



Министерство здравоохранения Свердловской области
государственное автономное учреждение здравоохранения
Свердловской области
"Детская городская больница №15 город Екатеринбург"
(ГАУЗ СО "ДГБ №15")

ПРИКАЗ

«10» марта 2022 года

№ 153

«О внедрении в работу
клинического протокола
«Железодефицитная анемия у детей»
в ГАУЗ СО «ДГБ №15»

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации №1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утверждённых в соответствии с частями 3, 4, 6 – 9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и с целью улучшения качества оказания медицинской помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить клинический протокол «Железодефицитная анемия», разработанный на основании Федеральных клинических рекомендаций «Железодефицитная анемия» (Приложение №1).
2. Заведующим подразделениями:
 - ✓ Детская поликлиника №1, отделение 1 – и.о. заведующей Васильченко Я.Г.
 - ✓ Детская поликлиника №1, отделение 2 – Закусиловой О.Н.
 - ✓ Детская поликлиника №2, отделение 4 – Габдорахмановой М.Н.
 - ✓ Детская поликлиника №2, отделение 5 - Мухаметзяновой Л.А.
 - ✓ Отделение неотложной помощи – Алексеевой Д.А.
 - ✓ Дневной стационар №1 – Попковой И.Б.
 - ✓ Дневной стационар №2 – Юферовой О.Н.
 - ✓ Инфекционное отделение №1 - Серкову Г.В.

✓ Инфекционное отделение №2 - Горбуновой Т.М.

- принять к исполнению и организовать работу в соответствии с настоящим клиническим протоколом.

3. Контроль исполнения приказа возложить на начальника экспертно – аналитического отдела А.Е. Боборыкину.

Главный врач ГАУЗ СО «ДГБ №15»



Ю.А. Макарова

Рассылка: в дело, Хрипун И.Б., Константинова Ю.В., Боборыкина А.Е., Калмыкова О.В., Д/п №1 (отд. 1, 2), Д/п №2 (отд. 4, 5), ДС №1, 2, ИО №1, 2, ОНП.

✍️ начальник ЭАО Боборыкина А.Е.
☎️ 3071753.

Клинический протокол

Железодефицитная анемия у детей

Разработан на основании и в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями «Железодефицитная анемия» (год утверждения: 2021).

Список сокращений

ЖДА – железодефицитная анемия
ХПА – хроническая постгеморрагическая анемия
ОЖСС – общая железосвязывающая способность сыворотки
НТЖ – насыщение трансферрина железом
СЖ – сывороточное железо
СФ – сывороточный ферритин
АХЗ – анемия хронических заболеваний
ХБП – хроническая болезнь почек
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
УЗИ – ультразвуковое исследование
МСV – средний объем эритроцита
МСН – среднее содержание гемоглобина в эритроците
МСНС – средняя концентрация гемоглобина в эритроциты
IRIDA - рефрактерная к ферротерапии железодефицитная анемия

1.1 Термины и определения

Железодефицитная анемия (ЖДА) – это приобретенное заболевание, характеризующееся снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и тканевых депо, в результате чего нарушается образование гемоглобина и эритроцитов, развивается гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях.

Латентный железодефицит – это состояние, характеризующееся истощением запасов железа в организме при нормальном уровне гемоглобина.

Ферротерапия – лечение лекарственными препаратами железа.

Ретикулоцитарный криз или ретикулоцитарная реакция – повышение количества ретикулоцитов более, чем на 20-25% от исходного.

1.2 Определение заболевания

ЖДА — полиэтиологичное заболевание, развитие которого связано с дефицитом железа в организме из-за нарушения поступления, усвоения или повышенных потерь данного микроэлемента, характеризующееся микроцитозом и гипохромной анемией.

1.3 Этиология и патогенез

Основными причинами развития ЖДА в детской практике являются:

- ✚ дефицит железа при рождении ребенка;

- ✚ алиментарный дефицит железа вследствие несбалансированного питания;
- ✚ повышенные потребности организма в железе вследствие бурного роста ребенка;
- ✚ потери железа из организма, превышающие физиологические.

Алиментарно-зависимыми факторами в развитии дефицита железа у детей являются:

- ✚ недостаточное поступление железа с пищей;
- ✚ сниженное всасывание железа;
- ✚ увеличенные потери железа из-за микрочровотечений из кишечника, обусловленные ранним введением кефира и цельного коровьего молока в рацион детей раннего возраста;
- ✚ глистные инвазии, инфекционно-воспалительные заболевания кишечника.

1.4 Эпидемиология

ЖДА составляют 90% от всех анемий в детском возрасте.

1.5 Классификация

1. Вследствие кровопотери:

- ✚ Желудочно-кишечная
- ✚ При менструациях и родах
- ✚ Легочная (гемосидероз легких)
- ✚ Через мочеполовой тракт (заболевания почек, гемоглобинурия)

2. Вследствие нарушения всасывания железа:

- ✚ Резекция желудка и кишечника
- ✚ Недостаточность поджелудочной железы
- ✚ Глютеновая энтеропатия, СПРУ
- ✚ Болезнь Крона

3. Вследствие повышения потребности в железе:

- ✚ Быстрый рост (недоношенные новорожденные дети, подростки)
- ✚ Беременность и лактация

4. Вследствие недостаточного поступления с пищей

- ✚ Вегетарианская или веганская диета

1.6 Клиническая картина

Основные клинические синдромы:

✚ гипоксический (бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, усиленное сердцебиение, шум в ушах, головная боль, слабость) слабость, головную боль, головокружение, плохую переносимость физических нагрузок; снижение аппетита; снижение работоспособности, внимания, обучаемости);

✚ сидеропенический (жжение языка, извращения вкуса (пристрастие к мелу, глине, сырым продуктам), изменения обоняния (пристрастие к запахам лака, красок, ацетона, выхлопных газов автомобиля), сухость кожи, пигментации кожи цвета кофе с молоком, изменение ногтей (ломкость, мягкость, поперечная исчерченность, вогнутость), ломкость, тусклость, раздваивание кончиков волос, алопеция, ангулярный стоматит, гипотония (мышечная, артериальная));

Менее известные клинические проявления:

- ✚ невротические реакции и неврастению,
- ✚ снижение работоспособности мышц и общей толерантности к физической нагрузке,
- ✚ нарушения метаболических процессов в миокарде,

- ✚ нарушения периферического кровообращения (снижение периферического сопротивления и венозного тонуса, уменьшение функциональных резервов артериол) и микроциркуляции,
- ✚ миокардиодистрофии и симпатикотонии в вегетативной регуляции сердечной деятельности,
- ✚ хронические гастриты и синдром нарушения всасывания в кишечнике.
- ✚ нарушения противоинфекционного иммунитета

2. Диагностика заболевания

2.1 Жалобы и анамнез

См. раздел «клиническая картина»

2.2 Физикальное обследование

Рекомендуется всем пациентам при подозрении на ЖДА, но указанные выше симптомы обладают низкой диагностической ценностью и не позволяют уверенно диагностировать ЖДА. Решающее значение имеют лабораторные исследования.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется:

- ✚ общий (клинический) анализ крови с оценкой гематокрита (Hct), уровня эритроцитов и ретикулоцитов с определением среднего содержания и средней концентрации Hb в эритроцитах, определение размеров эритроцитов.

При ЖДА отмечается снижение уровня гемоглобина, гематокрита, среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (МСН и МСНС, соответственно), среднего объема эритроцитов (MCV). Количество эритроцитов обычно в пределах нормы. Ретикулоцитоз - не характерен, но может присутствовать. Морфологическим признаком ЖДА является гипохромия эритроцитов и анизоцитоз со склонностью к микроцитозу.

- ✚ сывороточные показатели обмена железа: уровень ферритина в крови, уровень трансферрина сыворотки крови, железосвязывающую способность сыворотки (ОЖСС), исследование уровня железа сыворотки крови и коэффициент насыщения трансферрина железом (НТЖ).

Отличительными признаками истинной ЖДА являются: низкий уровень сывороточного ферритина и повышенные показатели ОЖСС и трансферрина. Показатели сывороточного железа и коэффициент НТЖ в типичных случаях снижены, однако наличие нормальных и даже повышенных показателей не исключает диагноз ЖДА.

Развитию ЖДА предшествует период латентного железодефицита, лабораторными критериями которого служат низкие показатели сывороточного железа и ферритина на фоне нормального уровня гемоглобина.

Дифференциальная диагностика ЖДА и анемии хронических заболеваний (АХЗ)

Показатель	Норма	ЖДА	АХЗ
Сывороточное железо	10,7 – 32,2 мкмоль/л	↓	↓ N
ОЖСС	46 - 90 мкмоль/л	↑	N или ↓
НТЖ	17,8 - 43,3%	↓	N↓↑
Ферритин сыворотки	11,0 - 306,8 нг/мл	↓	N или ↑

- ✚ анализ крови биохимический (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, гамма - глютаминтранспептидаза). Оценка биохимических показателей функции печени необходи-

ма для правильной интерпретации параметров обмена железа, так как нарушение белково-синтетической функции печени может приводить к нарушению продукции трансферрина;

✚ анализ мочи общий. Нарушение функции почек может приводить к развитию как относительного, так и абсолютного железодефицита.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Пациентам с впервые установленным диагнозом ЖДА для поиска возможного источника кровотечения и выявления сопутствующей патологии:

- ✚ рентгенография или КТ органов грудной клетки;
- ✚ УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза;
- ✚ УЗИ щитовидной железы;
- ✚ ЭКГ (электрокардиография);
- ✚ ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия).

Источниками кровопотерь могут быть: носовые кровотечения у пациентов с геморрагическими диатезами (наследственная телеангиэктазия иммунная тромбоцитопения и др.), гематурии различного происхождения (хронический гематурический нефрит, IgA - нефропатии, мочекаменная болезнь, перманентный внутрисудистый гемолиз), ятрогенные кровопотери (частые повторные заборы крови для исследований).

2.5 Иные диагностические исследования

У детей с ЖДА:

✚ содержание антител к тканевой трансглутаминазе или содержание антител к эндомиозию в крови для исключения целиакии. Целиакия может приводить к нарушению всасывания железа в ЖКТ вследствие аутоиммунного повреждения слизистой кишечника, а также вследствие хронического скрытого кровотечения.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

Цель лечения - введение железа в количестве, необходимом для нормализации уровня гемоглобина и восполнения тканевых запасов железа.

Используют пероральные препараты двухвалентного железа (код В03АА по АТХ классификации) или трехвалентного железа (код В03АВ по АТХ классификации), наиболее часто – железа сульфат. Рандомизированные исследования последних лет доказали, что эффективность пероральных препаратов двухвалентного и трехвалентного железа одинакова.

В соответствии с рекомендацией ВОЗ у детей доза солевых препаратов железа составляет:

- ✚ до трех лет 3 мг/кг в сутки,
- ✚ у детей старше трех лет – 45 – 60 мг в сутки,
- ✚ у подростков – до 120 мг в сутки.

*Основные пероральные препараты, применяемые для лечения ЖДА,
и содержание в них элементарного железа*

Препарат	Состав (в 1 драже, 1 таблетке, в 1 мл капли или сиропа)	Форма выпуска и дозировка	Содержание элементарного железа
Железа сульфат + серин	Железа сульфат 47,2 мг, D, L серин 35,6 мг, глюкоза и фруктоза	Капли для приема внутрь. Грудные дети: 10-15 капель 3 раза в сутки;	Fe: 9,48 мг в 1 мл

	151,8 мг, калия сорбат 1 мг в 1 мл капель	дети дошкольного возраста 25-35 капель 3 раза в сутки; дети школьного возраста 50 капель 3 раза в сутки	
Железа сульфат + серин	Железа сульфат 171 мг, D, L серин 129мг, глюкоза, фруктоза в 5 мл сиропа	Сироп, 100 мл во флаконе. Для детей старше 2 лет и взрослых: 5 мл на 12 кг мас- сы тела; дети школьного возраста: 5 мл 1-2 раза в сутки	Fe: 34 мг в 5 мл
Железа (III) гидроксид по- лимальтозат**	Железа (III) гидрок- сид полимальтозат 357 мг	Таблетки жевательные. Взрослым и детям старше 12 лет по 1-3 таблетки в сутки	Fe: 100 мг в 1 таблетке
Железа (III) гидроксид по- лимальтозат + Фолиевая кис- лота	Железа (III) гидрок- сид полимальтозат 357 мг, фолиевая кис- лота 0,35 мг	Жевательные таблетки, 10 таблеток в блистере, по 3 блистера в упаковке	Fe: 100 мг в 1 таблетке
Железа сульфат	Железа сульфат 256,3 мг, мукопротеоза 80 мг, аскорбиновая кис- лота 30 мг	Таблетки, покрытые оболоч- кой, 10 таблеток в блистере, 3 блистера в упаковке	Fe: 80 мг
Железа глюко- нат + Марганца глюконат + Ме- ди глюконат	В 10 мл раствора со- держится: 50 мг глю- коната железа, 1,33 мг глюконата марган- ца, 0,7 мг глюконата меди, глицерол, глю- коза, сахараза, ли- монная кислота, цит- рат натрия и др.	Раствор для приема внутрь, ампулы по 10 мл, по 20 шт. в упаковке	Fe: 5 мг в 1 мл
Железа фумарат + Фолиевая кис- лота	Фумарат железа 154 мг, фолиевая кислота 0,5 мг	Капсулы, 10 капсул в блисте- ре, 3 блистера в упаковке	Fe: 50 мг в 1 капсуле
Железа сульфат + Аскорбиновая кислота	Железа сульфат 50 мг, аскорбиновая кис- лота 30 мг	Таблетки, покрытые пленоч- ной оболочкой, в упаковке 30 - 50 шт.	Fe: 100 мг в 1 драже
Ферлатум	Железа протеин сук- циниллат (код В03АВ09 по класси- фикации АТХ) 800 мг в 15 мл	Раствор для приема внутрь, 15 мл во флаконе, 10 флако- нов в упаковке	Fe: 40 мг в 15 мл
Поливитамины + минералы	Железа препараты, в комбинации с поливи- таминами (код В03АЕ03 по класси- фикации АТХ), вклю- чающие железа суль- фат 150 мг, аскорби- новую кислоту 50 мг, рибофлавин 2 мг, ти- амин 2 мг, никотина- мид 15 мг, пиридок- син 1 мг, кальция пантотенат 2,5 мг	Капсулы, 10 капсул в блисте- ре, 1 блистер в упаковке	Fe: 45 мг в 1 капсуле
Железа (III) гидроксид по- лимальтозат**	железа (III) гидроксид полимальтозат 400 мг	Жевательные таблетки, 10 таблеток в стрипе, 3 стрипа в упаковке	Fe: 100 мг в 1 таблетке
Железа (III) гидроксид по-	железа (III) гидроксид полимальтозат 200 мг	Сироп, 200 мг – 5мл. 100 мл во флаконе	Fe: 10 мг в 1 мл

лимальтозат**			
---------------	--	--	--

Примерно у 20% пациентов на фоне лечения развиваются понос или запор, которые купируют симптоматической терапией. Тошнота и ощущение дискомфорта в эпигастральной области, минимизируют, принимая препараты железа во время еды или снижая их дозу. Длительность лечения определяется глубиной исходного железodefицита и может варьировать от 1 до 3 месяцев. Лечение целесообразно сочетать с назначением поливитаминов для полноценного обеспечения пластических процессов.

Нормальная концентрация Hb у детей разного возраста

Возраст	Концентрация Hb (г/л), менее которой диагностируется анемия
0–14 дней	145
15–28 дней	120
1 месяц–5 лет	110
6–11 лет	115
12–14 лет	120

3.1.1 Лечение пероральными препаратами железа

Дозы препаратов железа и длительность лечения рассчитывают индивидуально с учетом возраста, массы тела и терапевтического плана лечения.

В настоящее время накапливаются доказательства того, что применение препаратов железа в низких дозах короткими курсами (2 недели в месяц) или альтернирующими режимами (через день в течение месяца) имеет более высокую эффективность и меньшую частоту побочных эффектов, чем применявшиеся ранее схемы с высокими дозами 2 - 3 раза в день.

У детей в предпочтении препараты трёхвалентного железа, так как:

- ✚ высокая безопасность,
- ✚ отсутствие риска передозировки, интоксикации и отравлений;
- ✚ отличная переносимость;
- ✚ отсутствие пигментации десен и зубов, приятный вкус;
- ✚ отсутствие взаимодействия с другими лекарственными средствами и продуктами питания; наличие антиоксидантных свойств.

Перечисленные свойства пероральных препаратов трехвалентного железа обеспечивают высокую комплаентность детей к лечению ЖДА. Важным является наличие на рынке препаратов железа в различных лекарственных формах для перорального применения (капли, сироп, таблетки), что делает возможным их применение у детей разного возраста и подростков.

3.1.2 Лечение парентеральными препаратами железа

Рекомендуется в случаях неэффективности, плохой переносимости или наличия противопоказаний к применению препаратов для перорального применения для достижения излечения (расстройства всасывания вследствие предшествующей обширной резекции кишечника, пациентам с язвенным колитом, болезнью Крона, синдромом мальабсорбции), а также в случае необходимости получить быстрый эффект в виде восполнения запасов железа и повышения эффективности эритропоэза (например, перед большими оперативными вмешательствами).

Внутривенные инфузии сопряжены с опасностью анафилактического шока (1% пациентов), развитием перегрузки железом и токсических реакций.

Внутримышечное введение не используется из-за низкой эффективности, развития местного гемосидероза и опасности развития инфильтратов, абсцессов в месте введения.

3.1.3 Гемотрансфузионная терапия

По индивидуальным показаниям с ЖДА тяжелой степени в условиях стационара.

3.1.4 Мониторинг эффективности лечения препаратами железа на этапе лечения

Проводить путем мониторинга клинических и лабораторных показателей у всех пациентов:

- ✚ улучшение самочувствия пациентов через 5-6 дней и исчезновение клинических проявлений через 1–1,5 месяцев от начала ферротерапии
- ✚ показатели гемограммы (содержание ретикулоцитов повышается через 8 - 12 дней, содержание гемоглобина возрастает через 2,5 - 3 недели и нормализуется в большинстве случаев через месяц)
- ✚ сывороточные показатели обмена железа (ферритин, ОЖСС и трансферрин).

По окончании курса лечения необходимо контролировать показатели гемоглобина ежемесячно в течение года для определения необходимости поддерживающей ферротерапии.

3.2 Хирургическое лечение и 3.3 Диетотерапия

Не применяются.

3.4. Иное лечение

Обезболивание не применяется.

4. Медицинская реабилитация

Не требуется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Первичная профилактика ЖДА и латентного дефицита железа – это адекватное, сбалансированное питание человека в любом возрасте. Ежедневная потребность в железе ребенка – 0,5–1,2мг. Обычная диета обеспечивает поступление от 5 до 15мг элементарного железа в день. В ЖКТ (двенадцатиперстной кишке и верхнем отделе тощей кишки) всасывается 10–15% железа, содержащегося в пище.

Вторичная профилактика: дополнительное назначение профилактических доз лицам из группы риска развития латентного железодефицита и ЖДА:

- ✚ детям, находящимся на естественном и смешанном вскармливании, начиная с 4- месячного возраста и до введения прикорма (1мг железа на 1кг массы тела в сутки);
- ✚ недоношенным, находящимся на естественном вскармливании, начиная с 1-го месяца жизни и до перехода на искусственное вскармливание смесями, обогащенными железом, или до введения прикорма (2мг железа на 1кг массы тела в сутки);
- ✚ детям, у которых невозможно устранить причину развития железодефицитного состояния;
- ✚ пациенты на программном гемодиализе;
- ✚ пациенты с неоперабельными опухолями любой локализации, сопровождающимися рецидивирующими кровотечениями;
- ✚ соблюдающим вегетарианскую или веганскую диету.

Дети в возрасте 6 – 12 месяцев должны получать 11мг железа в сутки. В качестве блюд прикорма следует назначать красное мясо и овощи с высоким содержанием железа. В случае недостаточного поступления железа с молочными смесями или прикормом следует дополнительно назначить железо.

Дети в возрасте 1 – 3 лет должны получать 7 мг железа в сутки, лучше в виде пищи, содержащей достаточное количество красного мяса, овощей с высоким содержанием железа и фруктов с большим содержанием витамина С, который усиливает всасывание железа.

Решение о вторичной профилактике рекомендовано при каждом обращении пациента к врачу, проведении диспансеризации, медицинских осмотров.

Профилактика железодефицита подразумевает проведения скрининга для выявления ЖДА или латентного железодефицита. Следует ориентироваться на изменения лабораторных показателей общего анализа крови: Hb, Ht, MCV, 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.

У детей в возрасте 2 – 5 лет, не имеющих факторов риска, обследование на предмет выявления ЖДА проводится ежегодно.

У детей школьного возраста и мальчиков подросткового возраста скринингу подлежат имеющие ЖДА в анамнезе или особые потребности, обусловленные состоянием здоровья или низким поступлением железа с пищей.

Диспансерное наблюдение за детьми 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.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для экстренной госпитализации: развитие симптомов декомпенсации ЖДА.

Показания для плановой госпитализации: диспансерное обследование, в том числе при первичной постановке диагноза ЖДА умеренной или тяжелой степени.

Показания к выписке: регресс симптомов декомпенсации ЖДА, окончание обследования для выявления причины ЖДА.

7. Дополнительная информация

Рефрактерность ЖДА к лечению чаще всего обусловлена неадекватностью назначенной терапии или анемией, не связанной с дефицитом железа. ЖДА при своевременной диагностике, выявлении причин возникновения, правильном лечении подлежит излечению в 100% случаев. «Рецидивы» ЖДА свидетельствуют о невыявленной (неустраненной) причине или неправильных диагностике и лечении.

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

Согласно разделу 13.4. документа «Вакцинопрофилактика. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок. Методические указания» «... анемия нетяжелая, алиментарного генеза не должна быть причиной отвода от прививки, после которой ребенку назначают соответствующее лечение. Тяжелая анемия требует выяснения причины с последующим решением вопроса о времени вакцинации...».

8. Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерий	Выполнение критерия
----------	---------------------

Выполнен общий анализ крови с определением числа ретикулоцитов и эритроцитарных индексов	УУР – С, УДД – 5.
Проведено исследование параметров обмена железа (ферритин, трансферрин, общая железосвязывающая способность сыворотки, насыщение трансферрина железом)	УУР – В, УДД – 3.
Проведен биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, гамма-глутаминтранспептидаза)	УУР – С, УДД – 5.
Проведен общий анализ мочи	УУР – С, УДД – 5.

8.1. Сила и качество рекомендаций в соответствии с проведенным анализом доказательств

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

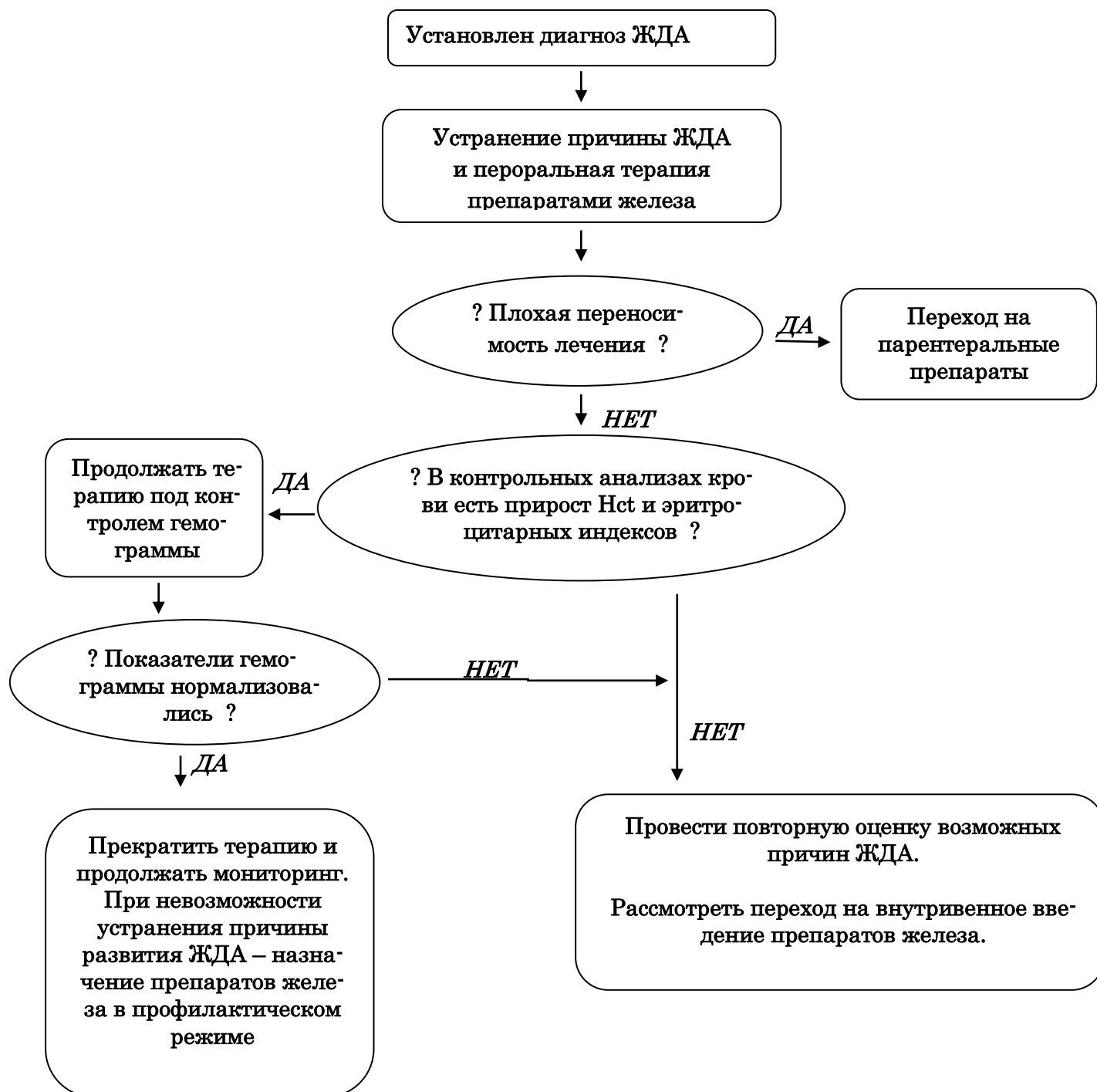
УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низ-

кое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

9. Алгоритм действия врача



10. Информация для пациента

1. ЖДА - заболевание излечимое в 100% случаев. Основные задачи лечения: найти причину снижения гемоглобина и провести лечение препаратами железа. Лечение, как

правило, длительное и составляет от 3 до 6 месяцев в зависимости от степени тяжести анемии.

2. Необходимо получить у лечащего врача рекомендации по питанию.

3. Плохая переносимость препаратов железа (боли в животе, тошнота, рвота, запор, понос) является поводом обратиться к лечащему врачу за консультацией. Возможны смена препарата или кратковременное уменьшение дозы препарата.

4. Излечением от ЖДА является не достижение нормальной концентрации Нв, а восполнение запасов железа в организме, что может быть доказано с помощью биохимического исследования.

5. Прекращение приема препаратов железа после достижения нормальной концентрации Нв является ошибкой и создает предпосылки к рецидиву заболевания.

6. Родители детей с ЖДА должны получить рекомендации педиатра по проведению профилактических прививок. У детей с нетяжелой ЖДА профилактические прививки проводятся в соответствии с календарем прививок.