

Протокол
ведения пациентов с диагнозом: фолиеводефицитная анемия
(нормативная ссылка КР 540.3 «Фолиеводефицитная анемия» 2024г МЗ РФ).

Категория возрастная	дети	
Медицинская помощь	первичная, амбулаторная, плановая	
Средние сроки лечения (количество дней)	Длительность лечения — около 4х месяцев. Своевременная диагностика и лечение ФДА, устранение причины, приводит к быстрой ликвидации дефицита фолатов и восстановлению гематологических показателей через 4-6 недель.	
Врач	врач-педиатр участковый, врач-гематолог	
Классификация		
МКБ	D52 Фолиеводефицитная анемия D52.0 Фолиеводефицитная анемия, связанная с питанием D52.1 Фолиеводефицитная анемия медикаментозная D52.8 Другие фолиеводефицитные анемии D52.9 Фолиеводефицитная анемия неуточненная	
По степени тяжести	Классификация отсутствует, поскольку дефицит фолатов носит вторичный характер.	
Диагностика		
Жалобы	-слабость, головокружение, одышка, сердцебиение при физической нагрузке, повышенная утомляемость, плохой аппетит, вялость или повышенная возбудимость. -ангулярный стоматит, глоссит, диспепсические расстройства (тошнота, рвота, боли в животе, диарея). -возможна легкая желтушность кожи и склер . При тяжелых формах ФДА может наблюдаться небольшое увеличение селезенки (реактивная гиперплазия).	
Анамнез	Тщательный сбор анамнеза является решающим звеном для направленного диагностического поиска, поскольку ФДА, имеет вторичный характер.	
Данные объективного осмотра	Клинические проявления анемического синдрома неспецифичны, а характерные признаки дефицита фолатов не позволяют провести дифференциальную диагностику с В12-дефицитной анемией. В соответствии с этим, решающее значение в диагностике ФДА имеют лабораторные исследования	
Лабораторные диагностические исследования		
Общий анализ крови	Нормальная концентрация Hb у детей разного возраста	
	Возраст	Концентрация Hb (в г/л) менее которой диагностируется анемия
	0–14 дней	145
	15–28 дней	120
	1 месяц–5 лет	110
	6–11 лет	115
	12–14 лет	120
	-характерна макроцитарная, гиперхромная анемия, с увеличением среднего объема (MCV) и средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCH). Могут быть единичные нормобласты. Число ретикулоцитов, как правило, снижено, но может быть и нормальным. Ранним признаком ФДА служит гиперсегментация ядер нейтрофилов,	

	<i>гранулоцитопения и тромбоцитопения без геморрагических проявлений.</i>
Биохимический анализ крови	Определение уровня витамина В 12, сывороточных показателей обмена железа, уровня гомоцистеина.
Прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса)	Для исключения аутоиммунной гемолитической анемии, д.б. отрицательной
Анализ мочи общий	Всем пациентам (для диагностики сопутствующей патологии)
Инструментальные диагностические исследования	Не требуется
Пункция костного мозга	Всем пациентам с макроцитарной анемией умеренной-тяжелой степени тяжести, а также при развитии двух- или трехростковых цитопений проведение цитологического исследования мазка костного мозга (миелограмма). <i>!Для ФДА типично резкое повышение клеточности костного мозга и наличие мегалобластов (более 10%).</i> <i>Исследование костного мозга необходимо проводить до начала терапии фолиевой кислотой, т.к. характерные признаки мегалобластного кроветворения в костном мозге исчезают через несколько часов после приема фолиевой кислоты</i>
Показания для госпитализации в стационар	
Плановая	Диспансерное обследование, в том числе при первичной постановке диагноза ФДА умеренной или тяжелой степени.
Экстренная	Глубокая анемия с выраженным гипоксическими проявлениями и отсутствием адаптации к низкому уровню гемоглобина (декомпенсация анемии).
Лечение	
* Детям старше 3-х лет с установленным диагнозом ФДА назначение Фолиевой кислоты в дозе 1-5 мг в сутки * В случае синдрома мальабсорбции назначение Фолиевой кислоты** в дозе 5-15 мг/сутки * В возрасте от 1 месяца до 3-х лет с установленным диагнозом ФДА назначение Фолиевой кислоты в дозе не более 1 мг в сутки (расчетная начальная доза 15 мкг/кг в сутки)	
Мониторинг эффективности лечения препаратами железа на этапе лечения	
Улучшение показателей при проведении общего (клинического) анализа крови и исследование уровня ретикулоцитов в крови на 7 - 10 день от начала лечения, далее - 1 раз в неделю в течение месяца (или реже при гемоглобине > 100 г/л), после достижения ремиссии – 1 раз в 2 месяца в течение полугода, далее раз в 6-12 месяцев. -Общий (клинический) анализ крови и исследование уровня ретикулоцитов в крови на 7 - 10 день от начала лечения, далее - 1 раз в неделю в течение месяца (или реже при гемоглобине > 100 г/л), после достижения ремиссии – 1 раз в 2	

месяца в течение полугода, далее раз в 6-12 месяцев. -Нормализации сывороточных показателей фолатов, ЛДГ, свободного и связанного билирубина, гомоцистеина.
Реабилитация
Не требуется
Профилактика
Рекомендуется пациентам с риском развития дефицита фолатов назначение профилактической терапии Фолиевой кислотой: •с наследственными гемолитическими анемиями •с гипергомоцистеинемией, ассоциированной с мутациями генов фолатного цикла (кодирующих фермент метилентатрагидрофолатредуктазу (МТГФР), метионин-синтазу (MTR), метионин-синтазу-редуктазу (MTRR) •получающие лечение антиметаболитами (препаратами-антагонистами фолиевой кислоты) •беременные женщины •с синдромом мальабсорбции (целиакия, хроническими воспалительные заболевания кишечника •находящиеся на программном гемодиализе <i>Для детей до 3 лет доза Фолиевой кислоты составляет 25-50 мкг/сут, для детей 4-6 лет составляет 75 мкг/сут, для детей 7 лет и старше – 100 мкг/сут. Длительность профилактики определяется индивидуально.</i>
Диспансерное наблюдение
Диспансерное наблюдение пациентов проводится с учетом причин развития дефицита фолиевой кислоты (основного заболевания, особенностей питания).
Вакцинация
Проведение профилактических прививок детям с ФДА не противопоказано, не требует нормализации концентрации Нв и должно проводиться у пациентов с нетяжелой анемией в обычные сроки, поскольку количество иммунокомпетентных клеток у пациентов достаточное*. <i>Согласно разделу 13.4. официального документу «Вакцинопрофилактика. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок. Методические указания», «анемия нетяжелая, алиментарного генеза не должна быть причиной отвода от прививки, после которой ребенку назначают соответствующее лечение. Тяжелая анемия требует выяснения причины с последующим решением вопроса о времени вакцинации».</i>