

Юлия ПРОЖЕРИНА, к.б.н., «Ремедиум»

DOI: <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2019-06-27-29>

Железный аргумент в борьбе за здоровье

Железодефицитная анемия (ЖДА) лидирует в списке 38 самых распространенных заболеваний человечества [1]. Согласно отчету ВОЗ, опубликованному в 2015 г., выраженный дефицит железа имеет каждая третья женщина репродуктивного возраста и каждая вторая беременная [2]. Поэтому поиск оптимальных подходов к лечению ЖДА остается одной из актуальных задач здравоохранения.

ЖДА – наиболее распространенная форма анемии и одно из самых часто встречающихся патологических состояний на планете. Статистика свидетельствует о неуклонном росте заболеваемости ЖДА. Согласно ВОЗ, если в 1979 г. число людей с дефицитом железа во всем мире составляло 200 млн человек, то уже через 2 года – 700 млн, а в 1998 году – около миллиарда человек. Среди стран с наиболее высокими показателями дефицита железа – Нигерия (87,5% женщин), Индия (50% детей в возрасте от 1 года до 5 лет). В ряде российских районов (Северный Кавказ, Север и Восточная Сибирь) частота железодефицитных состояний доходит до 50–60%. В целом дефицит железа наиболее часто диагностируется у детей до 2 лет (у 30%), у беременных (у 60%), а также у женщин детородного возраста (у 30%) [3].

ЖДА является самым тяжелым проявлением недостатка железа. Выделяют три последовательно развивающиеся стадии железодефицитного состояния:

Прелатентный дефицит железа, при котором расходуется резервный фонд (депо) железа. На фоне этого состояния концентрация железа в сыворотке остается в норме, однако снижается концентрация ферритина.

Латентный дефицит железа, характеризующийся снижением уровня тканевого и транспортного железа. В этом случае уменьшается концентрация железа в сыворотке, повышается общая железосвязывающая способность сыворотки, появляются симптомы тканевого дефицита железа.

ЖДА, сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина и числа эритроцитов в крови [4].

Доказано, что у женщин суточная потребность в экзогенном железе составляет 1,5–1,7 мг, а при обильных менструациях может возрастать до 2,5–3,0 мг. За сутки в кишечнике может всасываться 2–2,5 мг железа, поэтому даже при незначительных кровопотерях происходит истощение его запасов. При каждой беременности, родах, лактации женщина теряет около 700–800 мг железа.

Ключевые слова:

железодефицитная анемия, беременность, железа фумарат

Для полного восстановления запасов железа организму потребуются порядка 4–5 лет. Если беременность наступает раньше этого срока, риск анемии существенно возрастает. Потребность в железе во время беременности и нормально протекающих родов увеличивается в 2 раза, а во время грудного вскармливания в 10 раз [5].

ЖДА негативно сказывается на состоянии здоровья будущей матери и ее ребенка. У беременных женщин это состояние может приводить к гестозам, преждевременным родам, плацентарной недостаточности, усиленной кровопотери во время родов и в послеродовый период, слабости родовой деятельности, а также пиелонефриту и инфекционным осложнениям. Для будущего ребенка существует риск отставания роста и развития,

SUMMARY

Key words: iron deficiency anemia, pregnancy, iron fumarate

Iron deficiency anemia (IDA) is at the top of the list of 38 most common human diseases [1]. According to WHO report in 2015, every third woman of reproductive age and every second pregnant woman has a severe iron deficiency [2]. Therefore, the search for optimal approaches to the treatment of IDA remains one of the urgent tasks of health care.

Julia PROZHERINA, Cand. of Sci. (Bio.), Remedium
IRON ARGUMENT IN THE STRUGGLE FOR HEALTH

внутриутробной гибели. Недостаточное депонирование железа, наблюдающееся еще в антенатальном периоде, в дальнейшем может привести к снижению интеллектуального развития, работоспособности, к нарушениям поведения [6].

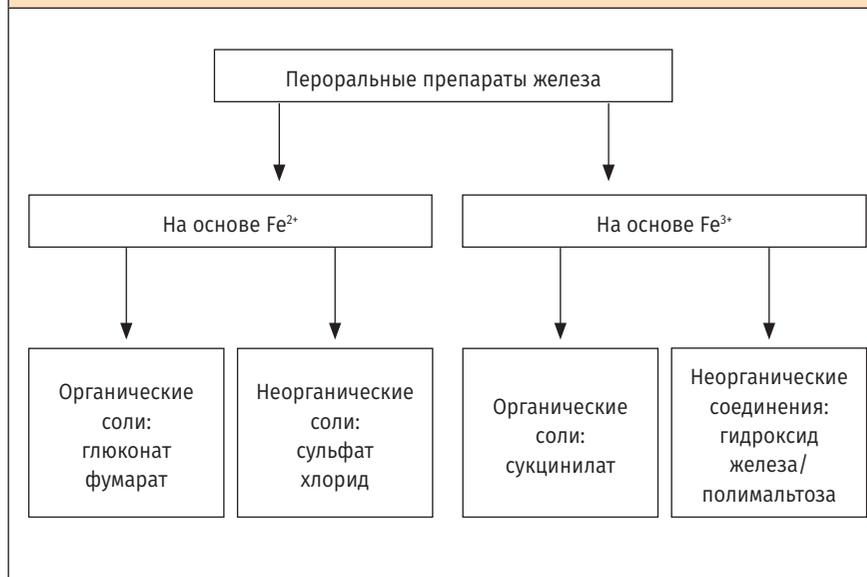
Лечение ЖДА направлено на устранение причины, лежащей в основе развития заболевания (коррекция питания, выявление и устранение источника кровопотери), и возмещение дефицита железа в организме. Железосодержащие ЛП должны назначаться в надлежащих дозах, которые рассчитываются для каждого конкретного больного с учетом массы его тела и схемы лечения. Длительность курса лечения препаратами железа должна составлять 3 мес. при анемии легкой степени, 4,5 мес. – средней степени, 6 мес. – тяжелой.

Прием препаратов железа с профилактической целью целесообразен лицам из групп риска, которые не имеют возможности получать продукты, обогащенные железом. Однако следует учитывать, что железо из обогащенных продуктов питания включается в эритропоэз в меньшей степени, чем при назначении препаратов железа [7].

Терапия ЖДА основана на приеме лекарственных железосодержащих препаратов, преимущественно перорального введения. Эффективность и безопасность применения пероральных препаратов железа обусловлена органичностью и валентностью железосодержащих солей в их составе (рис.). Так, доказано, что Fe^{2+} значительно превосходит по эффективности Fe^{3+} (уровень доказательности 1А). Биодоступность Fe^{2+} в несколько раз превышает Fe^{3+} , что является одной из причин более быстрой нормализации уровня Hb и депо железа. Процесс всасывания Fe^{3+} в эритроцит становится возможен только после его восстановления до Fe^{2+} с помощью медьзависимой ферроредуктазы [8].

По данным ВОЗ и Британского общества гастроэнтерологов, лечение железodefицитных состояний

РИСУНОК > Классификация препаратов железа для перорального применения по составу [8]



у беременных, детей и пациентов с проблемами желудочно-кишечного тракта должна проводиться с помощью железосодержащих препаратов на основе фумарата, глюконата или других безопасных органических солей [8].

Эксперты ВОЗ (2016) рекомендуют всем менструирующим женщинам репродуктивного возраста дополнительно принимать препараты железа в дозе 30–60 мг ежедневно в течение 3 мес. в году. Эта превентивная мера позволяет поддерживать депо железа в «ресурсном состоянии» и в любой момент быть в готовности нормально выносить беременность [9].

В случае ферродефицита профилактический прием железа в течение 3 мес. до наступления беременности становится критически необходимым. Это позволит восстановить айрон-статус и до зачатия накопить необходимый для нужд матери и плода уровень микроэлемента. Одновременно ВОЗ рекомендует дополнительный прием фолатов с прегравидарного этапа вплоть до 12 нед. беременности с целью предупреждения дефектов нервной трубки и других пороков, а также для улучшения обмена железа. Как следствие, в последние годы отмечен рост интереса

к препаратам, представляющим собой комбинацию пероральных соединений железа с фолиевой кислотой [9].

Всем этим требованиям в полной мере соответствует комбинированный препарат Ферретаб® комп. Он представляет собой сочетание органического двухвалентного железа – железа фумарата (163,56 мг) и фолиевой кислоты (0,54 мг). Ферретаб® комп. выпускается в виде капсул пролонгированного высвобождения. В каждой кишечнорастворимой капсуле содержится 3 мини-таблетки с железа фумаратом и 1 мини-таблетка с фолиевой кислотой [10].

Ферретаб® комп. зарекомендовал себя как препарат, обладающий высокой эффективностью и минимально коротким интервалом наступления клинического эффекта. С учетом показателей всасывания, усвояемости и переносимости соль фумарата железа наиболее физиологична среди всех известных ЛП железа [8]. Уровень гемоглобина поднимается выше 110 г/л уже через 10 дней [11], что обусловлено не только составом, но и уникальными фармакокинетическими параметрами данного ЛП. Кишечнорастворимые мини-таблетки фумарата

железа состоят из гранул, заключенных в собственную матричную биополимерную основу, послойное растворение которой постепенно высвобождает очередную дозу элементарного железа. Реализация данного механизма обеспечивает замедленность действия, предотвращает одномоментный выброс всей дозы железа, которая может оказать негативное действие на организм за счет избыточного стимулирования процессов перекисного окисления и токсического влияния на стенку кишечника [12].

Ферретаб® комп. является средством, полностью удовлетворяющим потребности беременных женщин в железе и фолиевой кислоте. Начинать прием Ферретаб® комп. рекомендовано с 12-й недели беременности, а при наличии железодефицита – до наступления беременности в дозе 1-2 капсулы в сутки (50 или 100 мг железа в зависимости от выраженности анемии). Такой режим позволяет обеспечить оптимальное депонирование железа на протяжении всей беременности, насыщение организма фолиевой кислотой, нормальное развитие ребенка, а также предотвратить возможные осложнения [12].

Важными требованиями к препаратам железа, помимо безопасности, также являются хорошая переносимость и возможность длительного применения, особенно во время беременности [9]. Отсутствие токсических явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, оптимальные фармакокинетические параметры

и значительная клиническая эффективность этого ЛП обуславливают высокую приверженность к профилактике и лечению железодефицита препаратом Ферретаб® комп. [12]. Постепенное высвобождение ионов Fe^{2+} снижает риск побочных эффектов, обеспечивая лучшую переносимость и комплаентность терапии по сравнению с другими препаратами железа. Согласно результатам опроса израильских женщин ($n = 453$), самым популярным антианемическим средством, применяемым во II и III триместрах беременности, назван фумарат железа. Препаратам на основе этой соли

отдавали предпочтение 47% респондентов. Сульфат железа принимали 32% участниц, а полимальтозат – только 12% [9].

Привлечение внимания врачей к проблеме ЖДА (включая латентные формы) и повышение информированности о наиболее эффективных подходах к ее лечению является одной из ключевых задач современной медицины. Доказано, что комбинация железа и фолиевой кислоты – оптимальный вариант профилактики не только анемии, но и любых осложнений, связанных с дефицитом фолатов [9].



ИСТОЧНИКИ

1. Радзинский В.Е., Галина Т.В., Добрецова Т.А. Железный щит репродуктивного здоровья. Терапевтические стратегии при железодефицитной анемии. Информационный бюллетень. StatusPraesens. М., 2015.
2. WHO. The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: WHO, 2015. 43 p.
3. Гусейнов А.А., Минкаилов К.-М.О. Железодефицитная анемия (методическое пособие для интернов, клинических ординаторов и врачей). Махачкала, 2011.
4. Пересада О.А. с соавт. Железодефицитная анемия при беременности. Медицинские новости. 2013;2:6-12.
5. Рахманова Р.Т. с соавт. Железодефицитная анемия и беременность. MIR N-ro. 2012;2(99):74-77.
6. Стуклов Н.И., Семенова Е.Н. Лечение железодефицитной анемии. Что важнее, эффективность или переносимость? Существует ли оптимальное решение? Журнал международной медицины. 2013;1(2):47-55.
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. М., 2014.
8. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И., Ночевкин Е.В. Лечение, диагностика и адекватная профилактика железодефицитных состояний в практике акушера-гинеколога. Акушерство и гинекология. 2015;4:69-74.
9. Ших Е.В., Бриль Ю.А. Железодефицит: катастрофа для нейрогенеза. StatusPraesens:84-90.
10. Инструкция по применению к препарату Ферретаб® комп.
11. Торшин И.Ю. с соавт. Метаанализ клинических исследований по применению фумарата железа с целью профилактики и терапии железодефицитной анемии у беременных. Гинекология. 2015;17,5:3-10.
12. Байболова Ж.И. Выбор антианемического средства для терапии и профилактики железодефицитных состояний у беременных. Вестник хирургии Казахстана. 2011;4:103-105.



кроме того...

Прекращение процедуры банкротства Мосхимфармпрепаратов

Госкорпорация Ростех достигла мирового соглашения с кредиторами

ОАО «Московское производственное химико-фармацевтическое объединение им. Н.А. Семашко» (Мосхимфармпрепараты), что создает предпосылки для прекращения процедуры банкротства предприятия. Старейший фармацевтический про-

изводственный комплекс в России был передан Ростеху в начале 2018 года указом президента РФ. За несколько месяцев до этого компания была объявлена банкротом (ее долги превышали 1 млрд руб.), в отношении нее была запущена процедура

конкурсного производства. В рамках мирового соглашения с кредиторами на базе Мосхимфармпрепаратов будут созданы две дочерние компании, средства от продажи акций которых пойдут на погашение долговых обязательств.