ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров’я України
05 жовтня 2026 року № 1498

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ У ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ

2026

ВСТУП

Клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія у дітей та дорослих» (далі – КПМД) за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини розроблено відповідно до Методики розробки та впровадження стандартів медичної та реабілітаційної допомоги, клінічних протоколів та протоколів надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я на засадах доказової медицини (далі – Методика), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я від 19 червня 2026 року № 845 «Деякі питання розробки галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30 липня 2026 року за № 1090/46484.

КПМД розроблений з метою покращення результатів надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги особам, які мають дефіцит заліза (далі – ДЗ) або хворіють на залізодефіцитну анемію (далі – ЗДА), створення єдиної комплексної, ефективної системи надання медичної допомоги дітям та дорослим.

КПМД розроблений на основі Клінічної настанови, заснованої на доказах «Залізодефіцитна анемія», що ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій. Ознайомитися з текстом Клінічної настанови можна за посиланням: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

В КПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам із ДЗ та ЗДА. Основними завданнями при розробці КПМД було забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтів із ДЗ та ЗДА, створення єдиних принципів щодо здійснення профілактики, діагностики, лікування та подальшого спостереження за пацієнтами, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

КПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли лікарі різних спеціальностей. Персональний склад мультидисциплінарної робочої групи за темою «Залізодефіцитна анемія» затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 «Про утворення та затвердження персональних складів мультидисциплінарних робочих груп з розробки галузевих стандартів медичної допомоги» (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 03 вересня 2025 року № 1379).

Перелік скорочень, що застосовані в протоколі

АМК	аномальні маткові кровотечі
ВЕГДС	відеоезофагогастродуоденоскопія
ВКС	відеоколоноскопія
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГД	гемодіаліз
ДЗ	дефіцит заліза
ЗАК	загальний аналіз крові
ЗДА	залізодефіцитна анемія
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗТЗ	замісна терапія залізом
КПМД	клінічний протокол медичної допомоги
ЛДГ	лактатдегідрогеназа
НК	Національний класифікатор України Класифікатор хвороб та споріднених проблем в охороні здоров`я
ПД	перитонеальний діаліз
РНТ	реципієнт після ниркової трансплантації
СМД	стандарт медичної допомоги
СРБ	С-реактивний білок
СФ	сироватковий феритин
УКПМД	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ХСН	хронічна серцева недостатність
ХХН	хронічна хвороба нирок
ХХН G1–G5	хронічна хвороба нирок без діалізу
ХХН G5ГД	хронічна хвороба нирок стадії G5 на гемодіалізі
ШКТ	шлунково-кишковий тракт
ШОЕ	швидкість осідання еритроцитів
%HYPO	відсоток гіпохромних еритроцитів
AGA	Американська гастроентерологічна асоціація
CHr	вміст гемоглобіну в ретикулоцитах
Hb	гемоглобін
ICPC-2	Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (англ. International classification for primary care)
Ig	імуноглобулін
MCH	середній вміст гемоглобіну в еритроциті
MCV	середній об'єм еритроцитів
RDW	ширина розподілу еритроцитів
sTfR	розчинний рецептор трансферину
TSAT	насичення трансферину залізом
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № __», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 697/ 20974

Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № __», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 096/о	форма первинної облікової документації № 096/о «Історія вагітності та пологів № ___», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 232/28362
Форма № 111/о	форма первинної облікової документації № 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302
Форма № 112/о	форма первинної облікової документації № 112/о «Історія розвитку дитини № __», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 976/25753
Форма № 113/о	форма первинної облікової документації № 113/о «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 лютого 2006 року № 67, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 2 березня 2006 року за № 224/12098

І. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Діагноз: Залізодефіцитна анемія. Дефіцит заліза.

2. Коди стану або захворювання: НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

D50 Залізодефіцитна анемія

D50.0 Залізодефіцитна анемія вторинна внаслідок крововтрати (хронічної)

D50.1 Сидеропенічна дисфагія

D50.8 Інші залізодефіцитні анемії

D50.9 Залізодефіцитна анемія, неуточнена

E61.1 Дефіцит заліза

Коди ICPC-2:

B80 Залізодефіцитна анемія

T91 Дефіцит вітамінів/поживних речовин

Інші коди ICPC-2 виставляються відповідно до контексту кожного візиту пацієнта.

3. Протокол призначений для: керівників ЗОЗ, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-педіатрів, лікарів-терапевтів, лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-гематологів, лікарів-гастроентерологів, лікарів-гастроентерологів дитячих, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, лікарів-нефрологів, лікарів-кардіологів, лікарів-хірургів, лікарів-ендоскопістів, фізичних осіб-підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної та спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із ДЗ та ЗДА.

4. Мета протоколу: визначення та розробка комплексу заходів з профілактики, діагностики, лікування і подальшого спостереження пацієнтів із ДЗ та ЗДА, координація та стандартизація медичної допомоги на основі сучасних принципів доказової медицини.

5. Дата складання протоколу: 2026 рік

6. Дата перегляду протоколу: 2031 рік

7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу:

Дубоссарська Юліанна Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, голова робочої групи;
Татарчук Тетяна Феофанівна	заступник генерального директора, завідувач відділення ендокринної гінекології державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України»,

	заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Хіміон Людмила Вікторівна	завідувач кафедри терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;
Глушко Наталія Любомирівна	завідувач відділення гематології Івано-Франківської обласної клінічної лікарні;
Горбань Наталія Євгенівна	заступник генерального директора з наукової роботи державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України»;
Козлов Сергій Миколайович	доцент кафедри хірургії № 3 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця;
Косей Наталія Василівна	завідувач відділу репродуктивного здоров'я державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України»;
Крістіан Еліна Георгіївна	професор кафедри внутрішньої медицини Навчально-наукового інституту стоматології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця;
Кушніренко Стелла Вікторівна	завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;
Марушко Тетяна Вікторівна	професор кафедри педіатрії, дитячої кардіології, ревматології і кардіохірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;
Мневець Руслан Олександрович	асистент кафедри педіатрії, акушерства і гінекології Навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка;
Мороз Галина Іванівна	доцент кафедри терапії, сімейної медицини, гематологііі трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;
Саньоцька Ірина Михайлівна	спеціалістка із питань первинної медичної допомоги Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні, лікар-терапевт та кардіолог;
Ситюк Тетяна Олександрівна	доцент кафедри терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;
Харченко Наталія В'ячеславівна	завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика;
Яновська Вікторія Григорівна	завідувач Українського Референс-центру з клінічної лабораторної діагностики та метрології державного некомерційного підприємства «Національна дитяча

	спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» Міністерства охорони здоров’я України».

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	директор Департаменту стандартів у сфері охорони здоров’я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров’я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров’я (http://www.moz.gov.ua) та з Реєстру медико-технологічних документів (https://www.dec.gov.ua/mtd/home/).

Рецензенти:

Березенко Валентина Сергіївна	завідувач кафедри педіатрії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, завідувач відділення дитячої гепатології державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України», д.мед.н., професор;
Бульда Володимир Іванович	завідувач кафедри внутрішньої медицини Навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, д.мед.н., професор;
Медведь Володимир Ісаакович	завідувач відділення внутрішньої патології вагітних державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України», д.мед.н., професор.

8. Коротка епідеміологічна інформація

Дефіцит заліза та залізодефіцитна анемія є найпоширенішим мікронутрієнтним порушенням та гематологічним захворюванням у світі, що вражають понад 2 мільярди людей. Анемія є серйозною проблемою громадського здоров'я, яка стосується головним чином дітей віком до 5 років, вагітних та породіль, а також дівчат-підлітків та жінок репродуктивного віку, які менструюють. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров’я (далі – ВООЗ), у 2025 році у світі на анемію страждали 40% усіх дітей віком від 6 до 59 місяців, 37% вагітних та 30% жінок у віці від 15 до 49 років. При цьому ЗДА складає переважну більшість від усіх видів анемій.

Частота ДЗ та ЗДА залишається стабільно високою: у країнах, що розвиваються, поширеність серед дітей та вагітних сягає 40-50%, тоді як у

розвинених країнах цей показник становить близько 20%. Показники захворюваності також збільшуються з віком у популяції людей похилого віку через наявність хронічних захворювань, зокрема шлунково-кишкового тракту (далі – ШКТ). Значно підвищені показники частоти ДЗ відмічаються у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (далі – ХСН), хронічною хворобою нирок (далі – ХХН), запальними захворюваннями кишечника, а також у пацієнтів, які мають хронічні крововтрати.

Незважаючи на доступність діагностики, велика частка випадків ДЗ залишається нерозпізнаною на рівні первинної медичної допомоги до моменту розвитку клінічно вираженої анемії, що підкреслює необхідність активного скринінгу груп ризику.

ІІ. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Цей КПМД зосереджує увагу на діагностиці, лікуванні та профілактиці ДЗ та ЗДА у різних вікових групах. ЗДА визначається як низький рівень гемоглобіну (далі – Hb) або гематокриту, що супроводжується мікроцитозом (низьким середнім об’ємом еритроцитів, далі – MCV), гіпохромією (низьким середнім вмістом гемоглобіну в еритроциті, далі – MCH) і низькою кількістю еритроцитів у загальному аналізі крові. Реакція організму на ЗДА включає збільшення секреції еритропоетину для стимуляції еритропоезу та зниження вироблення гепсидину з метою підвищення рівня всмоктування заліза в кишечнику та мобілізації його запасів. ДЗ розглядається як зменшення депо заліза, зокрема рівня сироваткового феритину (далі – СФ) при нормальному рівні Hb.

Дефіцит заліза класифікується як абсолютний та функціональний.

Абсолютний ДЗ визначається як стан, за якого загальні запаси заліза в організмі недостатні для задоволення потреб людини через порушення харчування, зниження всмоктування, підвищення потреб або крововтрату.

Функціональний ДЗ виникає через зменшення рівня виведення феропортином заліза у кров, що регулюється гепсидин-залежними та незалежними механізмами у відповідь на запалення. Внаслідок цього всмоктування заліза зі ШКТ пригнічується, і залізо затримується в макрофагах, що призводить до зниження рівня заліза у крові.

ДЗ та ЗДА можуть бути запідозрені на основі загальних симптомів та проявів сидеропенічного синдрому. Діагноз ДЗ та ЗДА підтверджують на основі гематологічних та біохімічних показників. Порогові значення кожного з показників визначаються в залежності від віку, статі, наявності вагітності та супутніх захворювань. Пошук першопричини ДЗ та ЗДА відбувається у разі підозри на хронічну крововтрату або порушення всмоктування за допомогою додаткових лабораторних та інструментальних досліджень.

Лікування ДЗ та ЗДА включає надання рекомендацій з харчування, призначення препаратів заліза як для перорального, так і для внутрішньовенного застосування, а при тяжкій анемії – переливання еритроцитарних компонентів крові. Вибір сполуки заліза та способу її застосування (перорально чи внутрішньовенно) значною мірою залежать від наявності і ступеня тяжкості

анемії, її першопричини, клінічного статусу пацієнта (вік, симптоми, час виникнення порушення, супутні захворювання/стани) та, в окремих випадках, від його вподобань.

Ключові завдання лікарів, які надають первинну медичну допомогу, – забезпечити інформування населення щодо раціонального харчування, заохочення до профілактичного прийому лікарських засобів заліза (особливо серед дітей, вагітних та жінок репродуктивного віку), своєчасний скринінг груп ризику для підтвердження діагнозу, призначення замісної терапії залізом (далі – ЗТЗ), скерування до лікарів-спеціалістів для усунення першопричини захворювання. Лікарі, які надають первинну медичну допомогу, відіграють важливу роль у сприянні дотриманню режиму лікування та проведенні періодичного моніторингу після нормалізації рівня Hb.

ІІІ. ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. Первинна медична допомога

1) Профілактика

Положення протоколу

Профілактика ДЗ та ЗДА включає забезпечення раціонального харчування, збагачення раціону залізом та своєчасне призначення профілактичних доз лікарських засобів заліза групам ризику.

Обґрунтування

ДЗ та ЗДА найчастіше розвиваються у дітей, жінок репродуктивного віку, вагітних та людей старшого віку із хронічними захворюваннями.

Головними факторами ризику ДЗ та ЗДА є підвищена потреба в залізі (періоди інтенсивного росту, вагітність), недостатнє надходження заліза з їжею (вегетаріанство, веганство, вигодовування немодифікованим коров'ячим молоком до 1 року) та крововтрати (аномальні маткові кровотечі (далі – АМК), шлунково-кишкові кровотечі, епістаксис, часті донації крові, паразитарні інвазії).

Особливу групу ризику становлять недоношені діти, з малою масою тіла при народженні та новонароджені від багатоплідної вагітності. Профілактика у дітей включає грудне вигодовування або використання збагачених залізом сумішей до 6 місяців, своєчасне введення в раціон м'ясних продуктів, споживання продуктів, багатих на вітамін С, а також обмеження споживання коров'ячого молока і продуктів, що перешкоджають всмоктуванню заліза.

У вагітних ЗДА асоціюється з передчасними пологами, затримкою росту плода та післяпологовою кровотечею.

Необхідні дії

Обов'язкові:

надавати інформацію пацієнтам та їх законним представникам щодо факторів ризику виникнення ДЗ та ЗДА, важливості раціонального харчування з достатнім вмістом заліза, що наведена у додатку 1 до цього КПМД;

консультувати батьків / опікунів щодо здорового харчування дитини, включаючи питання підтримки грудного вигодовування, а також дорослих в

залежності від статі, віку, фізичної активності, вагітності та грудного вигодовування згідно із Нормами фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 вересня 2017 року № 1073, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02 жовтня 2017 року за № 1206/31074;

рекомендувати вагітним щоденний прийом пероральних лікарських засобів заліза в дозі 30-60 мг в перерахунку на елементарне залізо та фолієвої кислоти 400 мкг (0,4 мг), зокрема у складі полівітамінно-мінеральних комплексів відповідно до Стандартів медичної допомоги (далі – СМД) «Нормальна вагітність», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 серпня 2022 року № 1437.

Бажані:

невагітним дівчатам-підліткам та жінкам репродуктивного віку, які менструюють, рекомендувати періодичний профілактичний прийом пероральних лікарських засобів заліза за однією з двох схем на вибір: щоденний прийом у дозі 30-60 мг у перерахунку на елементарне залізо протягом 3 послідовних місяців на рік, або переривчастий (щотижневий) прийом у дозі 60 мг у перерахунку на елементарне залізо разом із 2,8 мг (2800 мкг) фолієвої кислоти 1 раз на тиждень (3 місяці прийому та 3 місяці перерви).

2) Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовують на виявлення ДЗ та ЗДА і направлення пацієнта до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу для діагностики супутніх захворювань, які є першопричиною анемії.

Обґрунтування

Припустити наявність ДЗ або ЗДА можна на основі скарг на відчуття втоми, блідість, задишку та специфічних ознак (наприклад, койлоніхія, пікацизм). Діагноз ЗДА підтверджується на підставі лабораторних маркерів: зменшення рівня Hb, еритроцитів, гематокриту, MCV, MCH, СФ. Для різних вікових груп існують окремі порогові значення Hb. У випадку ізольованого зниження СФ без зниження Hb діагностується ДЗ. СФ – це білок гострої фази, тому його нормальний рівень не може достовірно виключити ДЗ. Стратегії коригування порогових значень концентрації феритину при запаленні та супутніх захворюваннях включають підвищення порогового значення СФ (ВООЗ, 2020) або врахування кореляції між феритином і маркерами системного запалення.

Необхідні дії

Обов'язкові:

збір скарг та оцінка анамнестичних даних, спрямованих на виявлення ДЗ та ЗДА, у тому числі особливостей харчування, джерела кровотеч (зокрема у дівчат-підлітків і жінок репродуктивного віку – збір анамнезу щодо тривалості та об'єму менструацій, їх впливу на якість життя), іншої супутньої патології;

фізикальне обстеження, що включає огляд шкірних покривів, волосся, нігтів та слизових оболонок;

призначити лабораторні методи обстеження: загальний аналіз крові (далі –

ЗАК) за допомогою автоматичного гематологічного аналізатора з визначенням Hb, еритроцитів, еритроцитарних індексів, гематокриту, лейкоцитів, лейкоцитарної формули, тромбоцитів, швидкості осідання еритроцитів; біохімічний аналіз крові для визначення СФ та С-реактивного білку (далі - СРБ);

оцінити дітей віком від 2 місяців до 5 років щодо наявності блідості долонь, при помірній блідості долонь скерувати дитину для проведення ЗАК, при тяжкій блідості долонь та рівні Hb < 70 г/л, що є ознаками тяжкої анемії, терміново направити дитину до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу для лікування в умовах стаціонару, відповідно до УКПМД «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 вересня 2021 року № 1945;

скерувати дітей для проведення ЗАК у віці 5, 10 та 14 років згідно із Порядком та періодичністю проведення профілактичних медичних оглядів дітей віком від 4 до 18 років, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 грудня 2024 року № 2003, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2024 року за № 1936/43281;

скерувати вагітних для проведення ЗАК при взятті на спостереження, повторно – на 28 та 36 тижні гестації відповідно до СМД «Нормальна вагітність», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 серпня 2022 року № 1437;

визначити ступінь тяжкості ЗДА згідно із додатком 2 до цього КПМД;

провести диференційну діагностику ЗДА з іншими анеміями;

направити пацієнта до лікаря-спеціаліста при підозрі на супутню патологію, зокрема для виявлення джерела кровотечі, синдрому мальабсорбції як можливих першопричин ДЗ та ЗДА;

занести результати обстежень до форм первинної облікової документації № 112/о «Історія розвитку дитини № ___», № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № ___», № 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі», № 113/о «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні», до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.

3) Лікування

Положення протоколу

Лікування здійснюється шляхом призначення пероральних лікарських засобів заліза у разі ДЗ, легкої та помірної ЗДА. Для надання медичної допомоги у разі супутньої патології, тяжкої ЗДА, непереносимості чи неефективності пероральної ЗТЗ пацієнти скеровуються до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Лікарі, які надають первинну медичну допомогу, сприяють дотриманню пацієнтами режиму пероральної ЗТЗ та забезпечують моніторинг показників ЗАК.

Обґрунтування

У більшості випадків лікування пероральними лікарськими засобами заліза ефективно відновлює рівень Hb та поповнює запаси заліза. Терапію слід продовжувати до нормалізації рівня Hb та ще не менше 3 місяців для поповнення депо заліза. У разі непереносимості пероральної ЗТЗ, запальних захворювань кишечника, ХХН, необхідності швидкої підготовки до операції та за наявності інших показань внутрішньовенну ЗТЗ здійснюють у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Необхідні дії

Обов'язкові:

надати поради щодо нормалізації раціону харчування;

призначити пероральні лікарські засоби заліза дорослим стартово в дозі 60–100 мг у перерахунку на елементарне залізо на добу одноразово або через день; дітям – у дозі 3–6 мг/кг маси тіла на добу; тривалість – 6–12 тижнів залежно від ступеня тяжкості анемії до нормалізації рівня Hb;

за відсутності оптимальної відповіді на лікування (підвищення Hb менше ніж на 10 г/л через 2–4 тижні) ведення пацієнта здійснювати відповідно до додатків 3, 4 до цього КПМД;

у дітей віком від 2 місяців до 5 років при рівні гемоглобіну < 110 г/л призначити препарати заліза та фолієву кислоту, оцінити харчування та проконсультувати батьків / опікунів щодо питань годування та догляду, за наявності проблем харчування провести повторний огляд через 7 днів, інформувати батьків / опікунів про стани, що потребують негайного повторного звернення, повторний огляд здійснити через 14 днів з контрольним визначенням рівня Hb відповідно до УКПМД «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 вересня 2021 року № 1945;

у дітей терапію ДЗ, легкої та помірної ЗДА проводити відповідно до додатку 3 до цього КПМД;

у вагітних та породіль лікування легкої та помірної ЗДА здійснювати згідно із додатками 4, 5 до цього КПМД;

після нормалізації рівня Hb пероральну ЗТЗ слід продовжувати протягом не менше 3 місяців, щоб поповнити запаси заліза до достатнього рівня СФ (>100 мкг/л);

наголосити на неприпустимості одночасного прийому пероральної ЗТЗ із продуктами, що містять кальцій, фосфати, фітати або таніни (чай, кава, молоко), а також з визначеними лікарськими засобами (антациди, антагоністи H_2-гістамінових рецепторів та інгібітори протонної помпи);

у випадках помірної та тяжкої анемії, коли відповідь на пероральну ЗТЗ є недостатньою, у разі непереносимості пероральних лікарських засобів заліза або за необхідності швидкої відповіді на терапію залізом (наприклад, у періопераційному періоді) направити пацієнтів для внутрішньовенної ЗТЗ чи переливання еритроцитарних компонентів крові до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

4) Подальше спостереження

Положення протоколу

У разі відсутності оптимальної відповіді на лікування або рецидиву захворювання пацієнти направляються до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Протокол спостереження після завершення ЗТЗ включає періодичне лабораторне обстеження шляхом ЗАК, визначення рівня СФ та СРБ з огляду на можливість рецидивів ЗДА.

Обґрунтування

Відповідь на пероральну ЗТЗ за рівнем Hb слід перевіряти протягом перших 4 тижнів лікування; підвищення Hb на 20 г/л або до нормального рівня вважається оптимальною відповіддю. Пацієнтам, які не відповідають на ЗТЗ (тобто пацієнтам з анемією, у яких рівень Hb підвищується менше ніж на 10 г/л після 2–4 тижнів перорального прийому заліза) незважаючи на належне дотримання режиму лікування, необхідно проводити додаткові обстеження для виявлення першопричини ДЗ та ЗДА згідно з пунктом 4 розділу IV цього КПМД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

оцінити відповідь на лікування шляхом ЗАК через 2 – 4 тижні від початку пероральної ЗТЗ;

у дітей віком від 2 місяців до 5 років при повторному огляді через 14 днів від початку лікування визначити рівень Hb, якщо рівень Hb залишається попереднім направити дитину на консультацію до лікаря-спеціаліста; якщо рівень Hb підвищився, але нижче 110 г/л продовжити прийом лікарських засобів заліза в тій же дозі до 1 місяця; якщо рівень Hb 110 г/л та вище продовжити прийом лікарських засобів заліза в профілактичній дозі (1/2 від лікувальної) протягом 3 місяців з подальшим контролем Hb відповідно до УКПМД «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 вересня 2021 року № 1945;

здійснювати періодичний моніторинг шляхом ЗАК кожні 3 місяці протягом 12 місяців після завершення лікування ЗДА пероральною ЗТЗ, після чого – кожні 6 місяців протягом 2–3 років;

у разі виявлення рецидиву проводити повторне обстеження та лікування ЗДА та супутньої патології.

Бажані:

визначити рівень СФ та СРБ після завершення спостереження.

2. Спеціалізована медична допомога

1) Профілактика

Положення протоколу

Профілактика ДЗ та ЗДА включає забезпечення раціонального харчування, збагачення раціону залізом та своєчасне призначення профілактичних доз лікарських засобів заліза групам ризику.

Обґрунтування

ДЗ та ЗДА найчастіше розвиваються у дітей, жінок репродуктивного віку, вагітних та людей старшого віку із хронічними захворюваннями.

Головними факторами ризику ДЗ та ЗДА є підвищена потреба в залізі,

недостатнє надходження заліза з їжею та крововтрати.

Необхідні дії

Обов'язкові:

надавати інформацію пацієнтам та їх законним представникам щодо факторів ризику виникнення ДЗ та ЗДА, важливості раціонального харчування з достатнім вмістом заліза відповідно до додатку 1 до цього КПМД;

консультувати батьків / опікунів щодо здорового харчування дитини, включаючи питання підтримки грудного вигодовування, а також дорослих в залежності від статі, віку, фізичної активності, вагітності та грудного вигодовування згідно із Нормами фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 вересня 2017 року № 1073, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02 жовтня 2017 року за № 1206/31074;

рекомендувати вагітним щоденний прийом пероральних лікарських засобів заліза в дозі 30-60 мг в перерахунку на елементарне залізо та фолієвої кислоти 400 мкг (0,4 мг), зокрема у складі полівітамінно-мінеральних комплексів відповідно до СМД «Нормальна вагітність», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 серпня 2022 року № 1437.

Бажані:

невагітним дівчатам-підліткам та жінкам репродуктивного віку, які менструюють, рекомендувати періодичний профілактичний прийом пероральних лікарських засобів заліза за однією з двох схем на вибір: щоденний прийом у дозі 30-60 мг у перерахунку на елементарне залізо протягом 3 послідовних місяців на рік, або переривчастий (щотижневий) прийом у дозі 60 мг у перерахунку на елементарне залізо разом із 2,8 мг (2800 мкг) фолієвої кислоти 1 раз на тиждень (3 місяці прийому та 3 місяці перерви).

2) Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовують на підтвердження діагнозу ЗДА у складних клінічних випадках, проведення диференційної діагностики з іншими анеміями, а також на виявлення першопричини ДЗ (прихованих кровотеч, синдрому мальабсорбції та іншої супутньої патології).

Обґрунтування

Діагностика абсолютного та функціонального ДЗ у пацієнтів із супутніми хронічними захворюваннями, запальними процесами або злоякісними новоутвореннями ускладнюється тим, що феритин є білком гострої фази. Тому за наявності супутніх захворювань, системного запалення необхідно застосовувати скориговані порогові значення СФ (наприклад, < 100 мкг/л у поєднанні із насиченням трансферину залізом (далі – TSAT) або не менше 45 мкг/л для пацієнтів старшого віку, з ХХН або ХСН).

Виявлення етіології ЗДА є критично важливим, оскільки першопричина може становити більшу загрозу для життя та здоров'я, аніж сама анемія. Жінки в постменопаузі та чоловіки із ЗДА мають високий ризик уражень ШКТ, що викликають кровотечі, тому потребують ендоскопічного обстеження, а також діагностики онкологічної патології іншої локалізації. Дівчата-підлітки та жінки

репродуктивного віку з АМК у окремих випадках потребують обстеження на вроджені порушення згортання крові.

Необхідні дії

Обов'язкові:

збір скарг та оцінка анамнестичних даних;

фізикальне обстеження;

призначити лабораторні методи обстеження: ЗАК за допомогою автоматичного гематологічного аналізатора з визначенням Hb, еритроцитів, еритроцитарних індексів, гематокриту, лейкоцитів, лейкоцитарної формули, тромбоцитів, швидкості осідання еритроцитів; біохімічний аналіз крові для визначення СФ та СРБ;

у недоношених немовлят здійснювати ЗАК лише у віці 12 місяців, водночас у разі підозри на виникнення або зростання важкості анемії проводити ЗАК за індивідуальними показаннями незалежно від віку дитини згідно з УКПМД «Ентеральне харчування недоношених немовлят», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 травня 2021 року № 870;

скерувати дітей для проведення ЗАК у віці 5, 10 та 14 років згідно з Порядком та періодичністю проведення профілактичних медичних оглядів дітей віком від 4 до 18 років, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 грудня 2024 року № 2003, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2024 року за № 1936/43281;

скерувати вагітних для проведення ЗАК при взятті на спостереження, повторно – на 28 та 36 тижні гестації відповідно до СМД «Нормальна вагітність», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 серпня 2022 року № 1437;

забезпечити скринінг ЗДА за наявності показань протягом 48 годин після пологів відповідно до додатку 5 до цього КПМД;

визначити ступінь тяжкості ЗДА згідно із додатком 2 до цього КПМД;

провести диференційну діагностику з таласемією, мегалобластною (B_{12}-дефіцитною та фолієводефіцитною) та іншими анеміями за допомогою мазка периферичної крові та оцінки еритроцитарних індексів;

скоригувати критерії діагностики ДЗ за наявності запального процесу, ХХН або ХСН, застосовуючи відповідні підвищені порогові значення СФ;

у пацієнтів з ХХН регулярно проводити скринінг на анемію відповідно до додатку 6 до цього КПМД, починаючи з первинного звернення або за появи відповідних симптомів, для стадії G3 - щорічно, для G4 – двічі на рік, при G5 чи G5ГД – кожні три місяці;

провести гінекологічне обстеження, лабораторні та інструментальні методи діагностики дівчатам-підліткам та жінкам репродуктивного віку для виявлення кровотеч як першопричини ЗДА відповідно до УКПМД «Аномальні маткові кровотечі», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 квітня 2016 року № 353; УКПМД «Гіперплазія ендометрія», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 травня 2021 року № 869; СМД «Ектопічна вагітність», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 вересня 2022 року № 1730; СМД «Лейоміома матки»,

затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 січня 2023 року № 147; СМД «Спонтанний викидень (спонтанний аборт)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 вересня 2025 року № 1400;

провести консультацію лікаря-гематолога та скринінг на наявність вроджених порушень згортання крові у разі тяжких менструальних кровотеч, починаючи з менархе; післяпологових коагулопатичних кровотеч або кровотеч після екстракції зубів; інших видів кровотеч або ознак порушення коагуляції в сімейному анамнезі;

призначити ендоскопічне дослідження верхніх і нижніх відділів ШКТ, а саме: відеоезофагогастродуоденоскопію (далі – ВЕГДС) та відеоколоноскопію (далі – ВКС) чоловікам, жінкам у період постменопаузи із ЗДА, а також пацієнтам із симптомами захворювань органів ШКТ;

здійснити лабораторні та інструментальні методи діагностики у дітей та дорослих у разі патології ШКТ відповідно до УКПМД «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2013 року № 943, СМД «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 червня 2023 року № 1179; УКПМД «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 серпня 2023 року № 1514; УКПМД «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 жовтня 2023 року № 1742;

провести тестування на Helicobacter pylori, виключити наявність кили стравохідного отвору діафрагми та автоімунного гастриту у пацієнтів, у яких відповідь на пероральну ЗТЗ є недостатньою;

провести скринінг на целіакію у дітей з рефрактерною та рецидивною ЗДА, особливо неясної етіології, шляхом визначення антитіл до тканинної трансглутамінази імуноглобуліну А (далі – Ig) чи IgG, рівня IgA, після позитивних серологічних тестів целіакію слід підтвердити шляхом проведення ендоскопічного обстеження тонкого кишечника;

здійснювати спостереження за станом вагітної під час внутрішньовенної ЗТЗ та протягом не менше 30 хвилин після завершення інфузії;

оцінку стану плода проводити за клінічними показаннями методом, що відповідає терміну гестації.

Бажані:

використовувати додаткові лабораторні показники, такі як розчинний рецептор трансферину (далі – sTfR), індекс sTfR/log феритину, вміст Hb в ретикулоцитах (далі – CHr), відсоток гіпохромних еритроцитів (далі – %HYPO) для більш точної оцінки еритропоезу;

провести обстеження на целіакію дорослим пацієнтам із ЗДА за наявності симптомів;

розглянути проведення відеокапсульної ендоскопії або ентероскопії для обстеження тонкої кишки, якщо дані ВЕГДС та ВКС виключають патологію, але спостерігається рецидивна або тяжка ЗДА.

3) Лікування

Положення протоколу

Лікування пацієнтів із ЗДА включає рекомендації з раціонального харчування, застосування пероральних та внутрішньовенних форм ЗТЗ, лікування супутніх захворювань, що спричинили ДЗ, переливання еритроцитарних компонентів крові.

Обґрунтування

Лікарські засоби заліза для внутрішньовенного застосування є більш ефективними у швидкому підвищенні рівня Hb та виключають можливі перешкоди всмоктування у ШКТ. Вони показані у разі непереносимості або неефективності пероральних лікарських засобів, необхідності швидкого поповнення запасів заліза (наприклад перед хірургічними втручаннями), запальних захворювань кишечника, ХХН, ХСН, синдрому мальабсорбції (алергічний ентерит, атрофічний гастрит), АМК та спадкової залізорефрактерної ЗДА, після баріатричних операцій. Під час вагітності внутрішньовенна ЗТЗ у I триместрі протипоказана, а у II та III триместрах проводиться зі спостереженням за станом плода для виявлення брадикардії. Переливання еритроцитарних компонентів крові застосовується з метою корекції ЗДА згідно з пунктом 3 розділу IV цього КПМД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

надати поради щодо нормалізації раціону харчування;

призначити пероральні лікарські засоби заліза дорослим стартово в дозі 60–100 мг у перерахунку на елементарне залізо на добу одноразово або через день; дітям – у дозі 3–6 мг/кг маси тіла на добу; тривалість – 6–12 тижнів залежно від ступеня тяжкості анемії до нормалізації рівня Hb;

за відсутності оптимальної відповіді на лікування (підвищення Hb менше ніж на 10 г/л через 2–4 тижні) ведення пацієнтів здійснювати відповідно до додатків 3, 4 до цього КПМД;

за показаннями призначити лікарські засоби заліза для внутрішньовенного введення пацієнтам із ЗДА відповідно до пункту 3 розділу IV цього КПМД;

у недоношених немовлят призначити рідкі пероральні форми лікарських засобів заліза в залежності від маси тіла при народженні, особливостей вигодовування дитини та хронологічного віку згідно із УКПМД «Ентеральне харчування недоношених немовлят», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 травня 2021 року № 870;

у дітей терапію ДЗ та ЗДА проводити відповідно до додатку 3 до цього КПМД;

у вагітних та породіль лікування ЗДА здійснювати згідно із додатками 4 і 5 до цього КПМД;

після нормалізації рівня Hb пероральну ЗТЗ слід приймати протягом не менше 3 місяців, щоб поповнити запаси заліза до достатнього рівня СФ (>100 мкг/л);

провести лікування дівчатам-підліткам та жінкам репродуктивного віку в залежності від першопричини ЗДА відповідно до УКПМД «Аномальні маткові

кровотечі», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 квітня 2016 року № 353; УКПМД «Гіперплазія ендометрія», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 травня 2021 року № 869; СМД «Ектопічна вагітність», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 вересня 2022 року № 1730; СМД «Лейоміома матки», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 січня 2023 року № 147; СМД «Спонтанний викидень (спонтанний аборт)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 вересня 2025 року № 1400;

призначити лікування у дітей та дорослих у разі патології ШКТ згідно з УКПМД «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2013 року № 943, СМД «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 червня 2023 року № 1179; УКПМД «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 серпня 2023 року № 1514; УКПМД «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)», затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06 жовтня 2023 року № 1742;

у разі медикаментозної алергії на внутрішньовенну ЗТЗ надати медичну допомогу згідно з УКПМД «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2015 року № 916 та СМД «Серцево-легенева реанімація у дітей (базові та розширені заходи)», «Серцево-легенева реанімація у дорослих (базові та розширені заходи)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 липня 2024 року № 1259;

застосовувати переливання еритроцитарних компонентів крові у вигляді повільної інфузії, що має обов'язково супроводжуватися ЗТЗ, пацієнтам із тяжкими симптомами, серцево-судинними ускладненнями або Hb нижче 70 г/л; при тяжкій анемії вагітним напередодні пологів та породіллям, при масивній акушерській кровотечі.

4) Подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнти після пероральної та внутрішньовенної ЗТЗ потребують регулярного моніторингу для оцінки ефективності терапії, поповнення запасів заліза та своєчасного виявлення рецидивів. Подальше спостереження також включає контроль за перебігом основного захворювання, що спричинило ДЗ та ЗДА.

Обґрунтування

Відповідь на пероральну ЗТЗ за рівнем Hb слід перевіряти протягом перших 4 тижнів лікування; підвищення Hb на 20 г/л або до нормального рівня вважається оптимальною відповіддю. Пацієнтам, які не відповідають на ЗТЗ (тобто пацієнтам з анемією, у яких рівень Hb підвищується менше ніж на 10 г/л після 2–4 тижнів перорального прийому заліза) незважаючи на належне дотримання режиму лікування, необхідно проводити додаткові обстеження для

виявлення першопричини ДЗ та ЗДА згідно з пунктом 4 розділу IV цього КПМД. Доведено, що ризик рецидиву ЗДА залишається високим, особливо якщо першопричина не була повністю усунена. Оптимальний протокол спостереження після ЗТЗ передбачає періодичний контроль рівня Hb та, за необхідності, СФ і TSAT. Для пацієнтів, які отримували внутрішньовенну ЗТЗ, повторний ЗАК проводиться для визначення потреби в додаткових дозах. Пацієнти із ХХН потребують моніторингу з частотою від 1 до 3 місяців залежно від стадії та проведення нирково-замісної терапії.

Необхідні дії

Обов'язкові:

оцінити відповідь на лікування шляхом ЗАК через 2-4 тижні від початку пероральної ЗТЗ;

здійснювати періодичний моніторинг шляхом ЗАК кожні 3 місяці протягом 12 місяців після завершення лікування ЗДА пероральною ЗТЗ, після чого – кожні 6 місяців протягом 2–3 років;

у разі виявлення рецидиву проводити повторне обстеження і лікування ЗДА та супутньої патології;

у разі внутрішньовенної ЗТЗ у разовій дозі 1000 мг проводити клінічний та лабораторний контроль з оцінкою рівня Hb та СФ через 4 тижні після введення для визначення потреби в додаткових дозах;

у разі внутрішньовенної ЗТЗ окремими дозами до 500 мг кожні 1–2 тижні перед кожною інфузією вимірювати рівень Hb, через 4 тижні - СФ;

здійснювати повторне обстеження пацієнтів шляхом ЗАК, СФ та СРБ через 3 місяці після останньої дози внутрішньовенної ЗТЗ для виявлення можливого рецидиву ЗДА;

забезпечити лікування та моніторинг основного захворювання, яке призвело до розвитку анемії;

контролювати лабораторні показники (Hb, СФ, TSAT) кожні 1–3 місяці у пацієнтів із ХХН;

призупинити рутинне введення заліза пацієнтам із ХХН, якщо рівень СФ > 700 мкг/л або TSAT ≥ 40%;

скеровувати пацієнтів для подальшого спостереження до лікаря, який надає первинну медичну допомогу, після стабілізації стану та усунення причини крововтрати;

інформувати пацієнтів про необхідність повторного звернення за медичною допомогою у разі повернення симптомів анемії.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Профілактика

Профілактична саплементація залізом в групах ризику:

рекомендована добова норма споживання заліза для дітей: новонароджені та немовлята, народжені передчасно – 2–4 мг/кг маси тіла на день (максимум 15 мг), новонароджені та доношені немовлята – 1 мг/кг маси тіла на день (максимум 15 мг), 1–3 роки – 7 мг на день, 4–8 років – 10 мг на день, 9–13 років – 8 мг на день, підлітки віком 14–18 років – 11 мг на день для хлопчиків та 15 мг на день

для дівчат;

доношені немовлята, які перебувають виключно або частково (принаймні на 50%) на грудному вигодовуванні: 1 мг/кг маси тіла на день (максимум 15 мг), починаючи з 4-місячного віку, доки не буде введено відповідний залізовмісний прикорм;

діти, яких годують сумішшю: потреби задовольняються залізом, що міститься в суміші (в середньому 10–12 мг/л);

недоношені діти: повинні отримувати залізо з 2-тижневого віку (2–4 мг/кг маси тіла на день, максимум 15 мг) до 12-місячного віку у вигляді збагачених сумішей або лікарських засобів;

діти з малою масою тіла при народженні: вагою 1500–2000 г лікарські засоби заліза 2 мг/кг маси тіла елементарного заліза на день, вагою 1000–1500 г 3 мг/кг маси тіла на день, вагою < 1000 г 4 мг/кг маси тіла на день;

новонароджені та немовлята з малою масою тіла при народженні вагою 2000–2500 г): повинні отримувати препарати заліза в дозі 1–2 мг/кг маси тіла на день, починаючи з 2–6 тижнів, до 6 місяців;

профілактичне призначення заліза в дозі 1–2 мг/кг маси тіла на день з 3-місячного віку до 1 року за абсолютними показаннями (недоношені діти, доношені діти з вагою 2000–2500 г, діти від багатоплідної вагітності, діти зі зниженим Hb у неонатальному періоді, діти з ризиком перинатальної крововтрати, діти матерів з анемією під час вагітності);

профілактичне призначення заліза за відносними показаннями у дітей: рецидивуючі респіраторні та шлунково-кишкові інфекції, період швидкого зростання, погіршений апетит, схильність до кровотеч або АМК у дівчат в період статевого дозрівання, діти з надмірною вагою або ожирінням;

невагітним дівчатам-підліткам та жінкам репродуктивного віку, які менструюють, рекомендувати періодичний профілактичний прийом пероральних лікарських засобів заліза за однією з двох схем на вибір: щоденний прийом у дозі 30-60 мг у перерахунку на елементарне залізо протягом 3 послідовних місяців на рік, або переривчастий (щотижневий) прийом у дозі 60 мг у перерахунку на елементарне залізо разом із 2,8 мг (2800 мкг) фолієвої кислоти 1 раз на тиждень (3 місяці прийому та 3 місяці перерви);

вагітним щоденний прийом пероральних лікарських засобів заліза в дозі 30-60 мг в перерахунку на елементарне залізо та фолієвої кислоти 400 мкг (0,4 мг), зокрема у складі полівітамінно-мінеральних комплексів.

2. Діагностика

Фактори ризику та цільові групи для обстеження:

недоношені діти, діти від багатоплідної вагітності, діти з малою масою тіла при народженні 2000–2500 г, діти матерів з анемією під час вагітності, немовлята, яких годували немодифікованим коров’ячим молоком до 12 місяців, та діти з перинатальною крововтратою;

діти та підлітки у період інтенсивного росту;

спортсмени, вегетаріанці, вегани, регулярні донори крові;

дівчата та жінки репродуктивного віку з АМК та жінки, які планують вагітність;

вагітні, породіллі і матері, які годують грудьми;

пацієнти з епістаксисом і іншими джерелами хронічних кровотеч;

пацієнти старшого віку, особливо з хронічними захворюваннями (ХСН, ХХН, синдром мальабсорбції);

пацієнти з хронічним геморагічним діатезом (порушення функції тромбоцитів, хвороба Віллебранда, гемофілії);

пацієнти, які тривалий час отримують терапію антикоагулянтами, протизапальними лікарськими засобами, антитромбоцитарними препаратами чи інгібіторами протонної помпи;

пацієнти після баріатричних операцій та інших хірургічних втручань на шлунку;

пацієнти з хронічними інфекціями та паразитарними хворобами (анкілостомоз, малярія, трихоцефальоз);

соціально незахищені групи населення;

військовослужбовці, у тому числі під час базової бойової підготовки на тлі інтенсивних фізичних навантажень;

пацієнти на етапі відновлення після перенесених опіків і травм.

Клінічні прояви:

загальні симптоми: відчуття втоми, гіперсомнія, озноб, запаморочення, задишка, шум у вухах, блідість шкіри та кон'юнктиви, тахікардія, синдром неспокійних ніг, головний біль, знижена толерантність до фізичних навантажень, функціональний серцевий шум, втрата свідомості;

симптоми, пов'язані зі шкірою та слизовими оболонками: алопеція, сухість волосся або шкіри, койлоніхія, підвищена ламкість нігтів, атрофічний глосит, стоматит, ангулярний хейліт, розлади смаку, розлади ковтання (синдром Пламмера-Вінсона), тривале загоєння ран;

нейророзвиткові та неврологічні розлади (особливо у дітей): затримка психомоторного розвитку, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, когнітивні порушення, афективно-респіраторні напади, фебрильні судоми, розлади сну, розлад періодичних рухів кінцівок;

інші специфічні прояви сидеропенічного синдрому: пікацизм (потяг до споживання нехарчових продуктів, а саме: землі, глини, крейди чи льоду).

Лабораторні критерії діагностики:

ДЗ діагностується при зменшенні депо заліза незалежно від рівня Hb при наступних порогових значення СФ: < 30 мкг/л у дорослих, підлітків і дітей старших за 5 років; < 12 мкг/л у дітей молодших за 5 років, у разі хронічного запального процесу рекомендовано застосовувати вищі порогові значення СФ, бажано в поєднанні із оцінкою TSAT;

для проведення ЗАК рекомендується застосовувати автоматизовані гематологічні аналізатори та використовувати венозну кров;

ЗДА діагностується як наявність мікроцитарної гіпохромної анемії зі зниженням Hb та еритроцитів на тлі ДЗ;

порогові значення Hb для діагностики ступеня тяжкості анемії наведено у додатку 2 до цього КПМД;

припустимі коригування порогових значень Hb для діагностики анемій у

курців: додається 3 г/л (до 10 сигарет), 5 г/л (10-19 сигарет) або 6 г/л (20 та більше сигарет); а також залежно від проживання на певній висоті над рівнем моря: від 4 г/л (500-999 м) до 14 г/л (2000-2499 м);

додаткові біомаркери: насичення трансферину залізом (TSAT <15% у дорослих, <7% у дітей), sTfR, індекс sTfR/log феритину, %HYPO, CHr.

Особливості діагностики при хронічному запальному процесі, ХХН та ХСН:

за наявності ознак системного запалення (підвищення СРБ та/або ШОЕ) застосовуються підвищені порогові значення СФ: <70 мкг/л у дітей старше 5 років і дорослих та <30 мкг/л у дітей віком до 5 років;

у разі супутніх захворювань застосовується порогове значення СФ <100 мкг/л у поєднанні із TSAT;

для пацієнтів старше 65 років, із ХХН або ХСН використовується порогове значення СФ не менше 45 мкг/л;

у пацієнтів із ХХН базове обстеження обов'язково включає ЗАК, визначення рівня ретикулоцитів та TSAT, а частота контролю залежить від стадії: для стадії G3 тестування проводять щорічно, для G4 – двічі на рік, а при G5 чи G5ГД – кожні 3 місяці.

Диференційна діагностика з мегалобластними анеміями:

Слід пам'ятати, що у людей старшого віку часто спостерігається дефіцит вітаміну B_{12} та фолієвої кислоти, що може спричинити збільшення MCV і призвести до картини нормоцитарної анемії. Це може ускладнювати інтерпретацію лабораторних даних і вимагає проведення обстеження на рівень вітаміну B_{12} та фолієвої кислоти в сироватці крові.

Диференційна діагностики із бета-таласемією:

показник RDW: збільшений при ЗДА (анізоцитоз), але зазвичай перебуває у межах норми у носіїв таласемії;

кількість еритроцитів: низька при ЗДА, але висока (непропорційно до ступеня тяжкості анемії) у носіїв таласемії;

морфологічне дослідження мазка крові: мішеноподібні еритроцити, дрібна базофільна зернистість та ядровмісні еритроцити вказують на таласемію, тоді як виражений пойкілоцитоз є характерним для ДЗ.

Пошук першопричини:

дорослим пацієнтам із ЗДА (та пацієнтам із ДЗ) слід проводити серологічне тестування на целіакію;

гінекологічне обстеження, лабораторні та інструментальні методи дослідження у жінок із ЗДА у разі АМК, патологічного перебігу вагітності, а також у період постменопаузи;

чоловікам, жінкам у період постменопаузи із ЗДА призначається ендоскопічне дослідження верхніх і нижніх відділів ШКТ (ВЕГДС та ВКС);

для жінок у постменопаузі ендоскопія також розглядається за наявності симптомів захворювання ШКТ, колоректального раку в анамнезі або за відсутності чіткого пояснення ДЗ;

комп'ютерна томографія товстого кишечника може застосовуватись як альтернатива при протипоказаннях до колоноскопії;

обстеження тонкої кишки (відеокапсульна ендоскопія або ентероскопія) показане при рецидивній, рефрактерній або тяжкій ЗДА, якщо ВЕГДС та ВКС не виявили патології;

пацієнтам із недостатньою відповіддю на пероральну ЗТЗ проводиться обстеження на Helicobacter pylori, килу стравохідного отвору діафрагми та автоімунний гастрит;

жінкам із АМК та рефрактерною ЗДА без органічних уражень матки показаний скринінг на вроджені порушення згортання крові.

3. Лікування

Харчові рекомендації та дієтотерапія:

виключно грудне вигодовування протягом перших шести місяців життя;

немовлята віком до 6 місяців, які не перебувають на грудному вигодовуванні, повинні отримувати збагачені залізом суміші з вмістом заліза приблизно 4–8 мг/л;

немовлята старше 6 місяців, які не перебувають на грудному вигодовуванні, повинні отримувати збагачені залізом суміші;

тверді продукти, багаті на залізо, слід використовувати для харчування дітей старше 6 місяців (найвищий вміст гемового заліза з біодоступністю 20–25% мають свиняча або теляча печінка, яловичина, свинина, дичина, яєчний жовток, форель та інша риба);

включення до раціону рослинних продуктів з негемовим залізом включають пшеничні висівки, насіння кунжуту, соєві боби, сочевицю, просо, білу квасолю, сушені абрикоси, шпинат (цінність обмежена через наявність оксалатів) та цільнозерновий хліб;

включення до раціону м’яса, птиці та риби;

включення до раціону продуктів, що знижують pH шлунку і сприяють засвоєнню заліза (цитрусові, помідори);

обмеження або виключення продуктів, що перешкоджають засвоєнню заліза (чай, фосфати та фітати, які поширені у вегетаріанських дієтах);

уникнення введення немодифікованого коров’ячого або козячого молока всім немовлятам віком до 12 місяців;

для дітей віком 1–5 років обмеження споживання коров’ячого молока до 600 мл на день та введення не менше трьох порцій залізовмісних продуктів на день;

уникнення надмірного та необґрунтованого прийому заліза.

Загальні принципи:

усунення основної причини дефіциту заліза;

пероральна ЗТЗ має продовжуватися до нормалізації рівня Hb (від 6 до 12 тижнів), а потім ще не менше 3 місяців для поповнення запасів заліза до ідеальної цільової концентрації СФ >100 мкг/л.

Пероральна ЗТЗ:

є терапією першого ряду при неускладненому дефіциті заліза, ЗДА легкого та помірного ступеня;

включає лікарські засоби двовалентного та тривалентного заліза, їх комбінації з фолієвою кислотою та іншими діючими речовинами;

призначити пероральні лікарські засоби заліза дорослим стартово в дозі 60–

100 мг у перерахунку на елементарне залізо на добу одноразово або через день; дітям – у дозі 3–6 мг/кг маси тіла на добу; тривалість – 6–12 тижнів залежно від ступеня тяжкості анемії до нормалізації рівня Hb;

за відсутності оптимальної відповіді на лікування (підвищення Hb менше ніж на 10 г/л через 2–4 тижні) ведення пацієнтів здійснювати відповідно до додатків 3, 4 до цього КПМД.

при ЗДА у вагітних призначається ЗТЗ в дозі 80-100 мг елементарного заліза на добу відповідно до додатку 4 цього КПМД;

солі заліза слід приймати натще (чи між прийомами їжі), розпочинаючи з одного разу на добу або через день;

не рекомендовано поєднувати прийом пероральних форм ЗТЗ із продуктами або напоями, що містять кальцій, фосфати, фітати та таніни (молоко, чай, кава), а також з антацидами, антагоністами H_2-гістамінових рецепторів чи інгібіторами протонної помпи.

Внутрішньовенна ЗТЗ:

показання включають: непереносимість пероральної ЗТЗ, у тому числі прийому лікарського засобу щодня або через день; недостатню відповідь на пероральну ЗТЗ (Hb < 100 г/л на 4 тижні пероральної ЗТЗ); необхідність швидкого поповнення запасів заліза у пацієнтів із помірними симптомами або пацієнтів з анемією перед хірургічним втручанням, якщо до такого втручання залишається менше ніж 6 тижнів; наявне захворювання ШКТ; ХХН; ХСН; синдром мальабсорбції; стан після баріатричної операції; хронічну АМК в разі затримки гінекологічного втручання; ЗДА у II або III триместрі вагітності відповідно до додатку 4 цього КПМД; спадкову залізорефрактерну ЗДА;

визначення потреби в залізі проводиться на основі маси тіла пацієнта та рівня Hb за формулою Ганзоні або за спрощеною схемою дозування;

введення здійснювати виключно внутрішньовенно шляхом повільної ін’єкції, краплинної інфузії або безпосередньо у венозну частину діалізатора під час процедури гемодіалізу;

слід строго дотримуватись мінімального часу введення та максимально переносимої разової дози;

враховувати, що при внутрішньовенному застосуванні карбоксимальтози заліза можливий розвиток транзиторної гіпофосфатемії;

заходи безпеки вимагають повільного внутрішньовенного введення ЗТЗ, надання медичної допомоги у разі медикаментозної алергії та проведення серцево-легеневої реанімації;

здійснювати спостереження за пацієнтом не менше 30 хвилин після завершення інфузії внутрішньовенної ЗТЗ;

премедикація показана лише пацієнтам з бронхіальною астмою або медикаментозною алергією в анамнезі;

внутрішньовенне введення заліза при сепсисі протипоказане.

Для запобігання появі гемосидеринових плям:

переконайтеся у наявності показань для внутрішньовенної ЗТЗ;

під час первинної консультації поінформуйте пацієнта про ризик появи тривалого коричневого забарвлення шкіри, який становить 0,5–1 %;

переконайтеся у правильності вибору місця ін’єкції та техніки введення;
уважно стежте за ознаками та симптомами екстравазації;
уникайте внутрішньовенної ЗТЗ шляхом введення канюлі в місця згину (наприклад, ліктьова ямка, зап’ястя) або на тильній стороні кисті. Кращим місцем є дистальні вени передпліччя;
використовуйте канюлю відповідного розміру (20–24 G);
закріпіть канюлю та використовуйте подовжувач, щоб мінімізувати рух катетера;
не накладайте пов'язку на місце ін'єкції;
зведіть до мінімуму кількість спроб введення канюлі;
перед введенням переконайтеся у прохідності вени (інфузія 0,9% натрію хлориду протягом 15 хвилин). Якщо прохідність вени є сумнівною, не вводьте залізо внутрішньовенно;
не проводьте інфузії вночі;
не проводьте інфузії пацієнтам, які не можуть повідомити про симптоми (наприклад, під час анестезії).

У разі побічних реакцій на внутрішньовенні форми ЗТЗ надавати медичну допомогу відповідно до додатку 7 до цього КПМД.

Переливання еритроцитарних компонентів крові:

застосовується за життєвими показаннями у пацієнтів із тяжкими симптомами, серцево-судинними ускладненнями або при рівні Hb нижче 70 г/л;

проводиться у вигляді повільної інфузії (протягом 3–4 годин) з рестриктивною стратегією (4–5 мл/кг) та обов’язково супроводжується ЗТЗ.

Особливості тактики ведення в окремих клінічних ситуаціях:

преконцепційна підготовка, вагітність та післяпологовий період:

нормалізація рівня Hb, СФ до зачаття;

вагітним пероральне залізо призначається як перша лінія у дозі 80–100 мг у перерахунку на елементарне залізо щодня або через день; після нормалізації Hb (вище 110 г/л) дозу зменшують до 30–60 мг у перерахунку на елементарне залізо на добу і продовжують до 3 місяців протягом вагітності або до 6 тижнів після пологів, залежно від того, що настане раніше;

доцільний спільний прийом із фолієвою кислотою, у тому числі у складі полівітамінно-мінеральних комплексів;

внутрішньовенне введення у I триместрі протипоказано, а у II та III триместрах проводиться зі спостереженням за станом плода для виявлення брадикардії;

переливання еритроцитарних компонентів крові показано вагітним при тяжкій анемії напередодні пологів або при гострій кровотечі;

немовлята, діти та підлітки:

пероральна доза становить 3–6 мг на кг маси тіла на добу у перерахунку на елементарне залізо для дітей та 65–130 мг на добу у перерахунку на елементарне залізо для підлітків;

не рекомендується розділяти високі дози на 2–3 прийоми;

після прийому рідких форм необхідно полоскати рот і чистити зуби;

пацієнти із ХХН:

слід призупинити рутинне введення заліза, якщо рівень СФ перевищує 700 мкг/л або TSAT становить 40% і більше, а також тимчасово припинити введення під час системної інфекції;

контроль крові пацієнта при складних хірургічних втручаннях:

систематичне обстеження шляхом ЗАК та призначення пероральної ЗТЗ до й після операції;

внутрішньовенне введення розглядається, якщо проміжок між діагнозом і запланованим втручанням менше 6 тижнів.

4. Подальше спостереження

Алгоритм клініко-лабораторного моніторингу ефективності лікування:

відповідь на пероральну ЗТЗ слід перевіряти протягом перших 4 тижнів лікування (оптимальною відповіддю вважається підвищення Hb на 20 г/л або до нормального рівня);

у дітей із рівнем Hb нижче 90 г/л контроль ЗАК можна проводити вже на 2 тижні після початку лікування (відповіддю вважається підвищення принаймні на 10 г/л);

рутинне виявлення ретикулоцитарного кризу не рекомендоване;

вагітним жінкам через 4-6 тижнів після початку ЗТЗ рекомендовано провести аналіз для визначення рівня СФ;

у разі внутрішньовенної ЗТЗ у разовій дозі 1000 мг проводити клінічний та лабораторний контроль з оцінкою рівня Hb та СФ через 4 тижні після введення для визначення потреби в додаткових дозах;

у разі внутрішньовенної ЗТЗ окремими дозами до 500 мг кожні 1–2 тижні перед кожною інфузією вимірювати рівень Hb, через 4 тижні - СФ;

у пацієнтів із ХХН показники ЗАК контролюють кожні 3 місяці (без діалізу або стадія G5ПД) та кожні 1-3 місяці (стадія G5ГД), а більш частий контроль потрібен при початку терапії еритропоезстимулювальними агентами, після епізодів крововтрати, госпіталізації або у разі перевищення цільових значень СФ чи TSAT.

Оцінка поповнення депо після завершення курсу ЗТЗ:

після нормалізації рівня Hb прийом пероральних препаратів продовжують щонайменше 3 місяці для поповнення запасів (ідеальна цільова концентрація СФ становить >100 мкг/л);

доцільним є періодичний моніторинг рівня Hb кожні 3 місяці протягом 12 місяців, після чого кожні 6 місяців протягом 2-3 років;

після внутрішньовенної ЗТЗ здійснювати повторне обстеження пацієнтів шляхом ЗАК, СФ та СРБ через 3 місяці після останньої дози для виявлення можливого рецидиву ЗДА.

Тактика у разі відсутності відповіді на лікування або рецидивів:

відсутність відповіді на ЗТЗ визначається як підвищення Hb менше ніж на 10 г/л після 2-4 тижнів перорального прийому заліза, незважаючи на належне дотримання режиму;

пацієнтам, які не реагують на пероральне лікування, необхідно проводити додаткові обстеження для виявлення прихованих причин;

потенційними причинами відсутності відповіді або рецидивів ЗДА є:

недотримання режиму лікування – відсутність або нерегулярне споживання заліза; відсутність потемніння випорожнень може свідчити про недостатнє надходження заліза;
недостатня доза заліза в перерахунку на елементарне залізо на добу;
недостатня тривалість терапії;
постійна або недіагностована крововтрата (наприклад, дивертикул Меккеля);
неправильний діагноз (наприклад, таласемія, сидеробластна анемія);
порушення всмоктування або використання заліза (наприклад, хронічне запалення, інфекція, целіакія, запальне захворювання кишечника, рак, захворювання печінки або нирок, супутній дефіцит вітаміну B_{12} та фолієвої кислоти, захворювання щитовидної залози, отруєння свинцем);
порушення всмоктування зі ШКТ через високий pH шлунку (наприклад, антациди, антагоністи H_2-гістамінових рецепторів, інгібітори протонної помпи), інфекція Helicobacter pylori;
спадкова залізорезистентна ЗДА;
інші рідкісні генетичні порушення транспорту заліза.

у разі неефективності або непереносимості пероральних форм лікарських засобів, виявлення синдрому мальабсорбції, показана внутрішньовенна ЗТЗ.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього КПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні внутрішніх документів ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до КМП та відповідність призначення лікарських засобів інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою: http://www.drlz.com.ua/ibp/

1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікар загальної практики–сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт, середній медичний персонал.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до табелів матеріально-технічного оснащення.

Лікарські засоби (призначення пероральних лікарських засобів заліза здійснюється за принципом доступності).

Препарати двовалентного заліза, пероральні форми: заліза сульфат, заліза фумарат.

Препарати тривалентного заліза, пероральні форми: заліза (III) гідроксиду полімальтозат, заліза оксиду сахарат.

Препарати заліза в комбінації з фолієвою кислотою: заліза (III) гідроксиду полімальтозат + фолієва кислота, заліза сульфат + кислота фолієва.

Препарати заліза в комбінації з іншими діючими речовинами: заліза амонійного цитрат + кислота фолієва + ціанокобаламін, заліза сульфат + кислота

аскорбінова, заліза глюконату гідрат + марганцю глюконат + міді глюконат, заліза сульфат гептагідрат +D, L-серин.

2. Спеціалізована медична допомога

Кадрові ресурси: лікар-акушер-гінеколог, лікар-гематолог, лікар-гастроентеролог, лікар-гастроентеролог дитячий, лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку, лікар-нефролог, лікар-кардіолог, лікар-хірург, лікар-ендоскопіст, середній медичний персонал.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до табелів матеріально-технічного оснащення.

Лікарські засоби (призначення пероральних лікарських засобів заліза здійснюється за принципом доступності).

Препарати двовалентного заліза, пероральні форми: заліза сульфат, заліза фумарат.

Препарати тривалентного заліза, пероральні форми: заліза (III) гідроксиду полімальтозат, заліза оксиду сахарат.

Препарати заліза, внутрішньовенні форми: заліза карбоксимальтоза, заліза (III) гідроксид сахарозного комплексу.

Препарати заліза в комбінації з фолієвою кислотою: заліза (III) гідроксиду полімальтозат + фолієва кислота, заліза сульфат + кислота фолієва.

Препарати заліза в комбінації з іншими діючими речовинами: заліза амонійного цитрат + кислота фолієва + ціанокобаламін, заліза сульфат + кислота аскорбінова, заліза глюконату гідрат + марганцю глюконат + міді глюконат, заліза сульфат гептагідрат +D, L-серин.

Еритроцитарні компоненти крові: еритроцити; еритроцити в додатковому розчині; еритроцити з видаленим лейкотромбоцитарним шаром; еритроцити з видаленим лейкотромбоцитарним шаром, в додатковому розчині; еритроцити, збіднені на лейкоцити; еритроцити, збіднені на лейкоцити, в додатковому розчині; еритроцити відмиті.

Кисень, епінефрин, глюкокортикостероїди, інгаляційні β2-агоністи.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1) наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта із ЗДА;

2) відсоток пацієнтів із ЗДА, у яких проведено визначення СФ та СРБ.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта із ЗДА.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього КПМД.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%,

2027 рік та подальший період – 100 %.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань

охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, що надають первину та спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із ЗДА (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ, що надає первинну та спеціалізовану медичну допомогу.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2) Відсоток пацієнтів із ЗДА, у яких проведено визначення СФ та СРБ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього КПМД.

Аналіз індикатора дозволить виявити питання, пов’язані з підтвердженням діагнозу ЗДА.

Бажаний рівень значення індикатора на етапі запровадження КПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, та ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров’я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, розташованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до

знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом ЗДА, встановленим протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма № 112/о, форма № 025/о, форма № 111/о, форма № 113/о, форма № 096/о, форма № 003/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом ЗДА, у яких проведено визначення СФ та СРБ.

Джерелом інформації є: форма № 112/о, форма № 025/о, форма № 111/о, форма № 113/о, форма № 096/о, форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел і нормативно-правових актів, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Залізодефіцитна анемія», 2026 року https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 червня 2026 року № 845 «Деякі питання розробки галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 30 липня 2026 року за № 1090/46484.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2013 року № 943 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі».

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2015 року № 916 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при медикаментозній алергії, включаючи анафілаксію».

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 квітня 2016 року № 353 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах».

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 вересня 2017 року № 1073 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 жовтня 2017 року за № 1206/31074.

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 січня 2018 року № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)».

10. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 26 січня 2018 року № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров’я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу».

11. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 19 березня 2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 року за № 348/31800.

12. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров’я, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.

13. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 05 травня 2021 року № 869 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія»».

14. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 05 травня 2021 року № 870 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Ентеральне харчування недоношених немовлят»».

15. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 14 вересня 2021 року № 1945 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку»».

16. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 09 серпня 2022 року № 1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»».

17. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 24 вересня 2022 року № 1730 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність»».

18. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 25 січня 2023 року № 147 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки»».

19. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 29 червня 2023 року № 1179 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей»».

20. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 25 серпня 2023 року № 1514 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей»».

21. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 06 жовтня 2023 року № 1742 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)».

22. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 18 липня 2024 року № 1259 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Серцево-легенева реанімація у дітей (базові та розширені заходи)», «Серцево-легенева реанімація у дорослих (базові та розширені заходи)»».

23. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 03 грудня 2024 року № 2003 «Про затвердження Порядків та періодичності проведення профілактичних медичних оглядів певних категорій дітей», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2024 року за № 1936/43281.

24. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 02 травня 2025 року № 763 «Деякі питання реалізації донорської крові та компонентів крові», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 16 травня 2025 року за № 749/44155.

25. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 27 липня 2026 року № 1021 «Про затвердження вісімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

26. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 08 вересня 2025 року № 1400 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Спонтанний викидень (спонтанний аборт)»».

Директор Департаменту
медичних послуг **Валерія СОРУЧАН**

Додаток 1
до Клінічного протоколу первинної та
спеціалізованої медичної допомоги
«Залізодефіцитна анемія у дітей
та дорослих»
(підпункт 1 пункту 1 розділу ІІІ)

Інформація для пацієнта щодо профілактики та лікування залізодефіцитної анемії

Залізо дуже важливе для підтримки багатьох функцій організму, включаючи вироблення гемоглобіну – молекули у крові, яка переносить кисень. Залізо також необхідне для підтримки здоров’я імунної системи, м’язів, клітин, шкіри, волосся та нігтів.

Залізо з їжі, яку Ви споживаєте, всмоктується в організм клітинами, що вистилають шлунково-кишковий тракт; при цьому організм засвоює лише невелику частину заліза. Потім залізо вивільняється в кров, де до нього приєднується білок трансферин, що доставляє залізо до печінки. Залізо зберігається в печінці у вигляді феритину та вивільняється за потреби для створення нових еритроцитів у кістковому мозку. Коли еритроцити більше не здатні функціонувати (приблизно через 120 днів перебування в кровообігу), вони повторно поглинаються селезінкою. Залізо з цих старих клітин також може бути повторно використано організмом.

Чи я в групі ризику?

Дефіцит заліза дуже поширений, особливо серед пацієнтів, чий раціон містить мало заліза. Наступні групи пацієнтів мають найбільший ризик розвитку залізодефіцитної анемії:

Жінки, що мають менструації, особливо якщо кров’янисті виділення рясні.

Вагітні та жінки, що годують грудьми, або ті, хто нещодавно народили.

Пацієнти, які перенесли серйозну операцію або фізичну травму.

Хворі із шлунково-кишковими захворюваннями, такими як целіакія, запальні захворювання кишечника, виразковий коліт або хвороба Крона.

Пацієнти з виразковою хворобою шлунку або дванадцятипалої кишки.

Хворі, які приймають антациди або антисекреторні препарати для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту.

Пацієнти, які перенесли баріатричні втручання, особливо операції шунтування шлунку.

Вегетаріанці, вегани та інші люди, чий раціон не включає продукти, багаті на залізо (залізо з овочів, навіть тих, що багаті на залізо, засвоюється не так добре, як залізо з м’яса, птиці та риби).

Діти, які випивають більше 450-600 мл коров'ячого молока на день (коров'яче молоко не тільки містить мало заліза, але й може знизити його засвоєння та подразнювати слизову оболонку кишечника, що спричиняє хронічну крововтрату).

Інші менш поширені причини дефіциту заліза включають:

Крововтрату зі шлунково-кишкового тракту внаслідок гастриту (запалення шлунку), езофагіту (запалення стравоходу), виразок шлунку або дванадцятипалої кишки, геморою, ангіодисплазії, інфекцій, дивертикуліту, а також пухлин стравоходу, шлунку, тонкого або товстого кишечника.

Крововтрату внаслідок хронічних носових кровотеч.

Втрату крові з нирок або сечового міхура.

Часте донорство крові.

Внутрішньосудинний гемоліз – стан, при якому еритроцити руйнуються в кровотоці, вивільняючи залізо, яке потім виводиться з сечею. Іноді це трапляється у людей, які займаються інтенсивними фізичними вправами, зокрема бігом підтюпцем. Внутрішньосудинний гемоліз також може спостерігатися при інших станах, включаючи пошкодження серцевих клапанів або рідкісні захворювання, такі як тромботична тромбоцитопенічна пурпура або синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдром).

Які ознаки та симптоми залізодефіцитної анемії?

Бліда або жовтувата «землиста» шкіра.

Втома або брак енергії, що не має явної причини.

Задишка або біль у грудях, особливо під час фізичної активності.

Загальна слабкість, що не має явної причини.

Відчуття прискореного серцебиття.

Стукіт або «свист» у вухах.

Головний біль, особливо при фізичній активності.

Тяга до вживання крейди, льоду або глини.

Гладкий язик.

Ламкість нігтів або випадіння волосся.

Поганий сон.

Запаморочення.

Непереносимість холоду.

Як діагностується залізодефіцитна анемія?

Залізодефіцитна анемія діагностується за допомогою загального аналізу крові, при цьому можуть бути призначені додаткові лабораторні та інструментальні методи діагностики.

Як лікується дефіцит заліза?

Навіть якщо причину дефіциту заліза можна визначити та вилікувати, зазвичай все одно необхідно приймати лікарські препарати заліза (більше заліза, ніж можуть забезпечити полівітаміни з мінералами), доки дефіцит не буде усунений, а запаси заліза в організмі не поповняться. У деяких випадках, якщо причину неможливо визначити або виправити, пацієнту, можливо, доведеться постійно отримувати лікарські засоби заліза.

Дієта

М'ясо: яловичина, телятина, свинина або баранина, субпродукти, такі як печінка.

Птахи: курка, індичка та качка, особливо печінка та темне м’ясо.

Риба, особливо молюски, сардини та анчоуси.

Листові зелені овочі з родини капустяних, включаючи броколі, капусту

кале, листя ріпи та листову капусту.

Бобові, включаючи квасолю, горох, квасолю пінто та чорноокий горох.

Збагачені залізом макаронні вироби, зернові, рис та злаки.

Дотримуйтесь порад лікуючого лікаря щодо прийому таблеток заліза. Намагайтеся приймати таблетки натще, під час або невдовзі після їжі, щоб зменшити ймовірність побічних ефектів.

Пам’ятайте, що у деяких людей під час прийому таблеток заліза виникають **побічні ефекти**, а саме:

запор або діарея;

біль у животі;

печія;

погане самопочуття;

темніший, ніж зазвичай, кал.

Важливо!

Зберігайте таблетки заліза у недоступному для дітей місці. Передозування заліза у маленької дитини може бути смертельним.

Якщо залізодефіцитну анемію не лікувати?

Нелікована залізодефіцитна анемія:

може збільшити ризик захворювань та інфекцій – дефіцит заліза впливає на імунну систему;

може збільшити ризик розвитку ускладнень з боку серця та легень;

може спричинити більший ризик ускладнень у вагітних та породіль.

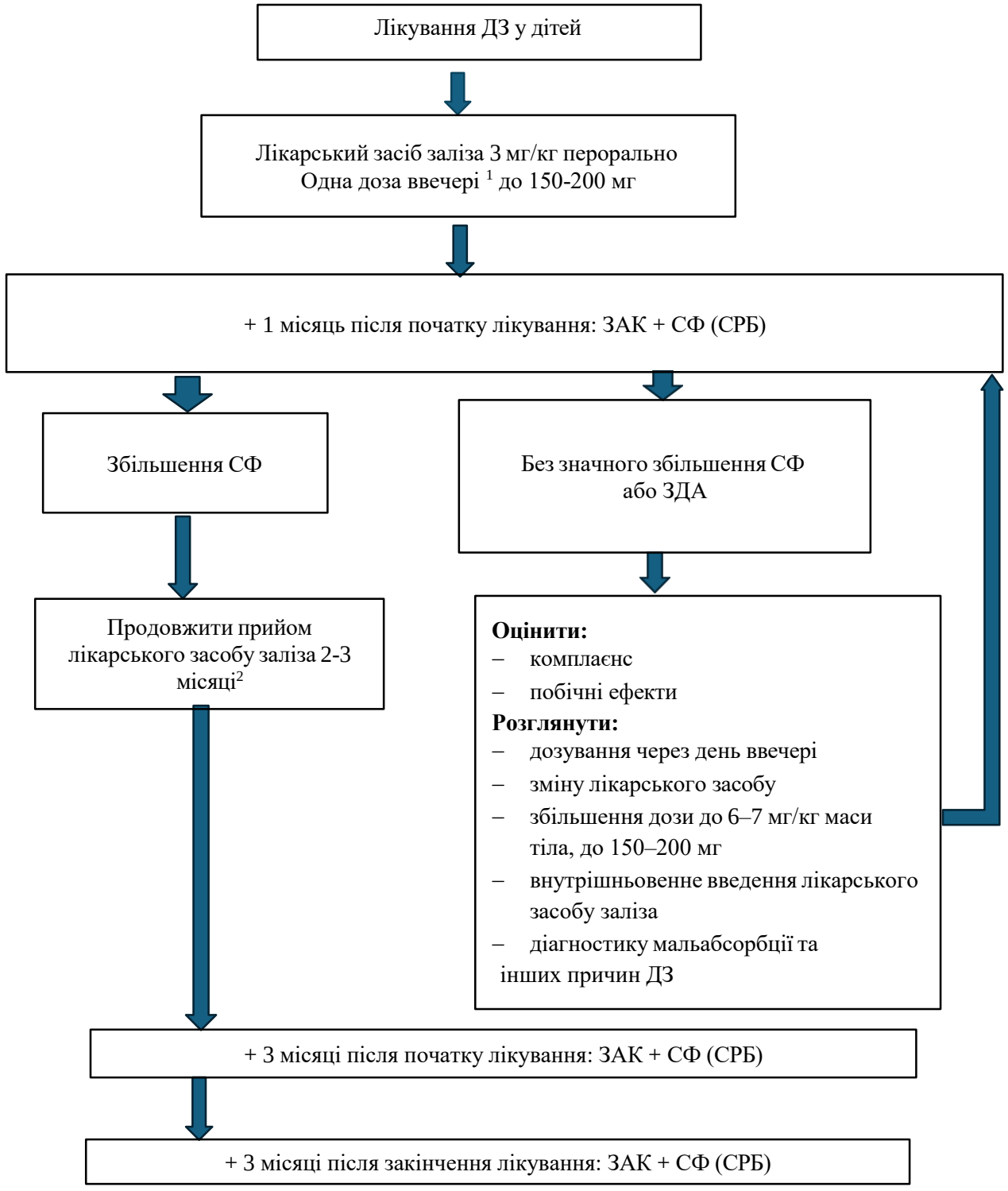
Додаток 2
до Клінічного протоколу первинної та
спеціалізованої медичної допомоги
«Залізодефіцитна анемія у дітей
та дорослих»
(підпункт 2 пункту 1 розділу III)

Порогові значення гемоглобіну для визначення ступеня тяжкості анемії у окремих осіб (ВООЗ, 2024)

Популяція	Концентрація гемоглобіну, г/л			
	Анемії немає	Легка анемія	Помірна анемія	Тяжка анемія
Діти, 6-23 місяці	≥105	95–104	70–94	<70
Діти, 24-59 місяців	≥110	100–109	70–99	<70
Діти, 5-11 років	≥115	110–114	80–109	<80
Діти, 12-14 років, невагітні дівчата	≥120	110–119	80–109	<80
Діти, 12-14 років, хлопчики	≥120	110–119	80–109	<80
Діти, 15-17 років, дорослі, 18-65 років, невагітні дівчата та жінки	≥120	110–119	80–109	<80
Діти, 15-17 років, дорослі, 18-65 років хлопці та чоловіки	≥130	110–129	80–109	<80
Вагітність				
Перший триместр	≥110	100–109	70–99	<70
Другий триместр	≥105	95–104	70–94	<70
Третій триместр	≥110	100–109	70–99	<70

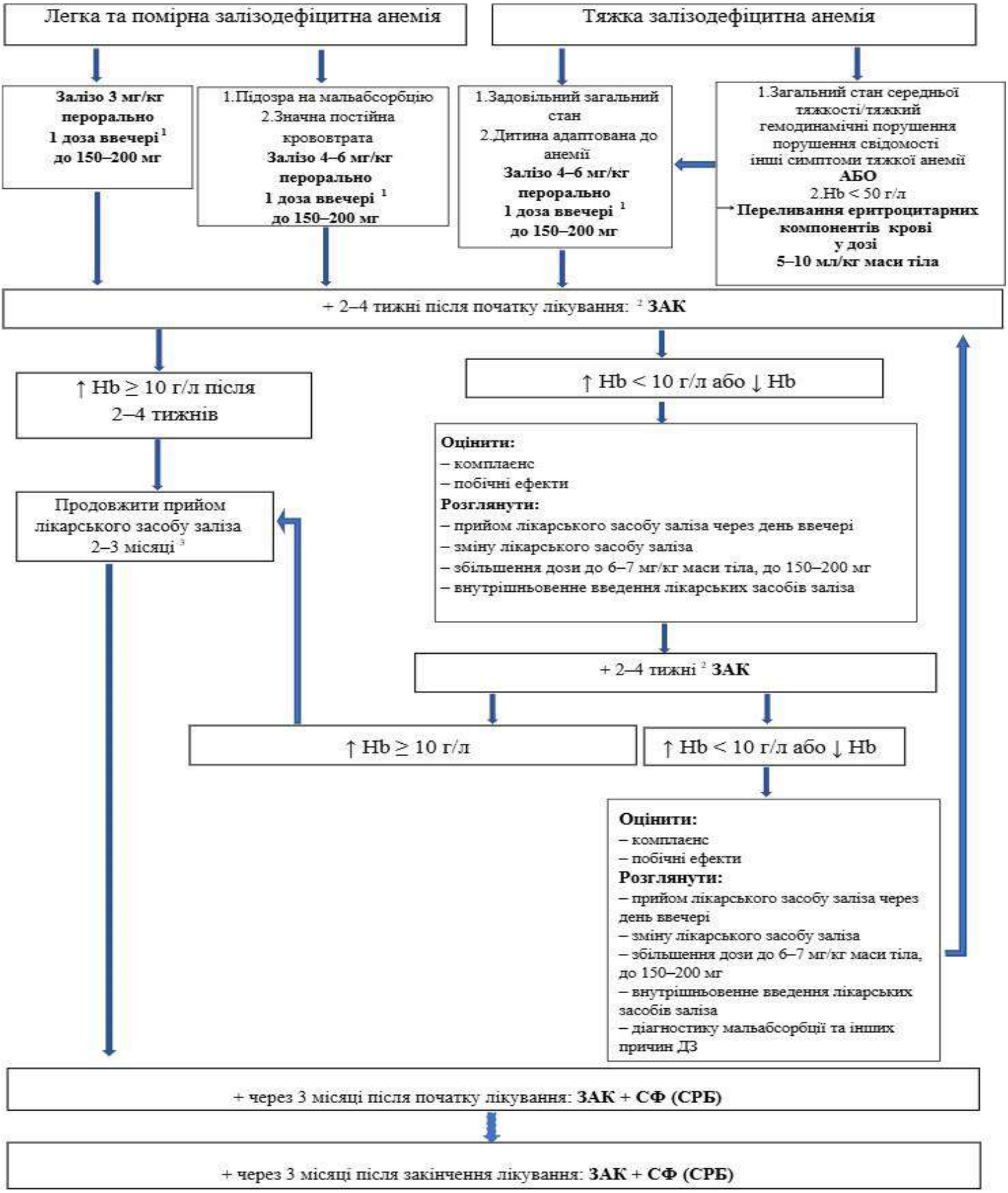
Додаток 3
до Клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія у дітей та дорослих»
(підпункт 3 пункту 1 розділу III)

ЛІКУВАННЯ ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА У ДІТЕЙ



Примітки:
у окремих випадках також можна призначати добову дозу у 2–3 прийоми;
якщо це пероральний лікарський засіб.

ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ



Примітки:

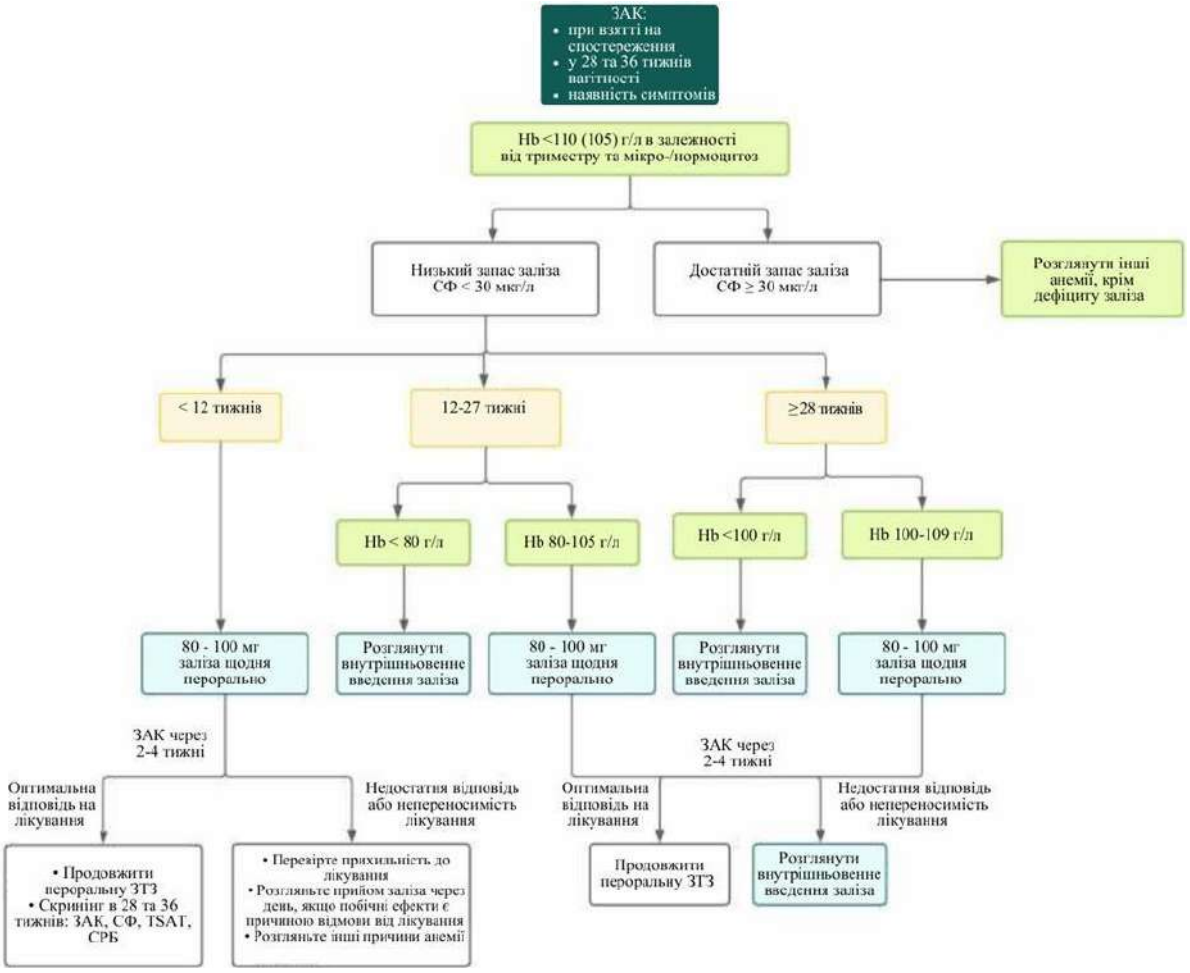
[1] у вибраних випадках добову дозу можна розділити на 2-3 прийоми;

[2] або раніше, якщо стан дитини погіршується — у такому разі негайно виконати ЗАК з підрахунком ретикулоцитів;

[3] якщо це пероральний лікарський засіб.

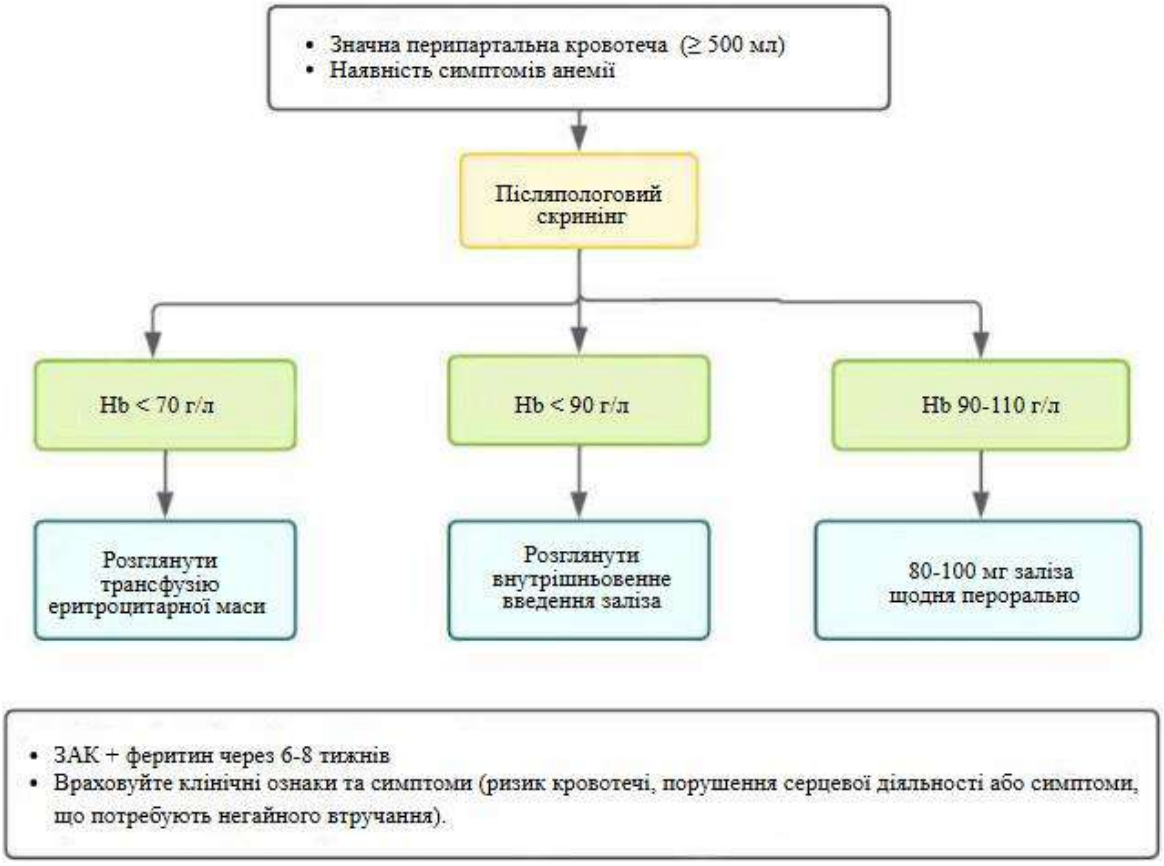
Додаток 4
до Клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія у дітей та дорослих»
(підпункт 3 пункту 1 розділу III)

СКРИНІНГ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ



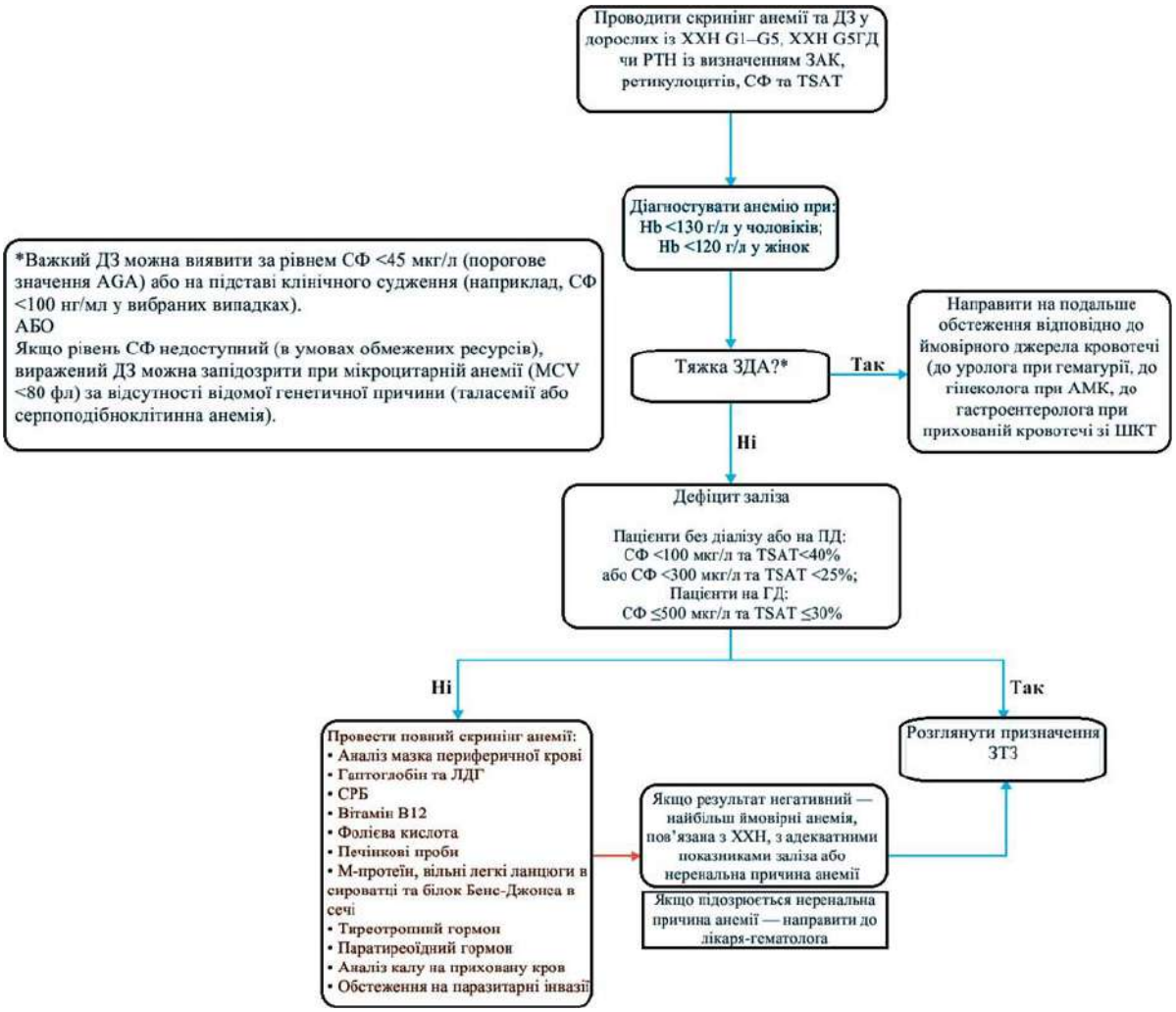
Додаток 5
до Клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія у дітей та дорослих»
(підпункт 3 пункту 1 розділу III)

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ СКРИНІНГ І ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ



Додаток 6
до Клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія у дітей та дорослих»
(підпункт 2 пункту 2 розділу III)

ЕТАПИ ОБСТЕЖЕННЯ ПРИ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХХН



Додаток 7
до Клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія у дітей та дорослих»
(пункту 3 розділу IV)

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЛІКУВАННЯ РЕАКЦІЙ НА ВНУТРІШНЬОВЕННЕ ВВЕДЕННЯ ЗАЛІЗА

