

Внимание! Железодефицитная анемия



«Анемия у беременных – значимый патогенетический фактор формирования плацентарной недостаточности, инфекционных осложнений и как следствие – недонашивания беременности», – убеждена **Нина Александровна Татарова**, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

ФЕРРЕТАБ КОМП

Состав и форма выпуска: 152,1 мг железа (II) фумарата (50 мг в пересчете на элементарное железо) + ФК – 500 мкг в форме капсул пролонгированного действия [2]

Преимущества:

- Быстрый эффект в сравнении с солями железа (III) [3]
- Сочетание ФК и железа способствует достижению более высокого уровня Hb, чем их раздельное применение [4]
- Нормализация уровня Hb – через 1–2 мес, нормализация уровня железа в депо – через 3–4 мес от начала лечения (определяется степенью тяжести анемии и дозой препарата) [3]
- ФК и железо находятся внутри желатиновой капсулы [2], что исключает их контакт с полостью рта, при этом отсутствие специфического привкуса железа и окрашивания зубной эмали – повышает степень приверженности терапии
- Инновационная форма выпуска: в капсуле – 3 минитаблетки железа фумарата пролонгированного высвобождения и 1 минитаблетка ФК немедленного высвобождения [2]. В процессе пассажа минитаблетки железа через кишечник происходят непрерывное высвобождение и всасывание железа. Это обеспечивает пролонгированное действие, позволяет избежать высоких концентраций при высвобождении, препятствует раздражению слизистой оболочки. Минитаблетка ФК растворяется в течение нескольких минут и быстро всасывается в тощей кишке [5]

ФЕРРЕТАБ КОМП: РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

Для профилактики дефицита железа – по 1–2 капсуле в сутки перорально, для лечения ЖДА легкой и средней степени – 2–3 капсулы в сутки до нормализации уровня гемоглобина, далее – прием по 1 капсуле в сутки (поддерживающая доза) для восполнения запасов железа [2, 6]

– **Нина Александровна, о полноценном питании во время беременности, значимости витаминных препаратов для нормального кроветворения, казалось бы, знают все. Неужели эта проблема до сих пор актуальна?**

– Представьте себе, что, по имеющимся у нас данным, в Петербурге анемия диагностируется фактически у половины беременных, Минздрав России информирует о том, что каждая вторая беременная женщина страдает железодефицитной анемией (ЖДА), ну а в третьем триместре дефицит железа диагностируется почти у 90% женщин, причем год от года частота этого патологического состояния не снижается. Эта тенденция свойственна не только нашей стране. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота ЖДА у беременных в разных странах мира – 21–80% по уровню гемоглобина и от 49 до 99% по уровню сывороточного железа. Не зря же одна из глобальных задач, составляющих цели развития тысячелетия Организации Объединенных Наций, – к 2025 г. сократить на 50% распространенность анемии у женщин репродуктивного возраста.

– **А в Вашей практике какие виды анемии встречаются чаще?**

– В преобладающем числе случаев – ЖДА. И это очень опасно, ведь ассоциированные с ней осложнения развиваются во время беременности, послеродовом, раннем неонатальном периодах и отражаются как на состоянии матери, так и на здоровье плода, новорожденного. Вот смотрите, потребность в абсорбированном железе увеличивается во время беременности с 0,8 мг/сут в первом триместре до 7,5 мг/сут – в третьем. В последние 6–8 нед беременности потребность в железе достигает уже 10 мг в день. Спросите любого практикующего врача акушера-гинеколога о потенциальных проблемах при ведении беременности у пациентки с анемией. Вы услышите о риске невынашивания, развитии преэклампсии, слабости родовой деятельности, высоком риске кровотечений... Что касается состояния плода, то это и риск его антенатальной гибели, и хроническая гипоксия, инфекции, дефицит железа уже и у новорожденного, в последующем – отставание в умственном и психомоторном развитии. И, поверьте, этот перечень тяжелых состояний можно еще продолжить.

– **Что делать?**

– Обязательно проведение скрининга беременных уже при первичном обращении к врачу женской консультации. Важно определение уровня гемоглобина, гематокрита, сывороточного железа, ферритина, насыщения трансферрина железом, количества эритроцитов. Важна оценка степени тяжести и клинического варианта ЖДА. Что касается послеродового периода, уже на вторые сутки после родов проведение скрининга также обязательно.

– **Если диагноз подтвержден?**

– Акцентирую внимание на давно известном факте: без привлечения препаратов железа – не обойтись. Питаться надо стараться правильно, но только этого уже недостаточно в случае диагностированного железодефицита. Очень обдуманно врачу следует подойти не только к выбору лекарственного средства, но и к продолжительности его применения. Важен индивидуальный подход к пациентке в соответствии со сроком беременности, соматическим статусом, степенью тяжести анемии. Но не менее 3 мес в случае анемии легкой степени, 4–5 мес – при средней степени тяжести и 6 мес – при тяжелой анемии.

– **Как предупредить развитие ЖДА?**

– В соответствии с рекомендациями ВОЗ по медикаментозному лечению и профилактике ЖДА во время беременности, все женщины с самого начала беременности (но не позднее 12 нед) и до родов должны ежедневно получать не менее 30–60 мг элементарного железа и 400 мкг фолиевой кислоты (ФК) в сутки [1].

– **Каким образом может быть восполнен дефицит железа и ФК у такой важной популяции пациенток?**

– Оптимальны прием лекарственных препаратов, в состав которых входит и железо, и ФК, что способствует более выраженному фармакологическому эффекту, способствует повышению приверженности назначенной врачом терапии. Завершая нашу беседу, хочу еще раз акцентировать внимание на том, что прием препаратов железа и ФК, как с целью профилактики, так и с целью коррекции железодефицитного состояния, чрезвычайно важен для здоровья будущей матери и ее малыша. Пожалуйста, информируйте об этом своих пациенток, коллеги!

– **Большое спасибо!**



OMNIDOCTOR.RU

Литература

1. NICEF, United Nations University, WHO. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization. 2001 (WHO/NHD/OI.3).
2. Инструкция к применению П N 013723/01.
3. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А., Иванова О.И., Баркалова Ю.С. Новые технологии в лечении железодефицитной анемии. Мед. совет. 2016;14:116–21.
4. Духанин А.С. Актуальные представления о фармакологической коррекции железодефицитных состояний в гинекологической практике. Гинекология. 2021;23(4):300–6. DOI:10.26442/20795696.2021.4.201064
5. Громова О.А., Торшин И.Ю. Микронутриенты и репродуктивное здоровье. Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
6. Диагностика, профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц. Федеральные клинические рекомендации. РОАГ, ФГБУ «НЦАГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ. Прил. 5. 2013.