.org/sites/default/files/%D0%96%D0%94%D0%90%20%D0%B8%D1%81%D0%BF%D1%80.%29.pdf>
12. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 1, 2012 No. 572n "On approval of the Procedure for the provision of medical care in the profile obstetrics and gynecology (except for the use of assisted reproductive technologies)". (In Russ.) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70252632>.