

Включення заліза до щоденного раціону дівчат-підлітків, невагітних жінок і породіль: рекомендації ВООЗ (2016)

Анемія – зниження рівня гемоглобіну в еритроцитах, що негативно впливає на здатність крові постачати кисень тканинам для задоволення фізіологічних потреб людського організму. Анемію можуть спричинити крововтрата, дефіцит заліза та інших мікронутрієнтів (вітаміну А, фолатів, вітаміну В₁₂ і рибофлавіну), вроджені гемоглобінопатії (серповидноклітинна анемія, таласемія), паразитарні інфекції, а також інші гострі та хронічні інфекції, які супроводжуються запаленням. Дефіцит заліза часто передуює анемії і вважається однією з найпоширеніших форм нутритивної анемії.

Актуальність проблеми

Доведено, що додаткове надходження заліза (у вигляді лікарських препаратів, дієтичних добавок або фортифікованих продуктів харчування) ефективно підвищує концентрацію гемоглобіну у вагітних і невагітних жінок. Його забезпечення рекомендовано як універсальний підхід для поліпшення здоров'я матері та дитини різних вікових груп. У деяких жінок пероральний прийом заліза може супроводжуватися побічними ефектами з боку гастроінтестинальної системи, такими як діарея, запор, нудота і блювання. Вираженість цих симптомів зазвичай посилюється зі збільшенням дози елементарного заліза і в разі прийому препарату заліза натще.

Станом на 2011 р. кожна третя невагітна жінка у світі (а це майже 500 млн жінок) мала анемію. Принаймні половина випадків анемії пов'язана з дефіцитом заліза, хоча ця пропорція може суттєво варіювати залежно від контексту. Залізодефіцит розвивається внаслідок тривалого негативного балансу заліза, головними причинами якого є недостатнє надходження з їжею (через нестачу біодоступного заліза в раціоні або знижену абсорбцію заліза), підвищена потреба в залізі (наприклад, у періоди росту) і хронічна крововтрата (внаслідок тяжкої нематодної інвазії або менструальної кровотечі).

У період від менархе до менопаузи жінки мають високий ризик розвитку залізодефіциту через менструальні крововтрати. У дівчат-підлітків він пов'язаний також зі швидким фізіологічним розвитком, оскільки цей період життя характеризується експансією еритроцитарної маси і підвищеною потребою тканин у залізі. Це робить їх більш вразливими до дефіциту заліза порівняно з однолітками чоловічої статі.

Заходи охорони здоров'я, спрямовані на популяризацію заліза у суспільстві, включають: інформування населення про важливість урізноманітнення раціону і додавання до нього продуктів, які поліпшують абсорбцію заліза; фортифікацію основних продуктів харчування залізом; фортифікацію окремих продуктів багатьма мікронутрієнтами, у тому числі залізом; усунення причин втрати заліза, яким можна запобігти (наприклад, шляхом лікування нематодних інвазій); призначення препаратів заліза.

Порівняно з вагітністю у післяпологовому періоді – у перші 6 тижнів після народження дитини – потреба жіночого організму в залізі зазвичай знижується. Проте цей період можна використати для поновлення запасів заліза, втраченого під час вагітності і пологів. Один із найпотужніших предикторів післяпологової анемії – анемія під час вагітності. У таких випадках спостерігається тенденція збереження запасів заліза на низькому рівні протягом тривалого часу, особливо в разі значної пологової крововтрати і надходження додаткового заліза у недостатній кількості.

Сьогодні проблема глобальної поширеності післяпологової анемії є ще недостатньо вивченою. Що стосується розвинених країн, то повідомлялося про 10-30% випадків. Наявні дані щодо всіх жінок репродуктивного віку і вагітних свідчать, що анемія є дуже поширеною проблемою в усьому світі і рівень захворюваності на анемію в породіль може бути вищим у країнах із низьким або середнім рівнем доходу порівняно з більш розвиненими країнами.

Залізодефіцит і анемія в післяпологовому періоді можуть мати довгострокові негативні наслідки для здоров'я матері та дитини. Жінки з низькими запасами заліза на момент пологів можуть страждати на загальну слабкість і швидко втомлюваність, порушення когнітивної функції та депресію. Ці емоційні та когнітивні розлади, своєю чергою, можуть негативно позначитися на здоров'ї матері і дитини – на їх взаємодії, поведінці та розвитку дитини. Якщо жінка не відновить запасів заліза одразу після народження дитини, негативні наслідки післяпологового дефіциту заліза та анемії можуть проявлятися в неї протягом наступних стадій репродуктивного циклу. Це особливо актуально для жінок, які проживають у регіонах із високою поширеністю анемії, а також тих, які дотримуються дієти з низьким вмістом

біодоступного заліза або мають короткі інтервали між вагітностями (менше 18 міс).

Згідно з рекомендаціями ВООЗ та Продовольчої і сільськогосподарської організації ООН (FAO), добова потреба в залізі у жінок, які годують груддю, становить 10-30 мг залежно від біодоступності заліза в раціоні. Абсорбція заліза залежить від його типу. Негемове залізо – основна його форма, що надходить із їжею і міститься у багатьох овочах. На його абсорбцію впливають індивідуальний статус заліза і багато дієтичних факторів, у тому числі фітати, залізов'язувальні фенольні сполуки та кальцій, які знижують абсорбцію, а також аскорбінова кислота, яка її підвищує. На противагу цьому абсорбція гемового заліза, наявного лише в м'ясі та рибі, меншою мірою залежить від дієтичних факторів, вона регулюється статусом заліза і загальною кількістю гемового заліза в раціоні.

Дівчата-підлітки і невагітні жінки зі збереженою менструальною функцією

У 2001 р. ВООЗ рекомендувала невагітним жінкам репродуктивного віку профілактичний прийом заліза у кількості 60 мг/добу протягом 3 міс у тих регіонах, де поширеність анемії перевищує 40%. Оновлені рекомендації стосуються дівчат-підлітків і дорослих жінок зі збереженою менструальною функцією.

Огляд наявних доказів

Рекомендації було розроблено на підставі систематичного аналізу досліджень, в яких доцільність щоденного додаткового включення заліза до раціону оцінювалась у жінок і дівчат-підлітків від менархе до менопаузи, які не були вагітними, не годували груддю і не мали захворювань або станів, здатних призводити до порушень менструального циклу. В аналізі не включено дослідження за участю пацієнток зі станами, що впливають на метаболізм або абсорбцію заліза, з надмірною крововтратою, запальними захворюваннями кишечника, раком, хронічною застійною серцевою недостатністю, хронічною нирковою недостатністю, хронічною печінковою недостатністю, хронічними інфекційними захворюваннями, а також госпіталізованих або тяжко хворих.

В огляд включено рандомізовані контрольовані дослідження, в яких щоденний прийом заліза (у вигляді монопрепарату або в комбінації з іншими нутрієнтами, наприклад фолієвою кислотою або вітаміном С) порівнювався з плацебо або прийомом препарату, що не містить заліза. Щоденне включення заліза до раціону визначалося як його прийом принаймні 5 днів на тиждень.

Докази знайшли у вересні 2014 р. у базах даних Cochrane CENTRAL, Ovid MEDLINE, Embase, CINAHL, CPCI-S та ін. Загалом було проаналізовано 62 дослідження, в яких узяли участь 7523 невагітні жінки репродуктивного віку (3951 – у інтервенційній групі та 3572 – у контрольній). Ці дослідження проводилися в 24 країнах із різним рівнем доходу на душу населення. Кількість пацієнток в окремих із них коливалася від 10 до 1390; у 96% досліджень цей показник становив <400.

У дівчат-підлітків і дорослих жінок зі збереженою менструальною функцією, які щоденно отримували залізо, значно знижувався ризик анемії (відносний ризик – ВР – 0,34; 95% довірчий інтервал – ДІ – 0,20-0,57; 9 досліджень, n=2905) і залізодефіциту (ВР 0,61; 95% ДІ 0,47-0,77; 6 досліджень, n=1033) порівняно з таким ризиком в аналогічній популяції, яка отримувала плацебо або препарати, що не містять заліза.

Рівень гемоглобіну був значно вищим у разі прийому препаратів заліза порівняно із прийомом плацебо або препаратів, які не містять заліза (середня різниця – СР – 5,61 г/л; 95% ДІ 4,44-6,79; 48 досліджень, n=6390). Цей ефект статистично не залежав від добової дози заліза (<30 мг, 31-60 мг або >60 мг; p=0,72) або тривалості прийому залізовмісних препаратів (<1 міс, 1-3 міс або >3 міс; p=0,13).

Результати досліджень, в яких повідомлялись показники частоти будь-яких побічних ефектів, не показали

статистично значимої різниці в підвищенні ризику побічних ефектів між групою «заліза» і контрольною групою (ВР 2,11; 95% ДІ 0,87-5,11; 6 досліджень, n=534; дуже низький рівень доказовості). Утім, спостерігався підвищений ризик будь-яких гастроінтестинальних побічних ефектів (ВР 1,99; 95% ДІ 1,26-3,12; n=521; низький рівень доказовості).

Рекомендації

Щоденне включення заліза до раціону рекомендовано (на рівні суспільної охорони здоров'я) дорослим жінкам зі збереженою менструальною функцією і дівчатам-підліткам, які мешкають у регіонах із високою поширеністю анемії, з метою профілактики останньої, а також залізодефіциту (сильна рекомендація, середній рівень доказовості). Рекомендовану схему щоденного включення заліза до раціону в цій популяції наведено в таблиці.

Таблиця. Рекомендована схема щоденного включення заліза до раціону дорослих жінок зі збереженою менструальною функцією і дівчат-підлітків

Цільова група	Дорослі жінки зі збереженою менструальною функцією і дівчата-підлітки (невагітні жінки репродуктивного віку)
Добова доза	30-60 мг елементарного заліза*
Форма	Таблетки
Періодичність	Щоденно
Тривалість	3 міс поспіль на рік
Умови	У регіонах, в яких поширеність анемії у невагітних жінок репродуктивного віку становить 40% або вище**

* 30-60 мг елементарного заліза еквівалентні 150-300 мг заліза сульфату гептагідрату, 90-180 мг заліза фумарату або 250-500 мг заліза глюколату.

** За відсутності даних щодо поширеності анемії в цій популяції слід керуватися непрямими ознаками високого ризику.

Примітки

• Щоденне включення заліза до раціону є профілактичною стратегією на популяційному рівні. Оцінюючи необхідність призначення препаратів заліза невагітним жінкам репродуктивного віку з діагностованою анемією, необхідно керуватися національними рекомендаціями з ведення анемії.

• При визначенні дози, тривалості та періодичності прийому препаратів заліза слід враховувати регіональну поширеність анемії. Якщо цей показник становить <40%, то можливе використання інших профілактичних стратегій, наприклад, інтермітуючих схем прийому препаратів заліза.

• Добову дозу препарату заліза слід визначати з урахуванням інших джерел надходження заліза (фортифікованих продуктів харчування, мультівітамінних комплексів, дієтичних добавок на основі ліпідів).

• Усі жінки від моменту планування вагітності до 12-го тижня гестації повинні приймати фолієву кислоту. Щоденний прийом заліза і фолієвої кислоти є невід'ємною складовою рутинного антенатального ведення. Його слід розпочинати якомога раніше і продовжувати протягом усієї вагітності. У регіонах із високою поширеністю анемії серед вагітних (>40%) породіллі мають додатково приймати залізо ще 3 міс після пологів.

Задля того, щоб з'ясувати, чи можуть пероральні препарати заліза (у монотерапії або в комбінації з фолієвою кислотою і/або іншими вітамінами і мінералами), які призначають породіллям, безпечно поліпшувати здоров'я матері та дитини, було здійснено Кокранівський систематичний огляд. До нього увійшли 3 дослідження (n=320 жінок), проведені в Китаї, Мексиці та Туреччині. В усіх розмір вибірки був невеликим і коливався в межах від 83 до 168. У дослідженнях брали участь жінки з анемією або без неї. Прийом препаратів заліза вони розпочинали в ранньому післяпологовому періоді (від 1,5 до 4 тижнів після пологів). Тривалість прийому варіювала від 6 тижнів до 6 міс. У 2 дослідженнях порівнювали монопрепарат заліза із плацебо, у 3-му – два вітамінно-мінеральні комплекси, один з яких містив залізо. У 2 дослідженнях використовували сульфат заліза, і в одному дослідженні тип сполуки заліза не вказано. Добова доза варіювала від 18 до 195 мг елементарного заліза. У дослідженні, в якому застосовувалися вітамінно-мінеральні комплекси, останні включали 400 мкг (0,4 мг) фолієвої кислоти і 18 мг елементарного заліза (добова доза).

В одному дослідженні оцінювали частоту анемії у матері, у двох інших – частоту залізодефіциту та залізодефіцитної анемії у матері. У жінок, які отримували 65 мг елементарного заліза у формі сульфату заліза 3 р/день протягом 6 тижнів, анемія на фінальних етапах спостереження визначалася значно рідше порівняно з жінками, які отримували плацебо (ВР 0,35; 95% ДІ 0,18-0,6; 1 дослідження, n=122; низький рівень доказовості).

Прийом монопрепарату заліза (80 мг елементарного заліза 1 р/день або 65 мг елементарного заліза 3 р/день) також асоціювався зі зниженням частоти залізодефіциту порівняно із прийомом плацебо (ВР 0,30; 95% ДІ 0,13-0,67; 2 дослідження, n=254; низький рівень доказовості). У жінок, які після пологів приймали монопрепарат заліза (80 мг елементарного заліза) або вітамінно-мінеральний комплекс, що містив 18 мг заліза і 400 мкг (0,4 мг) фолієвої кислоти, анемія на фінальних етапах спостереження визначалася рідше порівняно з контролем, проте різниця не була статистично значимою (ВР 0,29; 95% ДІ 0,07-1,12; 2 дослідження, n=198; дуже низький рівень доказовості).

У всіх трьох дослідженнях оцінювали концентрації гемоглобіну в крові у матері, але лише у 2 дослідженнях визначали середній рівень гемоглобіну в інтервенційній групі. У 3-му дослідженні концентрацію гемоглобіну представляли як медіану для обох груп (інтервенційної та плацебо) з приміткою, що значення цього показника не відрізнялось у всіх групах. У 2 дослідженнях різниця в концентраціях гемоглобіну між інтервенційною та контрольними групами була несуттєвою (СР 3,84 г/л; 95% ДІ від -0,06 до 7,75; 2 дослідження, n=154; дуже низький рівень доказовості). Концентрації феритину також оцінювали в усіх трьох дослідженнях, але середній рівень феритину в матері визначали лише в одному дослідженні. Отримані дані свідчать про відсутність значимої різниці в концентраціях феритину в жінок, які отримували 80 мг елементарного заліза, порівняно з жінками, які отримували плацебо (СР 1,03 мкг/л; 95% ДІ від 14,69 до 12,63; 1 дослідження, n=132; дуже низький рівень доказовості).

Побічні ефекти у матері оцінювали у 2 дослідженнях, але лише в одному представлено дані, які можна оцінити. Не було виявлено статистично значимої різниці в тих жінок, які отримували монопрепарат заліза vs плацебо і повідомляли про запор (ВР 0,82; 95% ДІ 0,36-1,89; n=132), біль у животі (ВР 2,13; 95% ДІ 0,58-7,89; n=132), пігментацію зубів або випорожнень (ВР 8,23; 95% ДІ 0,45-149,85; n=132), нудоту (ВР 0,46; 95% ДІ 0,04-4,91; n=132), блювання (ВР 0,91; 95% ДІ 0,06-14,29; n=132) або діарею (ВР 2,74; 95% ДІ 0,11-66,13; n=132). За сумарною частотою всіх гастроінтестинальних побічних ефектів групи заліза і плацебо також статистично не відрізнялися (ВР 1,31; 95% ДІ 0,77-2,25; n=132, дуже низький рівень доказовості). У 2-му дослідженні побічні ефекти реєстрували, але лише повідомлялося про відсутність різниці між групами (65 мг елементарного заліза 3 р/день vs плацебо) за частотою нудоти, блювання і запору. Через незначну кількість досліджень запланований аналіз підгруп, сформованих за загальною тривалістю лікування, схемою (лише залізо або залізо в комбінації з іншими мікронутрієнтами) або практикою грудного вигодовування, не проводили.

Оскільки доказова база призначення препаратів заліза в післяпологовому періоді є досить обмеженою, під час обговорення взяли до уваги непрямі докази щодо доцільності застосування заліза у вагітних і в жінок зі збереженою менструальною функцією.

Сьогодні ВООЗ рекомендує вагітним щоденний прийом заліза і фолієвої кислоти як складову антенатального

догляду з метою зниження ризику народження дитини з низькою вагою, анемії та залізодефіциту в матері. Ця рекомендація ґрунтується на результатах систематичного огляду, в якому оцінювали користь і ризики препаратів заліза у здорових вагітних. В огляді щоденний прийом заліза (у вигляді монопрепарату або в комбінації з фолієвою кислотою або іншими мікронутрієнтами) порівнювали з відсутністю такого прийому, з прийомом плацебо або інших вітамінно-мінеральних комплексів (але без заліза) у вагітних. Щоденний прийом заліза знижував ризик анемії в матері на момент пологів на 70% (ВР 0,30; 95% ДІ 0,19-0,46; 14 досліджень, n=2199; середній рівень доказовості) і залізодефіциту на 57% (ВР 0,43; 95% ДІ 0,27-0,66, 7 досліджень, n=1256; середній рівень доказовості) без підвищення ризику інфекцій (у тому числі інфекцій сечового тракту та ін.) під час вагітності (ВР 1,16; 95% ДІ 0,83-1,63; 2 дослідження, n=1321; низький рівень доказовості). Жінки, які отримували препарати заліза, частіше повідомляли про будь-які побічні ефекти, ніж жінки, які приймали плацебо або вітамінно-мінеральні комплекси, що не містять заліза (ВР 2,36; 95% ДІ 0,96-5,82; 11 досліджень, n=4418; дуже низький рівень доказовості).

У вагітних без анемії, які мешкають у регіонах із поширеністю гестаційної анемії <20%, як альтернативу щоденному прийому можна застосовувати інтермітуючий прийом заліза і фолієвої кислоти з метою профілактики анемії та поліпшення результатів вагітності. Ця рекомендація ґрунтується на результатах систематичного огляду, в якому оцінювали користь і ризики інтермітуючої пероральної терапії залізом під час вагітності. В огляді інтермітуючий прийом заліза (у вигляді монопрепарату або в комбінації з фолієвою кислотою чи іншими мікронутрієнтами) порівнювали з щоденним прийомом тих самих препаратів. Не було встановлено різниці між жінками, які отримували залізо в інтермітуючому або щоденному режимі, за частотою анемії (ВР 1,22; 95% ДІ 0,84-1,80; 4 дослідження, n=676; дуже низький рівень доказовості) і залізодефіцитної анемії в матері в день пологів (ВР 0,71; 95% ДІ 0,08-6,63; 1 дослідження, n=156; дуже низький рівень доказовості). Інтермітуючий прийом асоціювався з нижчою частотою будь-яких побічних ефектів порівняно з щоденним прийомом (ВР 0,56; 95% ДІ 0,37-0,84; 11 досліджень, n=1777; дуже низький рівень доказовості).

Крім призначення прийому заліза і фолієвої кислоти під час вагітності, ВООЗ рекомендує приймати їх жінкам зі збереженою менструальною функцією, які мешкають у регіонах з поширеністю анемії серед невагітних жінок репродуктивного віку $\geq 20\%$. Ця рекомендація ґрунтується на результатах систематичного аналізу, в якому оцінювали користь і ризики інтермітуючої пероральної терапії залізом для зниження анемії та асоційованих порушень у жінок зі збереженою менструальною функцією. У дослідженнях, включених в огляд, інтермітуючий прийом препаратів заліза окремо або в комбінації з фолієвою кислотою чи іншими мікронутрієнтами порівнювали з щоденним прийомом тих самих препаратів, плацебо або відсутністю лікування в дівчат-підлітків і дорослих жінок зі збереженою менструальною функцією. У жінок, які використовували препарати заліза в інтермітуючому режимі, анемія розвивалася рідше порівняно з жінками, які не застосовували будь-які препарати або приймали плацебо (ВР 0,73; 95% ДІ 0,56-0,95; 10 досліджень, n=2996; низький рівень доказовості). За іншими показниками, такими як залізодефіцит (ВР 0,50; 95% ДІ 0,24-1,04; 3 дослідження, n=624), залізодефіцитна анемія (ВР 0,07; 95% ДІ 0-1,16;

одне дослідження, n=193), загальна смертність (ВР 1,12; 95% ДІ 0,82-1,52; одне дослідження, n=119) і наявність побічних ефектів (ВР 1,98; 95% ДІ 0,31-12,72; 3 дослідження, n=630), ці групи суттєво не відрізнялися.

Рекомендації

Пероральний прийом препаратів заліза (як монотерапія або в комбінації з фолієвою кислотою) може бути призначено жінкам протягом 6-12 тижнів після пологів із метою зниження ризику анемії в тих регіонах, де гестаційна анемія є проблемою охорони здоров'я (умовна рекомендація, низький рівень доказовості).

Примітки

- Ця рекомендація стосується всіх породіль незалежно від того, чи годують вони груддю.
- Для поліпшення комплаєнсу і збереження безперервності догляду прийом препаратів заліза слід починати якомога раніше після пологів і за тією ж схемою (доза, періодичність прийому), що й під час вагітності.
- Жінок необхідно консультувати, навіщо і як приймати препарати заліза і фолієвої кислоти, а також інформувати про основні побічні ефекти і способи запобігання їм (наприклад, прийом препарату з їжею або перед сном).

• Після нормалізації менструального циклу жінка має отримувати препарати заліза і фолієвої кислоти відповідно до національних рекомендацій або керівництва ВООЗ.

• У разі діагностування анемії лікування слід проводити відповідно до національних рекомендацій або керівництва ВООЗ (120 мг елементарного заліза + 400 мкг фолієвої кислоти щоденно до нормалізації концентрації гемоглобіну).

• В ідеалі програма прийому заліза і фолієвої кислоти має бути невід'ємною складовою інтегрованої програми післяпологового догляду і повинна популяризувати ексклюзивне грудне вигодовування в перші 6 міс з продовженням годування груддю в подальшому, скринінг усіх жінок на наявність анемії під час післяпологових візитів, проведення допоміжних заходів профілактики та контролю анемії та направлення до спеціаліста для ведення пацієнток з тяжкою анемією. Особливу увагу слід приділяти ідентифікації потенційних перешкод для надання рівноправної допомоги, у тому числі в післяпологовому догляді, вразливим відносно дефіциту заліза і залізодефіцитної анемії популяціям (наприклад, жінкам, які мешкають у сільській місцевості, з низьким рівнем доходу та ін.).

• Пероральні препарати заліза доступні у формі капсул або таблеток. Перевагу слід віддавати тим, які вирізняються з-поміж інших потужним контролем якості – гарантією того, що продукт виробляють, пакують і зберігають у контрольованому і неконтамінованому середовищі. Дистриб'ютори і самі жінки мають здійснювати моніторинг терміну придатності препарату.

• Препарати заліза виробляють із використанням різних солей, переважно сполук двохвалентного заліза (фумарат, глюконат, сульфат), які краще абсорбуються порівняно із трьохвалентним залізом. У Переліку життєво необхідних лікарських засобів ВООЗ (WHO Essential Medicines List) вказано, що препарати заліза повинні містити двохвалентну сіль заліза.

• Матері, які годують груддю, мають харчуватися належним чином. Задля цього їм слід дотримуватися збалансованої дієти, яка включає м'ясо, рибу і бобові тощо.

Підготував **Олексій Терещенко**



Сорбіфер Дурулес

Препарат заліза №1 в Україні*

- Рекомендований для лікування та профілактики залізодефіцитних станів, у тому числі у вагітних та жінок, що годують^{1, 2, 4, 5}
- Краще переноситься завдяки технології повільного вивільнення^{2, 3, 5}



Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Виробник: ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС, за ліцензією компанії АСТРАЗЕНКА, Швеція. Р.П. № UA(0498/01/01). Умови відпуску. За рецептом.

Лікарська форма: таблетки, вкриті оболонкою, з модифікованим вивільненням. 1 таблетка містить: 320 мг заліза сульфату безводного (еквівалент 100 мг Fe II), 60 мг аскорбінової кислоти. Фармакотерапевтична група: антианемічні засоби, препарати заліза, різні комбінації. ВООЗ А10.

Показання: профілактика і лікування залізодефіцитної анемії. Протипоказання: підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату, стеноз стравоходу, дивертикул кишечника, кишкова непрохідність та інші. Побічні реакції. Можуть виникати порушення з боку травного тракту: нудота, діарея, запор, біль у шлунку. Можливі алергічні реакції. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

* За даними Моріон – лідер в упаковках та грошовому вимірі в АТС В03 А у 2010-2015 рр.

¹ С. В. Хаскіна, І. Г. Юрдінова. Залізодефіцитна анемія та вагітність // Здоров'я жінки. — № 4. — 2010.

² Ю. В. Марушко. Залізодефіцитні стани у дітей на сучасному етапі // Здоров'я України. — 2010. — № 1 (Педіатрія. Акушерство. Гінекологія).

³ Ю. В. Давыдова. Профілактика і лікування залізодефіцитної анемії препаратом Сорбіфер Дурулес у вагітних жінок з порушеннями тиреоїдного гомеостазу // Здоров'я жінки. — 2009. — № 6.

⁴ Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Залізодефіцитна анемія.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 709 від 02.11.2015.

⁵ Інструкція для медичного застосування препарату Сорбіфер Дурулес.

Представництво «ЕГІС ФАРМАС» ЮТІКАЛС ПЛС в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

