

Рациональный подход к лечению железодефицитных состояний: фумарат железа

Недостаточность железа является одним из наиболее распространенных дефицитных состояний в мире и самой частой причиной развития анемии. Безусловно, железодефицитная анемия хоть и редко приводит к смерти, однако в акушерской практике ее развитие ассоциировано с целым рядом опасных нарушений, которые крайне негативно могут сказаться на здоровье матери и плода. Каждый год эта тема является одной из самых актуальных для обсуждения в рамках различных научно-практических мероприятий. Не стал исключением и профи-лаб «Встречи профессионалов: гинекология и акушерство», который состоялся 16-17 ноября 2018 года в г. Киеве.



О том, чем именно чреват дефицит железа для беременных и какие существуют пути решения проблемы, предлагаем узнати из обзора доклада заведующей кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии Харьковской

медицинской академии последипломного образования, доктора медицинских наук, профессора Ольги Валентиновны Грищенко.

— Частота железодефицитных анемий во всем мире составляет в среднем 25-50% случаев. В развивающихся странах этот показатель колеблется в рамках 36-75%, в развитых — 18-20% случаев (H. Blencowe, S. Cousins, F. Bianchi Jassir et al., 2015).

В акушерской практике железодефицитная анемия занимает особое место в статистике самых серьезных заболеваний, поскольку ее наличие, как правило, ассоциировано с целым рядом тяжелых осложнений: угрозой прерывания беременности, плацентарной дисфункцией (недостаточностью), задержкой внутриутробного развития и гипоксией плода, преждевременными родами, недостаточностью сил для осуществления полноценной родовой деятельности. Кроме того, железодефицитная анемия также влияет на увеличение частоты кровотечений и объема патологической кровопотери. Наряду с вышеупомянутыми осложнениями стоит выделить высокий риск развития инфекционных осложнений в послеродовом периоде, анемии новорожденных (недостатка депонированного железа в антенатальном периоде) и гипогалактии (WHO, 2001; В.Л. Тютюнник, Н.Е. Кон и соавт., 2018).

В целом развитие железодефицитных состояний связано с четырьмя основными причинами:

- недостаточным количеством железа содержащих продуктов (овощи, фрукты, крупы, мясные продукты, яйца) в рационе;
- плохим усвоением железа в кишечнике;
- повышенным расходом депонированного железа в организме (в норме потеря железа в сутки составляет <1 мг);
- некомпенсированным ростом потребности в железе.

Следует напомнить, что с пищей в организме поступает в среднем 18 мг железа, при этом всасывается только 1-1,5 мг, а при повышенной потребности — до 2,5 мг в сутки. В то же время каждая группа пищевых продуктов характеризуется разными показателями усвоения железа: продукты растительного происхождения — 1-2%, печень и яйца — 2-4%, мясо — 3-5%, телятина — 5-8%.

Наиболее рациональным подходом к коррекции дефицита железа является применение фармакологических средств, всасывание железа из которых в 15-20 раз выше, чем из продуктов питания. При этом коррекцию дефицитных состояний следует проводить именно препаратами для перорального применения. В случаях непереносимости, при нарушениях

всасываемости железа в кишечнике или при развитии тяжелой анемии следует рассмотреть внутривенное введение.

Установлено, что в организме человека содержится в среднем 2,5-3,5 г железа. При этом около 2,1 г (примерно 70%) входит в состав гемоглобина, который необходим для связывания молекул кислорода в эритроцитах. Без достаточного количества железа в значительной степени снижается синтез гемоглобина, в результате возникает нарушение процесса переноса кислорода эритроцитами из легких в ткани, что провоцирует развитие в них кислородного голодания.

Особенно важно помнить, что железо не синтезируется внутренними органами и поступает исключительно только с пищей: молекулы железа связываются в верхних отделах кишечника со специальным белком — трансферрином — и доставляются в клетки костного мозга для синтеза эритроцитов, где и включаются в состав гемоглобина. Что же касается депонированного железа, то его запас создается в печени в виде особого вещества — гемосидерина.

Как уже говорилось ранее, железодефицит особенно опасен в период беременности, поэтому первым шагом к профилактике развития серьезных осложнений в этот уязвимый для женщины и ее плода период, как это указано в руководствах Всемирной организации здравоохранения (WHO, 2017), является определение группы риска. Так, в эту группу должны входить женщины с анемией в анамнезе, имеющие хронические инфекционные заболевания и/или хронические заболевания внутренних органов и систем, беременные с уровнем гемоглобина в I триместре <120 г/л, многоплодием или проявлениями токсикоза. Женщины, у которых в течение многих лет менструации в одном цикле продолжались более 5 дней, также относятся к группе высокого риска развития железодефицитной анемии.

Следует учесть, что анемия выступает в роли фактора риска развития хронической сердечной и почечной недостаточности. Как было продемонстрировано в рандомизированном исследовании CHARM (E. O'Meara, T. Clayton, M.B. McEntegart et al., 2006) с участием 2653 пациенток с хронической сердечной недостаточностью (I-IV функциональный класс с фракцией выброса левого желудочка >40%), анемия — это не только прогностический фактор, но также значимое звено в прогрессировании хронической сердечной недостаточности. Частота госпитализаций и показатели смертности напрямую коррелировали с наличием анемии.

В Украине терапевтические подходы к ведению пациентов с данной патологией регламентируются Унифицированным клиническим протоколом первичной и вторичной (специализированной) медицинской помощи «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при железодефицитной анемии» (Приказ МЗ Украины от 02.11.2015 № 709). Согласно этому документу лечение должно проводиться при помощи препаратов железа для перорального применения. В случаях непереносимости, при нарушениях

Предпочтение следует отдавать ионным формам двухвалентного железа. Диетические добавки, комплексы поливитаминов и минералов для лечения железодефицитной анемии не применяются.

Исходя из нашего личного клинического опыта на базе Харьковской медицинской академии последипломного образования, особого внимания в отношении лечения железодефицитной анемии у беременных заслуживает препарат железа фумарата — Хеферол. Фумарат железа выгодно отличается от других соединений двухвалентного железа наибольшим содержанием данного минерала в соли.

Клиническая эффективность и безопасность применения фумарата железа (Хеферол) были изучены в нашем исследовании в 2012 году с участием 124 беременных на сроках гестации 28-30 недель с железодефицитной анемией средней и тяжелой степени. В соответствии с дизайном все пациентки были разделены на 4 группы: I группа — 30 женщин с физиологическим течением беременности (группа контроля), II группа — 30 женщин, получавших гидроксид-полимальтозный комплекс в виде жевательных таблеток (по 1 таблетке 3 р/сут), III группа — 32 женщины, получавшие комбинированный

препарат сульфата железа в сочетании с аскорбиновой кислотой (по 1 таблетке 2 р/сут), IV группа — 32 женщины, получавшие препарат Хеферол (по 1 таблетке 2 р/сут). Длительность лечения во всех группах составила 8 недель.

Как показали результаты, Хеферол характеризуется высокой биодоступностью, поскольку двухвалентное железо (закисное), которое входит в его состав, хорошо абсорбируется, а фумаровая кислота усиливает эффект. Максимальная концентрация препарата достигается через 4 ч после приема. Период полувыведения составляет около 12 ч. При железодефицитных анемиях прием 350 мг 1 р/сут обеспечивает минимальную эффективную дозу железа. При этом, как было отмечено, происходит повышение уровня гемоглобина в сыворотке крови и увеличение числа эритроцитов. Все гематологические и клинические симптомы анемии регрессируют через 3-4 недели лечения.

Таким образом, назначение препарата Хеферол у беременных с железодефицитной анемией средней и тяжелой степени способствует нормализации уровня эритроцитов, гемоглобина и концентрации железа в сыворотке крови уже через 8 недель лечения. Его применение также характеризуется хорошей переносимостью и незначительными побочными эффектами. Кроме того, Хеферол позволяет снизить риск развития осложнений как в процессе гестации, так и во время родов.

Подготовил Антон Вовчек

3V

ХЕФЕРОЛ
ЗАЛІЗА ФУМАРАТ

ALKALOID SKOPJE

НАЙВІЩИЙ ВМІСТ ЕЛЕМЕНТАРНОГО ЗАЛІЗА

**ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА
ЗАЛІЗОДЕФІЦІТОЇ АНЕМІЇ**

HEFEROL® 350 mg
капсули
Ferrous fumarate

Для перорального застосування.
Відпускається за рецептом.

Склад: 1 капсула містить: запіза фумарата, що еквівалентно 115 мг елементарного заліза. Фармакотерапевтична група. Антіанемічні засоби. Препарати двовалентного заліза для перорального застосування. Заліза фумарат. Клінічні характеристики. Показання. Лікування і профілактика залізодефіцитної анемії. Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату. Гемокроматоз, гемосидероз та інші типи анемії, не пов'язані з дефіцитом заліза в організмі. Аплазична анемія, гемолічна анемія, інфекційна анемія, хронічна інфекція, хронічна недостаточність серця, хронічна недостаточність почек, хронічна недостаточність печінки та інші хронічні захворювання. Капсули приймати настільше за 30 хвилин до сніданку, запивати великою кількістю рідин. Дорослі та діти віком від 12 років: для профілактики — 1 капсула на добу; для лікування — 1 капсула 2 рази на добу. Для лікування та профілактики вагітним у II та III триместрах призначають звичайні дози як для дорослих. Повна інформація знаходитьться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Даний матеріал призначений для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики та для публікації у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.

P.R.UA/0263/01/01, наказ МОЗ 978 від 19.12.2014