Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00317&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00317. Вторинні анемії

Автор: Tom Pettersson
Редактор оригінального тексту: Hanna Pelttari
Дата останнього оновлення: 2017-09-03

Основні положення

- Необхідно виключити “специфічні” анемії (залізодефіцитну, B12- або фолієводефіцитну, гемолітичну, гостру постгеморагічну анемії, мієлодиспластичний синдром, гемобластози). Для цього можуть бути використані основні методи дослідження при анемії [настанова 00314|Оцінка анемії у дорослих].
- Потрібно оцінити, чи пояснюється тяжкість анемії тяжкістю основного захворювання.
- Слід уникати необґрунтованого призначення препаратів заліза, проте потрібно виявити тих пацієнтів, для яких дані препарати будуть корисними, наприклад, пацієнти з комбінованими анеміями.

Загальні відомості

- Є гетерогенною групою анемічних станів
- Найчастіше вторинні анемії поділяють на (а) анемії, пов’язані з хронічними захворюваннями та (б) анемії, зумовлені специфічною патологією певних органів (хронічні хвороби нирок і печінки, деякі ендокринопатії).
- Патогенез: при анемії, пов’язаній із хронічним захворюванням, еритропоез виснажений, утилізація заліза пригнічена медіаторами запалення та гепсидином, який регулює транспортування заліза.

Анемія, пов’язана з хронічним захворюванням, зазвичай з’являється через 1-2 місяці після початку основного захворювання та корелює з активністю запального процесу.

- Поширені серед деяких груп пацієнтів (напр., при тяжкому перебігу ревматоїдного артриту, нирковій недостатності [настанова 00226|Лікування хронічної хвор…]).
- Не зумовлені дефіцитом вітамінів і мінералів.
- Не є рідкістю сполучення вторинної анемії з анемією деяких інших типів.

Первинні захворювання

- Анемія, пов’язана з хронічним захворюванням
  - Хронічні інфекції
  - Інші хронічні запальні хвороби (аутоімунні захворювання, тяжкі травми та опіки)
  - Злоякісні пухлини (без метастазів до кісткового мозку)
- Специфічна патологія певних органів
  - Хронічна ниркова недостатність [настанова 00226|Лікування хронічної хвор…]
  - Цироз та інші захворювання печінки
  - Ендокринопатії (гіпотиреоз, гіпертиреоз, недостатність надниркових залоз, дефіцит андрогенів, гіпопітуїтаризм, гіперпаратиреоз, нервово-психічна анорексія)

Діагностика

- Визначення захворювання, яке є першопричиною. Включити до стандартних лабораторних досліджень при анемії (рівень гемоглобіну, гематокрит, середній об’єм еритроцита - MCV, кількість ретикулоцитів) визначення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), СРБ та кількості лейкоцитів.
- Розглянути, чи може ступінь тяжкості анемії пояснюватися основним захворюванням. При легкому та середньої тяжкості перебігу хвороби рівень гемоглобіну зазвичай становить 100-110 г/л, при тяжкому перебігу він знижується до 70-90 г/л чи навіть нижче.
- Якщо рівень гемоглобіну непропорційно низький, необхідно провести пошук специфічних причин анемії.

- Потрібно виключити підвищену втрату еритроцитів (кровотеча чи гемоліз, збільшення кількості ретикулоцитів).
- Слід виключити дефіцит заліза (підвищення рівня розчинних рецепторів трансферину в плазмі крові; потрібно перевірити референтний діапазон, який використовує ваша власна лабораторія) та мегалобластну анемію (середній об'єм еритроцита (MCV) > 100 фл).
- Анемія, пов'язана із хронічним захворюванням, зазвичай нормохромна та нормоцитарна, проте за тривалого перебігу стає гіпохромною та мікроцитарною. На даній стадії вона нагадує залізодефіцитну анемію.
- Варто зауважити, що феритин сироватки, який відображає запаси заліза в тканинах, також діє подібно до білків гострої фази.
- В незрозумілих випадках рекомендоване дослідження кісткового мозку.
- У пацієнтів із вторинною анемією часто наявні також інші супутні чинники, які сприяють анемії, наприклад, дефіцит заліза чи ниркова недостатність.
- Пробне призначення препаратів заліза є практичним підходом при поєднанні дефіциту заліза та вторинної анемії. Запаси заліза відновлюються протягом 2-3 місяців, і відображається справжній ступінь вторинної анемії. Також у цьому разі необхідно пам'ятати про виявлення причини дефіциту заліза.

Лікування

- Лікування основного захворювання.
- Для успішного лікування важливо виключити вплив обтяжливих чинників, таких як кровотеча, дефіцит заліза, гіповітаміноз, гемоліз, ниркова недостатність і вплив медикаментів на кістковий мозок.
- Слід уникати рутинного призначення препаратів заліза.
- Певні групи пацієнтів, хворих на хронічну ниркову недостатність або злоякісні новоутворення, лікують еритропоетином (епоетин, дарбепоетин альфа) згідно призначень вузького фахівця. Застосування еритропоетину стає поширеним також при лікуванні інших вторинних анемій.
- Переливання еритроцитарної маси проводиться лише за абсолютних показань.

Пов’язані ресурси

- Інтернет-ресурси [пов'язані 00144|Secondary anaemia – Rela…]

Настанови

- Настанова 00314. Оцінка анемії у дорослих.
- Настанова 00226. Лікування хронічної хвороби нирок..

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00317 Ключ сортування: 015.023 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-09-03

Автор(и): Tom Pettersson Автор(и) попередніх версій статті: Juhani Vilpo Редактор(и): Hanna Pelttari
Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Internal medicine Haematology

Ключові слова індексу
mesh: anemia, secondary Secondary anaemia Anaemia, secondary Anaemia Anemia speciality: Haematology
speciality: Internal medicine mesh: Erythropoietin mesh: Erythropoiesis mesh: Hemoglobins icpc-2: B80 icpc-2: B82