Алгоритм лечения анемии у онкологических больных на основании рекомендаций RUSSCO

Оцените общий анализ крови

Оцените уровень MCV и MCHC

Показатели ниже нормы

По результатам оценки: дефицит железа

В/в введение железа

Показатели в норме или выше

Оцените следующие показатели:
уровень ферритина и TSAT
Дополнительно:
% гипохромных эритроцитов уровень Hb в ретикулоцитах (CHr)

Есть дефицит железа

Функциональный дефицит железа:
- уровень ферритина более 100 ηг/мл
- уровень TSAT менее 20%
- % гипохромных Эр > 5%
- CHr <26 pg

В/в введение железа Дополнительно [1, 2]

Абсолютный дефицит железа:
- уровень ферритина менее 100 ηг/мл
- уровень TSAT менее 20%
- % гипохромных Эр > 5%
- CHr <26 pg

В/в введение железа Дополнительно [1]

Мониторинг дефицита железа каждые 7-10 дней

[1] Дефицит железа должен быть скорректирован до начала терапии ЭСП (эритропоэз стимулирующие препараты)
[2] Если уже назначены ЭСП, необходимо одновременно проводить коррекцию дефицита железа

Нет дефицита железа

Оцените другие причины: B12, фолиево-дефицитная анемия, нутритивная недостаточность и др.

Если эти причины скорректированы, но анемия сохраняется

Анемия вызванная другими причинами

Анемия индуцированная химиотерапией

Тяжелая анемия Hb ≤ 70 г/л

Hb более 70 г/л, но менее 100 г/л

Трансфузия ЭМ

затем

Применение ЭСП

Перейти к выбору ЭСП

Получает ли больной лечение в амбулаторном отделении

НЕТ

Выберите любой ЭСП из таблицы

ДА

Рассмотрите возможность назначения дарбэпоэтина*
1 раз в 21 день при проведении ХТ в амбулаторном отделении