

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ЖЕЛЕЗО-ДЕФИЦИТНА АНЕМИЈА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на железо-дефицитна анемија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување на железо-дефицитна анемија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на железо-дефицитна анемија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6593/2

3 декември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ЖЕЛЕЗО-ДЕФИЦИТНА АНЕМИЈА

МЗД Упатство
8.2.2011

Основни податоци

Причини

Дијагностика

Одредување на причината за железо-дефицитна анемија

Терапија

Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Најголемиот број на случаи на микроцитна анемија ($MCV < 80fl$) се предизвикани од дефицит на железо. Како и да е, околу 10% од овие пациенти имаат секундарна анемија, од друга страна, пак, околу 30% од железо-дефицитните анемии имаат $MCV > 80fl$ (зависно од популацијата на пациентите).
- Околу 20% од жените со активен менструален циклус имаат феродефицитна анемија во иста фаза од својот репродуктивен период од животот.
- Дефицитот на железо кај жените по репродуктивниот период и кај мажите во кој било период од животот секогаш е абнормално. Причината која стои зад сигнификантен дефицит на железо во овие случаи најчесто е гастроинтестинално крвање.
- Ако пациентот има микроцитна анемија ($MCV < 80fl$) и може да се исклучи секундарна анемија, веројатно се работи за железо-дефицитна анемија. Најверојатно, не се работи за секундарна анемија, ако нема релевантна хронична болест и мината историја, клинички статус, седиментација, Ц-реактивен протеин (CRP), креатинин или леукоцитоза кои укажуваат на присуство на друга болест во заднина. Ако причината за дефицит на железо е извесна или евидентна, ситуацијата е доволно добро карактеризирана и може да се започне терапијата со железо. Меѓу некои етнички групи и посебно во познати фамилии таласемијата може да биде причина за микроцитна анемија.

ПРИЧИНИ

- Хронични крвавења
- Неадекватна нутриција
- Малапсорпција (најчесто целиакија)

ДИЈАГНОСТИКА

- Дефицит на железо без каква било друга јасна причина (брз раст, бременост, гинеколошко крвање, гастроинтестинално крвање) се детектира со серумски феритин. Серумски феритин $< 30\mu g/l$ е знак за дефицит на железо.
- Дефицит на железо во асоцијација со хронична болест се детектира со серумски трансферин. Серумски трансферин над референтните вредности е силен индикатор за дефицит на железо. Оваа анализа не е реална во сите ситуации, на пример, во бременост, акутно крвање, хемолiza, хемоглобинопатија S, таласемија и полицитемија. Во овие ситуации треба да се одреди серумски феритин и процентот на сатурација на трансферинот со железо (според вредностите на железо и трансферин - процент на трансферинска сатурација со железо $< 15\%$ индицира дефицит на железо).

- Со развојот на биохемиските анализи, анализата на коскената срцевина ја изгуби улогата на клучна анализа. Во нејасни случаи и при сомнение за хематолошка болест сè уште е индицирана стернална пункција.

ОДРЕДУВАЊЕ НА ПРИЧИНИТЕ ЗА ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО

1. Железо-дефицитната анемија е само симптом. Мора да се откријат основните причини.
2. Кај фертилна жена најверојатна причина е *ексцесивно менструално крвање*. Кај анемија во текот на бременост (види труд за Антенатална грижа).
3. Хеморагии особно од гастроинтестиналниот тракт (гастритичен улкус, интестинални тумори, хемороиди) се многу чести. Кај сите мажи, но и кај жените ако менструалното крвање не го објаснува настанатиот дефицит на железо, мора да се упатат на ендоскопски ивентигации на гастроинтестиналниот тракт. Тестот за окултно фекално крвање не е многу корисен бидејќи негативниот тест не исклучува постоење на гастроинтестинален тумор како причина за анемијата.
4. Возраста на пациентот и историјата на болеста со тековните симптоми го детерминираат редоследот на ивентигации.
 - Колоноскопија треба да се направи кај сите пациенти на возраст над 50 години. Гастроскопија е прв преглед на пациент што има/имал мелена или пројавува симптоми што укажуваат на гастритичен улкус.
 - Кај помлади пациенти испитувањето започнува со гастроскопија, особено ако имаат гастритични симптоми. Ако симптомите укажуваат на болест на дисталниот дел на гастроинтестиналниот тракт или ако гастроскопијата не даде објаснување за анемијата, мора да се испита и колонот. Ако причината за дефицит на железото не се утврди со горенаведените испитувања местото на крвање треба да се бара со ендоскопска капсула, во тенките црева, интестинална ангиографија или со радиоизотопски скен.

Нутритивните причини и малапсорпцијата се поретки причини.

- Целијачна болест се дијагностицира со гастроскопија.

ТРЕТМАН

- Најважно е да се превенира ексцесивната загуба на железо (крв) и да се гарантира доволна количина на железо во исхраната.
- Супституција со железо најчесто се дава орално. Дневни количини од 100 до 200mg дадени во 2 до 4 дози се доволни.
 - Кај умерени до сериозни железо-дефицитни анемии постои ретикулоцитен одговор, најчесто за 5 до 10 дена по започнување на терапијата.
 - Нормализација на хемоглобинот и на MCV вредностите се очекуваат за 2 до 4 месеци.
- Супституцијата со железо треба да се одржува 2 до 3 месеци по комплетниот одговор, со цел да се потполнат резервите на железо во организмот.
- Пациентите кои нема да одговорат нормално на терапијата со железо треба да се упатат на хематолог.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

31.1.2007

- Кохранови прегледи
- Интернет извори
- Литература

Кохранови прегледи

- Еритропоетинот може да обезбеди поповолен исход во третманот на постпарталната анемија во компарација само со терапија со железо. Потребни се понатамошни студии за суплементацијата со железо и трансфузии со крв во третман на постпарталните анемии (ннд-С).

Интернет извори

- Conrad ME. Iron deficiency anemia. eMedicine

Литература

1. Moglia A, Pietrabissa A, Cuschieri A. Capsule endoscopy. *BMJ* 2009 Sep 11;339():b3420. **PubMed**
2. de Montalembert M. Management of sickle cell disease. *BMJ* 2008 Sep 8;337():a1397. **PubMed**
3. Suominen P, Punnonen K, Rajamäki A, Irjala K. Serum transferrin receptor and transferrin receptor-ferritin index identify healthy subjects with subclinical iron deficits. *Blood* 1998 Oct 15;92(8):2934-9. **PubMed**

Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ (EBMG Editorial Team)

Article ID: rel00141 (015.021)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Tapio Nousiainen

Article ID: ebm00315 (015.021)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 8.2.2011, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**