

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 узнать 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 (Н. Blencowe, S. Cousens, 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 депонирования 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 железосодержащих 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 организм 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 пациентов 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.

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**



ХЕФЕРОЛ

ЗАЛІЗА ФУМАРАТ

НАЙВИЩІЙ ВМІСТ ЕЛЕМЕНТАРНОГО ЗАЛІЗА

ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА
ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЇ АНЕМІЇ

Склад: 1 капсула містить заліза фумарату, що еквівалентно 115 мг елементарного заліза. Фармакотерапевтична група. Антианемічні засоби. Препарати двовалентного заліза для перорального застосування. Заліза фумарат. Клінічні характеристики. Показання. Лікування і профілактика залізодефіцитної анемії, протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату, гемохроматоз, гемохроматоз та інші типи анемії, не пов'язані з дефіцитом заліза в організмі (гемолітична анемія, апластична анемія, таласемія). Застосування у період вагітності або годування груддю. Хеферол показаний при дефіциті заліза в період вагітності або годування груддю. Спосіб застосування та дози. Капсули приймають натще за 30 хвилин до їди, запиваючи великою кількістю рідини. 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 крихітальною кількістю для них, для дорослих. Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Даний матеріал призначений для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики та для публікації в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників. РЛ: UA/0263/01/01, наказ МОЗ 978 від 19.12.2014