

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	4
Участники издания.....	5
Список сокращений и условных обозначений.....	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	10
Глава 1. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....	12
1.1. Анемия железодефицитная.....	12
1.2. Анемия хронических заболеваний @+.....	22
1.3. Анемия, обусловленная дефицитом витамина В ₁₂	22
1.4. Артериальная гипертензия.....	28
1.5. Бронхиальная астма.....	50
1.6. Внебольничная пневмония.....	68
1.7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.....	75
1.8. Грипп.....	81
1.9. Дислипидемия.....	91
1.10. Инфекция мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия.....	98
1.11. Ишемическая болезнь сердца (хронический коронарный синдром).....	107
1.12. Ожирение.....	122
1.13. Остеоартроз.....	129
1.14. Остеопороз @+.....	137
1.15. Острая неспецифическая боль в нижней части спины.....	137
1.16. Острый тонзиллофарингит.....	148
1.17. Предиабет.....	156
1.18. Ревматоидный артрит.....	164
1.19. Сахарный диабет.....	172
1.20. Синдром раздраженного кишечника.....	185
1.21. Функциональная диспепсия.....	193
1.22. Хроническая болезнь почек.....	200
1.23. Хроническая обструктивная болезнь легких.....	209
1.24. Хроническая сердечная недостаточность.....	222
1.25. Язвенная болезнь.....	233
Глава 2. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях.....	241
2.1. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.....	241
2.2. Неотложная помощь при ангионевротическом отеке.....	243
2.3. Неотложная помощь при гипертоническом кризе.....	246
2.4. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	254
2.5. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.....	256
2.6. Неотложная помощь при отеке легких.....	260
2.7. Неотложная помощь при остром коронарном синдроме.....	262
2.8. Неотложная помощь при почечной колике.....	273
2.9. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.....	276
Глава 3. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при старческой астении.....	278
Глава 4. Тактика врача-терапевта участкового для раннего выявления онкологической патологии.....	291
Глава 5. Вакцинопрофилактика респираторных инфекций групп риска.....	299
Список литературы @+.....	301
Справочник лекарственных средств.....	301

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее практическое руководство из серии «Тактика врача» предназначено для врачей амбулаторно-поликлинического звена и освещает актуальные вопросы терапии.

Цель данной серии — помочь врачам первичного звена за короткое время найти оптимальное решение в любых ситуациях, придерживаясь подходов, изложенных в национальных клинических рекомендациях.

В книгу вошли наиболее часто встречающиеся болезни органов дыхания, пищеварения, а также такие важные и социально значимые хронические неинфекционные заболевания, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, ишемическая болезнь сердца и др. Материал изложен по единой структуре, состоящей из определения, классификаций с примерами формулировок диагноза, диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Особенно удачной находкой является указание для каждой болезни ориентировочных сроков временной нетрудоспособности и критериев выздоровления. В электронных приложениях предложен расширенный уточняющий материал, при помощи которого врач может получать дополнительную информацию, отражающую ключевые утверждения современных рекомендаций.

Практическое руководство создано большим коллективом авторов, которые стремились понятным для врачей языком изложить оптимальный объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий. Формат и дизайн руководства позволили хорошо структурировать материал, ключевые вопросы диагностики и лечения изложены в виде таблиц и схем. Особенностью книги является раздел, посвященный формированию приверженности пациентов профилактике и лечению заболеваний, который содержит специальные речевые модули и инфографику.

Мы надеемся, что книга станет удобным инструментом для врачей-терапевтов участковых. В свою очередь, авторы с благодарностью примут предложения по улучшению практического руководства и критические замечания.

*Мартынов Анатолий Иванович,
доктор медицинских наук,
профессор, академик РАН,
президент Российского научного
медицинского общества терапевтов*

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (*guidelines*) — это документ, который создается группой экспертов на основании выполненного систематического анализа наилучших доказательств наиболее эффективных лечебных или диагностических вмешательств, а также содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Обоснованность применения каждого пункта рекомендации определяется уровнем достоверности доказательств и уровнем убедительности рекомендаций, отражающих качество и/или объем соответствующей доказательной информации, на которых основана такая рекомендация.

Уровень убедительности рекомендаций по использованию метода диагностики (лечения) для описанного заболевания в упрощенном виде выражает следующую позицию авторов: «сильная», «условная» или «слабая рекомендация».

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

А — сильная рекомендация [все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными].

В — условная рекомендация [не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными].

С — слабая рекомендация [отсутствие доказательств надлежащего качества все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными].

Уровень достоверности доказательств (для методов профилактики, лечения и реабилитации) отражает степень проверенности лежащих в ее основе фактов с позиций статистики.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов профилактики, лечения и медицинской реабилитации.

1 — систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа.

2 — отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа.

3 — исследования без последовательного контроля референсным методом, или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования.

- 4 — несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай—контроль».
- 5 — имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов.

Наиболее высокий уровень рекомендаций соответствует 1А.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клиническое мышление и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

Доказательная медицина (в оригинале *evidence-based medicine*) является фундаментом, на котором базируются, во-первых, отказ от неэффективных (вредных) методик и вытеснение их из медицинской практики, во-вторых — выявление и продвижение эффективных методов медицинской помощи. Это раздел медицины, основанный на доказательствах и предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов (определение рабочей группы *Evidence Based Medicine Working Group*, 1993).

Поэтапная реализация принципов доказательной медицины включает правильно сформулированный вопрос, получение ответа, оценку доказательств, оценку применимости в данной клинической ситуации и проверку практикой.

ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ

Железодефицитная анемия (ЖДА) — полиэтиологичное заболевание, возникновение которого связано с дефицитом железа в организме из-за нарушения его поступления, усвоения или повышенных потерь, характеризующееся микроцитозом и гипохромной анемией. Возникновению ЖДА, как правило, предшествует развитие латентного дефицита железа, который рассматривается как приобретенное функциональное состояние и характеризуется латентным (скрытым) дефицитом железа, снижением запасов железа в организме и недостаточным его содержанием в тканях (сидеропения, гипосидероз), отсутствием анемии.

КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ



ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- Язвенная болезнь желудка, обострение. Железодефицитная анемия (ЖДА) тяжелой степени.
- Железодефицитная анемия (ЖДА) средней степени тяжести, алиментарного генеза.
- Кровоточащий геморрой. Железодефицитная анемия (ЖДА) тяжелой степени, постгеморрагическая.



Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендован сбор анамнеза и оценка клинических данных (С)	
1.1. Анемический синдром	• Бледность кожи и слизистых оболочек. • Снижение аппетита. • Физическая и умственная утомляемость, снижение работоспособности, головокружение, шум в ушах. • Сердечно-сосудистые нарушения (приглушенность сердечных тонов, систолический шум, тахикардия, возможно снижение АД)
1.2. Сидеропенический синдром	• Дистрофические изменения кожи и ее придатков (сухость кожи, ломкость и слоистость ногтей, койлонихия, выпадение волос). • Извращение вкуса и обоняния. • Мышечные боли вследствие дефицита миоглобина. • Мышечная гипотония (дизурия, недержание мочи при кашле, смехе, ночной энурез). • Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта (атрофия слизистой оболочки, нарушение всасывания, диспепсия, глосит, гингивит стоматит, дисфагия)
2. Рекомендовано лабораторное обследование	
2.1. Общий анализ крови	• Гемоглобин: женщины — менее 120 г/л, мужчины — менее 130 г/л. • Цветовой показатель менее 0,85–0,86. • Эритроциты — микроцитоз в сочетании с анизоцитозом, пойкилоцитозом. • МСН менее 27 пг. • МСНС менее 33% • Ретикулоцитоз не характерен
2.2. Биохимический анализ крови	• Сывороточное железо <12–13 мкмоль/л. • Общая железосвязывающая способность — повышена (норма 30–85 мкмоль/л). • Латентная железосвязывающая способность сыворотки более 43 мкмоль/л. • Коэффициент насыщения трансферрина железом (TSat) ≤16%. • Ферритин <30 нг/мл (мкг/л)
3. Дополнительные методы исследования	
	

МСН — показатель, показывающий среднее содержание в определенном эритроците Hb;
МСНС — средняя величина, показывающая содержание Hb в эритроцитах.

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (D50.-)

Легкая степень — 10–12 дней; средняя степень — 14–18 дней; тяжелая степень — 30–35 дней.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Исчезновение клинико-лабораторных проявлений заболевания через 1,0–1,5 мес от начала терапии препаратами железа; преодоление тканевой сидеропении и восполнение железа в депо через 3–6 мес от начала лечения (в зависимости от степени тяжести анемии), что контролируется по нормализации концентрации сывороточного ферритина (более 40–60 мкг/л).



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Полноценная и сбалансированная диета с включением продуктов животного происхождения (прежде всего красного мяса), содержащих гемовое железо.
- Употребление овощей и фруктов с высоким содержанием аскорбиновой кислоты, с целью стимуляции и улучшения всасывания железа из продуктов как растительного, так и животного происхождения.
- Употребление кисломолочных продуктов, содержащих молочную кислоту, способствующую всасыванию негемового железа в кишечнике.
- Ограничение употребления крепкого чая, кофе и других продуктов, содержащих полифенолы (бобы, орехи), препятствующих всасыванию негемового железа из продуктов растительного происхождения.



Препараты выбора	Особенности применения
1. Препараты (II) валентного железа для приема внутрь (3С)	
1.1. Железа глюконат	300 мг; по 2 таблетки 2–3 раза в день
1.2. Железа сульфат	247,25 мг (80 мг железа) 1–2 раза в день
1.3. Железа сульфат	325 мг [105 мг иона (II) железа (Fe^{2+})] 2 раза в день
1.4. Железа фумарат	200 мг (65 мг железа) 3 раза в день
2. Комбинированные препараты железа для приема внутрь (3С)	
2.1. Железа сульфат + аскорбиновая кислота	(Сульфат железа 320 мг + аскорбиновая кислота 60 мг) 1–2 раза в сутки
2.2. Железа фумарат + фолиевая кислота	[Железа фумарат 163,56 мг (50 мг железа) и фолиевая кислота 540 мкг] 2 раза в сутки
2.3. Железа сульфат + фолиевая кислота	(Сульфат железа 247,25 мг (80 мг железа) + фолиевая кислота 350 мкг) по 1 таблетке ежедневно или через день
3. Препараты (III) валентного железа для приема внутрь (2В)	
3.1. Железа (III) гидроксид полимальтозат	400 мг (100 мг железа) 2–3 раза в сутки
4. Препараты железа для парентерального введения (2В)	
4.1. Железа оксида сахарат	Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс 540 мг (железа 20 мг); ампулы 5,0 развести 0,9% раствором NaCl в соотношении 1:20, например 1 мл (20 мг железа) в 20 мл 0,9% раствора NaCl; полученный раствор вводится со следующей скоростью: 100 мг железа — не менее чем за 15 мин; 200 мг железа — в течение 30 мин; 300 мг железа — в течение 1,5 ч; 400 мг железа — в течение 2,5 ч; 500 мг железа — в течение 3,5 ч
4.2. Железа (III) гидроксид декстран	Железа (III) гидроксид-декстрановый комплекс 312,5 мг (50 мг железа); ампулы 2,0, парентеральное введение нутривенно капельно, разводится в 0,9% растворе NaCl или в 5% растворе глюкозы; доза 100–200 мг железа (2–4 мл препарата) разводится в 100 мл растворителя
4.3. Железа оксида полимальтозные комплексы	Железа карбоксимальтозат 156–208 мг (50 мг железа); внутривенно струйно, в максимальной однократной дозе до 4 мл (200 мг железа) в день, но не чаще 3 раз в неделю

Препараты выбора	Особенности применения
5. Показания к назначению парентеральных форм препаратов железа • Непереносимость пероральных препаратов железа. • Необходимость быстрого восполнения запасов железа (тяжелая ЖДА, послеоперационный период, последние недели беременности, повторные кровотечения при геморрагических заболеваниях). • Заболевания желудочно-кишечного тракта (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона). • Нарушения всасывания железа. • Хронический гемодиализ. Критерии эффективности лечения ЖДА препаратами железа: • улучшение общего состояния больного к концу первой недели лечения; • увеличение количества ретикулоцитов до 30–50% к концу первой недели лечения; • повышение гемоглобина (обычно начинается через 2–3 нед), уровень гемоглобина нормализуется через 4–5 нед; • улучшение качественного состава эритроцитов (исчезают микроцитоз и гипохромия); • постепенная регрессия эпителиальных изменений. Причины неэффективности лечения ЖДА препаратами железа Если критерии эффективности лечения не выполняются и лечение оказывается безуспешным, следует рассмотреть следующие позиции: • правильность постановки диагноза ЖДА; • адекватность режима дозирования препаратов железа; • необходимую длительность лечения ЖДА; • выполняемость курса лечения ЖДА пациентом; • наличие у больного проблем со всасываемостью; • переносимость больным назначенного препарата железа	

Для минимизации нежелательных явлений используются определенные формы лекарственных средств. Например, таблетки с пролонгированным высвобождением активного вещества позволяют не только сохранить эффективность терапии, но и улучшить ее переносимость. Так сульфат железа в матриксе Eudragit (80 мг Fe^{2+}) постепенно высвобождается в тонкой кишке, препятствуя раздражающему действию активного вещества на слизистую оболочку желудка, что существенно снижает риск диспептических расстройств. Улучшенная биодоступность железа в матриксе Eudragit позволяет нормализовать концентрацию гемоглобина и восстановить запасы железа в организме при однократном приеме.

Применение комбинированного препарата (железа сульфат 80 мг в матриксе Eudragit + фолиевая кислота) способствует поддержанию и стабилизации уровня ферритина и фолатов в течение беременности. Прием препаратов железа и фолиевой кислоты во время беременности согласно «Рекомендациям ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности»^{*} необходим для профилактики железодефицитной анемии, особенно во II и III триместрах, и нередко остается недиагностированным.

^{*} Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности. <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789241549912>.

На правах рекламы



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ

Приверженность к терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- ЖДА при своевременной диагностике, выявлении причин возникновения, правильном лечении подлежит излечению в 100% случаев.
- Так называемые «рецидивы» ЖДА чаще всего свидетельствуют о неустраненной причине заболевания или о прекращении приема препаратов железа еще до нормализации уровня гемоглобина.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению анемии.
- Несоблюдение врачебных назначений, например *отказ или прерывание лечения из-за улучшения самочувствия, побочных эффектов, неприятного вкуса или запаха препаратов*, затягивает сроки выздоровления и повышает вероятность развития тяжелых и опасных для жизни осложнений.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — ЛИКВИДАЦИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА И ПОВЫШЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА

- Полноценная диета (например, ежедневное употребление 100–200 мг красного мяса в сутки) препятствует прогрессированию дефицита железа, но не может устранить уже имеющуюся анемию и, соответственно, повысить уровень гемоглобина в организме.
- В проведенных исследованиях доказана высокая эффективность терапии ЖДА препаратами железа (II–III).

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — НАСЫЩЕНИЕ ДЕПО ЖЕЛЕЗА И ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

- Препараты железа в 100% дозировке назначаются сроком на 3–6 мес в среднем и в зависимости от степени тяжести анемии.
- Нормализация концентрации гемоглобина не является основанием для прекращения терапии или снижения дозы препарата железа до 50%.
- Важно неукоснительно соблюдать рекомендуемые врачом дозы, частоту, сроки, длительность и условия дачи (введения) препарата.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты, в данном случае потенциальная польза лечения превышает вероятность развития побочных эффектов.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов.
- Не допускать самолечения.



- Развернутые речевые модули формирования приверженности к терапии.

Дополнительное назначение профилактических доз лекарственных препаратов железа также показано лицам, у которых невозможно устранить причину развития железодефицитного состояния (заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся нарушениями всасывания (мальабсорбция, целиакия и др.) или рецидивирующими кровотечениями (болезнь Крона, НЯК, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и др.), хроническая кровопотеря при менометроррагиях), донорам, регулярно осуществляющим донации крови, и лицам, соблюдающим вегетарианскую или веганскую диету (5С).
Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии

1. ЖДА — одно из самых распространенных состояний в мире. При отсутствии должного внимания к данной проблеме существенно ухудшается качество жизни пациента, особенно при наличии коморбидных состояний, таких как ишемическая болезнь почек, СД, артериальная гипертензия (АГ), ХБП и др.
2. Для успешного лечения ЖДА необходимо установить и по возможности устранить ее причину (уменьшить объем менструальных кровопотерь, удалить геморроидальные узлы и др.).
3. Диета должна содержать достаточное количество железа, то есть 100–200 мг красного мяса в сутки. К красному мясу не относятся колбасные изделия, курица, бульоны и т.п. Полноценная диета препятствует прогрессированию дефицита железа, но не может устранить уже имеющуюся анемию.
4. Для лечения ЖДА необходимо назначение медикаментозных препаратов. Пероральные препараты железа — эффективные и хорошо переносимые средства для лечения ЖДА. Доступность модернизированных лекарственных форм, например таблеток с пролонгированным высвобождением, позволяет уменьшить риск развития нежелательных явлений и тем самым повысить комплаентность, то есть приверженность к лечению.
5. Как понять, подействовал ли препарат? Если на фоне его приема происходит улучшение состояния пациента — уменьшается бледность кожных покровов, улучшается аппетит, повышается переносимость умственной и физической нагрузки, уменьшаются сидеропенические симптомы, то медикаментозная терапия препаратами железа продолжается. Если же улучшений не наступает, то проводится обследование с целью исключения других причин анемии и выявления сопутствующей патологии.
6. Состояние на фоне лечения препаратами железа улучшается уже к концу первой недели, отчетливое повышение уровней гемоглобина и эритроцитов начинается через 2,5–3,0 нед, поэтому контроль общего (клинического) анализа крови ранее чем через 3 нед от начала лечения не имеет смысла. Нормализация гематологических показателей происходит через 4–6 нед, а при тяжелой анемии и через 8 нед.
7. Выбор препарата должен осуществляться квалифицированным специалистом, обладающим большим практическим опытом и способным учесть все факторы, такие как противопоказания, эффективность и побочные действия препарата, а также состояние больного, его возраст, особенности заболевания. В противном случае неправильно подобранный препарат может только навредить.

8. Если лечение пероральными препаратами железа неэффективно [продолжающаяся кровопотеря, неправильный прием или неадекватная доза препарата; анемия хронических заболеваний, талассемия, сидеробластная анемия, комбинированный дефицит (чаще всего — железа и витамина В₁₂), нарушение всасывания железа], то в этом случае квалифицированным специалистом подбирается препарат железа для парентерального (внутримышечного, внутривенного) введения.
9. Следует строго соблюдать указанную врачом дозировку препаратов. Нерегулярный прием может свести на нет весь терапевтический эффект лекарств из-за того, что в крови не будет достаточной концентрации вещества. Если у больного появились признаки улучшения, не стоит бросать прием препарата, необходимо довести курс лечения до срока, который рекомендовал врач.



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ



Ранняя диагностика ЖДА, при проведении профилактических медицинских осмотров и т.д.



Адекватное, сбалансированное питание человека в любом возрасте.

1

Ежедневная потребность взрослого человека в железе составляет около 1–2 мг, обычная диета обеспечивает поступление от 5 до 15 мг элементарного железа в день; в двенадцатиперстной кишке и верхнем отделе тощей кишки всасывается лишь 10–15% железа, содержащегося в пище.

2

Лучшим и основным пищевым источником железа являются продукты животного происхождения, содержащие гемовое железо (говядина, баранина, рыба, куриное мясо).

3

Пациентам, относящимся к группам риска, а также пациентам, вылечившимся от ЖДА, рекомендована диета, богатая красным мясом: 100–200 мг красного мяса не менее 5 раз в неделю.

4

Негемовое железо (печень, овощи, фрукты, злаки) имеет сниженную биодоступность, что означает его более низкую всасываемость.

5

Необходимо ограничить/исключить в питании прием таких веществ, как таниновая кислота (чай, кофе), фитаты, так как они могут существенно угнетать всасывание железа.



Прием препаратов железа с профилактической целью предназначен для лиц из групп риска, которые не имеют возможности получать продукты, обогащенные железом. Следует помнить, что железо из обогащенных продуктов питания включается в эритропоэз в меньшей степени, чем при включении препаратов железа.

При сохраняющемся источнике кровопотери (полименоррея) обоснован прием препаратов железа ежемесячно в течение 5–7 дней.

Дополнительное назначение профилактических доз лекарственных препаратов железа также показано лицам, у которых невозможно устранить причину развития железодефицитного состояния (заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся нарушениями всасывания (мальабсорбция, целиакия и др.) или рецидивирующими кровотечениями (болезнь Крона, НЯК, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и др.), хроническая кровопотеря при меноррагиях), донорам, регулярно осуществляющим донации крови, и лицам, соблюдающим вегетарианскую или веганскую диету (5С).