

ХЕЛАТ БІСГЛІЦІНАТУ ЗАЛІЗА

ТекноФЕР

ХЕЛАТНЕ ЗАЛІЗО – НИЖНЕ ТА СИЛЬНЕ

ТРАНСПОРТНА СИСТЕМА НОВОГО ПОКОЛІННЯ¹

- Відмінна переносимість^{1,2}
- Висока біодоступність (91%)^{1,3}



ТЕКНОФЕР. ДОБАВКА ДІЄТИЧНА

Склад: хелат бісгліцинату заліза (бісгліцинат заліза); регулятор кислотності: лимонна кислота; бікарбонат натрію; мальтодекстрин; апельсиновий ароматизатор; підсолоджувачі: ацесульфам К, сукралоза, сорбітол; барвники: бета-каротин; антиагломераційний агент: тальк.

Поживна (харчова) цінність на 100 г продукту: білки – 4,41 г, вуглеводи – 17,417 г, жири – 0,015 г.

Енергетична цінність (калорійність) на 100 г продукту: 211 ккал (906,98 кДж).

Не містить пальмової олії. Не містить глютену та лактози.

СЕРЕДНІЙ ВМІСТ ОСНОВНОГО КОМПОНЕНТУ НА МАКСИМАЛЬНУ ДОБОВУ ДОЗУ (1 таблетка = 1,050 г)

Залізо	14 мг 100% NRV*
--------	-----------------

* NRV: Довідкова інформація щодо денної потреби в поживних речовинах, Евр. регламент 1169/2011

Рекомендовано до раціону харчування як додаткове джерело заліза в усіх випадках, коли необхідно збільшити його добову дозу та з метою створення оптимальних дієтологічних умов для загального зміцнення організму.

Вживати: дорослим 1 таблетку шипучу на добу.

Спосіб вживання: 1 таблетку шипучу розчинити в склянці води (100-150 мл).

Термін вживання: протягом 1 місяця. Подальше споживання та можливість повторного курсу узгоджувати з лікарем.

Застереження при застосуванні: не використовувати, якщо у Вас спостерігалась підвищена чутливість до будь-якого із компонентів добавки. Не перевищувати рекомендовану добову дозу. Продукт не повинен використовуватися в якості замітника повноцінного харчування. Перед вживанням слід проконсультуватися з лікарем.

Умови зберігання: зберігати у захищеному від світла та вологи, недоступному для дітей місці, при температурі не вище 25 °С.

Форма випуску: 30 таблеток шипучих по 1,050 г.

Маса нетто: 31,5 г (30 таблеток по 1,050 г).

Без ГМО. Не є лікарським засобом.

Термін придатності: 3 роки.

Dileo
F A R M A

Виробник: С. І. І. Е. с. р. л, Італія,
за дорученням
Лабораторії Балдаччі, Італія.

Імпортер в Україні: ТОВ «Ділео Фарма»,
м. Київ, вул. Ілленка, д.83-Д, оф. 404,
тел.: +38 044 538-01-26

PRODOTTI
Baldacci

1. Татарчук Т.Ф. Маски латентного залізодефіциту: синдром хронічної втоми та рецидивуючі інфекції статевих шляхів у жінок. ЗУ "Акушерство, гинекологія, репродуктологія" 2020, №5.
2. Opinion of the Scientific Panel on Food Additives, Flavourings, Processing Aids and materials in Contact with Food on a request from the Commission related to: Ferrous bisglycinate as a source of iron for use in the manufacturing of foods and in food supplements. EFSA Journal, 2006.
3. Oscar Pineda, H.DeWayne Ashmead, Effectiveness of treatment of iron-deficiency anemia in infants and young children with ferrous bis-glycinate chelate, Nutrition, Volume 17, Issue 5, 2001.

«Маски» латентного залізодефіциту: синдром хронічної втоми та рецидивуючі інфекції статевих шляхів

Залізодефіцитна анемія є захворюванням світового значення, від якого страждають 2 млрд людей (30% населення планети). Дефіцит заліза має місце у більшого числа людей, аніж будь-яке інше порушення стану здоров'я, при цьому призводить до низки тяжких наслідків, включаючи несприятливий результат вагітності, порушення фізичного й когнітивного розвитку, підвищений ризик захворюваності в дітей і зниження працездатності в дорослих. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), виражений дефіцит заліза є третьою за поширеністю причиною тимчасової втрати працездатності у жінок віком 15-44 роки. Поруч із явною залізодефіцитною анемією існує прихований дефіцит заліза, частота якого в європейських країнах становить 30-40%.



На актуальні питання щодо профілактики залізодефіциту та сучасної стратегії, спрямованої на зниження поширеності анемії у жінок репродуктивного віку, відповіла член-кореспондент НАМН України, завідувач відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України», доктор медичних наук, професор Тетяна

Феофанівна Татарчук.

Останнім часом з'явилося дуже багато публікацій на тему залізодефіциту у жінок і спричиненої даним станом залізодефіцитної анемії. Чому саме жінки більш схильні до цього захворювання?

Жінки репродуктивного віку – найбільша група ризику за дефіцитом заліза. За оцінками ВООЗ, третина всіх жінок у світовій популяції віком 15-49 років страждають на залізодефіцитну анемію.

Одна з очевидних причин залізодефіциту – природна щомісячна крововтрата під час менструації. Менш очевидна причина полягає в тому, що жінки частіше їдять салат, ніж стейк, а отже, споживають менше заліза з їжею. Щодо першої причини, то у середньому жінка під час менструації втрачає від 5 до 80 мл крові. Таким чином, щомісяця втрачається від 2,5 до 40 мг заліза протягом нормального менструального циклу. Ці втрати заліза у жінок удвічі перевищують потребу в його за своє життя порівняно з чоловіками. Більше того, зі зменшенням кількості вагітностей у сучасній жінці та зі збільшенням її тривалості життя збільшилась і кількість менструацій – зараз жінка за свій репродуктивний вік має в середньому 300-400 менструальних циклів, натомість як у стародавні часи мала лише 30-40.

Крім того, на сьогодні зростає частка жінок, які мають рясні або тривалі менструальні періоди (аномальні маткові кровотечі). За таких станів крововтрата може становити понад 500 мл за менструацію, при цьому зростає й дефіцит заліза, але жінки можуть вважати це за норму й не звертатися до лікаря. Рясні місячні зазвичай свідчать про наявні гормональні порушення або структурну патологію жіночої статевих системи – це може бути ендометріоз, міома матки, гіперплазія або поліп ендометрія тощо.

Саме тому ВООЗ в оновлених настановах 2019 року рекомендує кожній жінці або дівчині-підлітку, яка має менструацію, вживати 30-60 мг елементарного заліза та 2800 мкг (2,8 мг) фолієвої кислоти один раз на тиждень протягом трьох послідовних місяців із подальшою перервою на три місяці та повторенням курсу.

Чи є необхідність у застосуванні препаратів заліза за нормального рівня гемоглобіну?

Нормальні показники гемоглобіну ще не говорять про відсутність залізодефіциту. Існує таке поняття, як латентний (субклінічний) залізодефіцит. У загальній популяції латентний залізодефіцит (або в англійській літературі – iron deficiency non-anemic, IDNA) зустрічається у 30% жінок і характеризується виснаженням запасів заліза, тобто зниженням рівня феритину, при нормальній концентрації гемоглобіну у крові. Лише у 13,4% осіб рівень феритину відновлюється самостійно, в іншій частині жінок зберігається низьким і веде до розвитку різних патологічних станів [2]. Латентний дефіцит заліза є клінічною проблемою, що призводить до відстрочення у встановленні діагнозу. Тільки ретельний збір анамнезу й правильні питання лікаря щодо об'єму менструальних кровотеч та їх впливу на якість

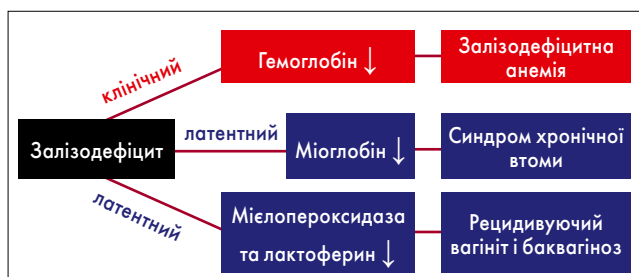


Рис. Прояви клінічного та субклінічного (латентного) залізодефіциту [1, 4-9]

життя дозволяють запідозрити у жінки наявний залізодефіцит. Деякі пацієнтки внаслідок неправильного встановленого або відстроченого діагнозу протягом багатьох років не можуть працювати через сильну втому, проводять більшу частину дня в ліжку, не здатні до фізичної активності або повноцінного життя через нестачу енергії, тобто якість їхнього життя є дуже низькою. Із цим пов'язані й величезні витрати для суспільства.

Які показники крові можуть виявити латентний залізодефіцит?

Існує простий і чіткий критерій визначення латентного залізодефіциту – рівень сироваткового феритину. Феритин – це білок, який відіграє провідну роль у накопиченні заліза й має велике значення для забезпечення його гомеостазу. Встановлено позитивну кореляцію вмісту феритину в сироватці (або у плазмі) крові із загальним запасом заліза в організмі. Нормальні концентрації феритину варіюють залежно від віку та статі, і за відсутності запалення або захворювань печінки низька концентрація феритину вказує на нестачу заліза, тоді як висока концентрація – на ризик перевантаження залізом.

Концентрація феритину підвищується при запаленні (з/без інфекції), захворюваннях печінки, ожирінні та деяких рідкісних гематологічних захворюваннях. Наявність запалення може заважати інтерпретації даних про концентрацію феритину й маскувати недостатність заліза, а також призводити до помилкової діагностики перевантаження організму залізом. За наявності запального процесу (СРБ >5 мг/л) про залізодефіцит може свідчити коефіцієнт насичення трансферину залізом (сатурація трансферину) <20%, що є показником дефіциту заліза [1, 13]. Таким чином, визначення сатурації трансферину є цінним додатковим інструментом для діагностики дефіциту заліза, якщо діагноз викликає сумніви.

Під час перорального лікування залізом концентрація феритину в сироватці крові часто збільшується на 0,5-4,0 мкг/л за тиждень лікування, але відповідь на терапію різниться в пацієнток і залежить від кількості заліза, що надійшло всередину, та супутніх його втрат. Контроль рівня феритину слід проводити не раніше ніж через 2 місяці після початку лікування. Якщо нормалізації рівня цього показника не відбулося – пізніше аналіз крові можна повторити з інтервалом у 2-4 місяці. Після нормалізації показників аналізу крові концентрацію феритину слід перевіряти як мінімум двічі протягом року після припинення терапії залізом (Sorpi E.T., 2018).

Цільовий рівень феритину відрізняється залежно від віку та наявності супутніх станів (таблиця).

Таблиця. Цільові показники феритину для різних груп пацієнтів [1]	
Характеристика пацієнта	Цільовий рівень феритину, мкг/л
Дорослі, загальна популяція	≥30
Дорослі із хронічними інфекційними запальними процесами	≥70-100
Дорослі старшого віку	≥50

За якими симптомами жінка може запідозрити в себе латентний залізодефіцит?

Дефіцит заліза може викликати безліч симптомів. Диференціальний діагноз лише за симптомами варіює від гіпотиреозу до депресії. Але найпоширенішим симптомом залізодефіциту є незрозуміла хронічна втома, що супроводжується послабленням фізичної активності жінки, погіршенням працездатності та зниженням когнітивних здібностей. У більшості випадків втома є основною причиною звернення жінки за консультацією до лікаря. Доведено чітку кореляцію між синдромом хронічної втоми та дефіцитом заліза й вітаміну D [8-10].

Так, у масштабному метааналізі, що включав 18 клінічних досліджень із наукометричних баз Medline, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, у яких брали участь 1170 пацієнтів із латентним залізодефіцитом, підвищення рівня феритину чітко корелювало зі зменшенням відчуття втоми [9]. Усі пацієнти отримували суплементацию сполуками заліза.

Механізм впливу заліза на зниження втоми й підвищення працездатності пов'язаний зі збільшенням надходження кисню у тканини та нормалізацією рівня міоглобіну – залізовмісного білка, який знаходиться в м'язах і створює додатковий кисневий резерв у м'язах. Він забезпечує повноцінне функціонування м'язів при фізичному навантаженні, тому за його дефіциту й виникає втома та зниження працездатності [1].

З огляду на кількість повідомлень, які свідчать про зв'язок запальних процесів та онкологічної патології, сьогодні набуває актуальності проблема запальних захворювань репродуктивної системи на фоні рецидивуючих інфекцій статевих шляхів. Чи може залізодефіцитний стан сприяти повторним рецидивам та хронічному перебігу таких поширених інфекцій, як бактеріальний вагіноз та вульвовагінальний кандидоз?

Як бачимо, залізо має вирішальне значення для нормального функціонування різних біологічних процесів в усьому організмі. З'являються наукові публікації, які доводять, що латентний залізодефіцит (феритин знижений, гемоглобін у нормі) надає стійкості інфекціям. Так, окрім загальновідомого білка гемоглобіну, є ще ряд залізовмісних білків, які відіграють ключову роль у захисних функціях організму. Наприклад, мієлопероксидаза та лактоферин.

Мієлопероксидаза – це залізовмісний білок, який є критично необхідним для реалізації бактерицидної функції нейтрофілів. Річ у тім, що мієлопероксидаза є дуже сильним окисником, який викликає руйнування білків мікробних клітин після фагоцитозу нейтрофілами [4].

Лактоферин – це залізов'язуючий глікопротеїн. Завдяки антимікробній та протизапальній активності цей білок відіграє значну роль у захисті від інфекцій та запалення. Останні дослідження в експериментальних тварин також продемонстрували, що лактоферин може захищати від раку й має антиканцерогенну активність при багатьох пухлинах людини. На клітинному рівні лактоферин модулює проліферацію, диференціацію, дозрівання, активацію, міграцію та функціонування імунних клітин [5].

Попри те що глобальних, фундаментальних досліджень із цього приводу наразі не існує, останнім часом з'явилися вельми цікаві роботи:

За даними H. Verstraelen et al. (2005), продемонстрована чітка й незалежна кореляція між субклінічним дефіцитом заліза, викликаним його недостатніми запасами, та розвитком бактеріального вагінозу.

Згідно з дослідженням N. Naderi et al. (2013), Т-хелпери 1-го типу зменшують ризик вульвовагінального кандидозу, а Т-хелпери 2-го типу – збільшують. Доведено, що залізодефіцит веде до рецидивування вагінального кандидозу саме за рахунок активації Т-хелперів 2-го типу.

Тому цілком логічно припустити, що суплементация залізом допоможе зменшити кількість рецидивів запальних захворювань, таких як рецидивуючий вагініт та баквагіноз.

Серед великого арсеналу існуючих лікарських засобів яким саме сполукам заліза мають надавати перевагу акушери-гінекологи?

Спершу хотілося б наголосити, що для досягнення стійкого ефекту наповнення залізом депо крові препарати заліза слід приймати тривало. Сьогодні фармацевтична промисловість має у своєму арсеналі досить великий набір препаратів для лікування залізодефіциту й триває розвиток нових сполук. Раніше золотим стандартом у лікуванні даного стану були солі заліза. Але вони, поряд із достатньою ефективністю, мали низку побічних ефектів через подразнення слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, таких як нудота, біль у животі, діарея або закрел, і дуже часто через їхню побічну дію пацієнти не дотримувалися повного курсу лікування. До того ж унаслідок втрати заліза з каловими масами зазначені препарати мають низьку біодоступність. Також серйозною проблемою прийому традиційного заліза є окислятивний стрес. Саме тому лікарі дуже обережно підходять до призначення залізовмісних препаратів. Але на сьогодні, з появою на ринку інноваційних технологічних препаратів, розширюються можливості лікування залізодефіциту з мінімальними або відсутніми побічними ефектами.

Однією із технологічних новинок є залізовмісна сполука – Текнофер. Чи наявний у вас досвід його призначення?

Текнофер – це хелат бісгліцинату заліза, в якому залізо поєднане з амінокислотою гліцином, що захищає його від гідролізу у шлунку. Завдяки цьому дана сполука транзитом проходить через шлунок і всмоктується слизовою кишкою в незмінному вигляді. Оскільки контакт вільного заліза зі слизовою відсутній, то препарат переноситься дуже добре, до того ж він має високу біодоступність – 91% [14]. Для корекції латентного залізодефіциту Текнофер застосовується по 1 таблетці 2 рази на добу [3]. Кожна таблетка містить 14 мг елементарного заліза.

Отже, проблема залізодефіциту багаторівнева й дуже важлива (рисунок). Особливої уваги потребує латентний залізодефіцит, який може маскуватися під хронічну втому та рецидивуючі інфекції. Текнофер (хелат бісгліцинату заліза) – транспортна система нового покоління, яка може з успіхом застосовуватися для корекції рівня феритину та клінічних проявів прихованого дефіциту заліза.

Список літератури знаходиться в редакції.