

ФЕРРО-ФОЛЬГАММА В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

А.Н. Грацианская

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Железодефицитные состояния – одна из наиболее распространенных проблем мирового здравоохранения. Даже если удастся установить происхождение железодефицита, необходимым компонентом лечения (помимо воздействия на фактор, вызвавший заболевание) является введение ферропрепаратов, причем, если позволяет клиническая ситуация, предпочтение отдается пероральному пути введения как более безопасному. Одним из пероральных препаратов с привлекательным профилем эффективности и безопасности считается Ферро-Фольгамма. В статье освещаются некоторые аспекты применения Ферро-Фольгаммы в клинической практике.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, ферропрепараты, Ферро-Фольгамма

Iron deficiency is one of the most common problems of health care services worldwide. Even if it is possible to determine the origin of iron deficiency, administration of ferropreparations is an essential component of treatment (in addition to the impact on the factor caused the disease), and oral route of administration as more safe is preferred, if the clinical situation allows. Ferro-Folgamma is one of the oral medication with an attractive profile of efficacy and safety. The article highlights some aspects of use of Ferro-Folgamma in clinical practice.

Key words: iron deficiency anemia, ferropreparations, Ferro-Folgamma

Железодефицитная анемия (ЖДА) – наиболее распространенная форма нарушения питания, регистрируемая, по данным ВОЗ, более чем у 2 млрд (около 30 % населения) человек на планете, т. е. чаще, чем любое другое состояние [1]. Несмотря на то что недостаток железа – не единственная из возможных причин развития анемии, в местах широкого распространения анемии у населения обычно выявляется именно дефицит железа. Более других категорий населения ЖДА подвержены дети и подростки в период интенсивного роста и полового созревания, а также женщины детородного возраста (особенно в период беременности и лактации). Так, статистика свидетельствует, что у 20–30 % женщин детородного возраста наблюдается латентный дефицит железа, а у 8–10 % – ЖДА (дефицит железа может иметь место и при нормальном уровне гемоглобина, анемия развивается позже – при усугублении дефицита железа). В конце III триместра беременности практически у всех женщин имеется скрытый дефицит железа и почти у 30 % из них развивается ЖДА [2].

Дефицит железа у женщин любого возраста возникает преимущественно

в результате острых или хронических кровопотерь:

- у девушек-подростков он обычно является следствием дефицита железа у матери во время беременности. При этом имеющийся относительный дефицит железа с появлением менструальных кровопотерь может приводить к развитию признаков ЖДА;
- женщины детородного и климактерического возраста за одну менструацию (в зависимости от длительности менструации и объема кровопотери) теряют 15–250 мг железа. Кроме того, железодефицитные состояния могут быть вызваны меноррагиями вследствие миомы матки, эндометриоза, внутриматочных контрацептивов, гинекологических операций и др.

Лечение ЖДА состоит прежде всего в устранении причины, вызвавшей заболевание.

Основные причины дефицита железа хорошо известны:

- недостаточное поступление железа в организм (обедненная железом пища, вегетарианство, анорексия);
- нарушенное всасывание железа при резекции части тонкой кишки;
- повышенная потребность в железе (период роста, беременность, лактация);

- повышенные потери железа (обильные менструации, кровотечения из желудочно-кишечного тракта – ЖКТ, носовые кровотечения, длительное донорство и др.).

Вместе с тем, даже когда причина заболевания установлена, устранить ее не всегда представляется возможным. В этом случае единственным способом лечения становится введение препаратов железа (ферропрепаратов). Ферропрепараты также применяются при профилактике железодефицитных состояний в периоды повышенной потребности организма в железе (табл. 1).

Путь введения препарата больным ЖДА определяется конкретной клинической ситуацией.

В отсутствие специальных показаний – таких, как нарушение всасывания железа, плохая переносимость пероральных ферропрепаратов или по причинам социального характера, железосодержащие препараты назначают внутрь, поскольку при сравнительной эффективности (восстановление уровня гемоглобина происходит обычно всего на 2–4 дня позднее, чем при парентеральном введении), безопасность пероральных препаратов достоверно выше. В частности, необходимо помнить, что наличие гипохромной

Таблица 1. Потребность в железе в зависимости от пола и возраста (По О.Н. Хабиб, 2002)

Возрастной период	Потребность (мг/сут)
Дети	1,2
Подростки-девушки	2,8
Подростки-юноши	2,0
Беременные женщины	3,7
Женщины 20–50 лет	1,8
Взрослые мужчины и женщины после менопаузы	1,0

Таблица 2. Влияние продуктов питания и химических веществ на абсорбцию железа (по О.Н. Хабиб, 2000)

Изменение абсорбции	Продукты питания	Химические вещества
Повышается	Мясо, птица	Аскорбиновая кислота
	Рыба	Янтарная кислота
	Материнское молоко	Молочная кислота
	Фруктовые соки	Лимонная кислота
Снижается	Коровье молоко, сыр	Фосфаты
	Яйца	Полифенолы
	Пшеничные отруби	Оксалаты
	Чай, кофе	Кальций

анемии не исключает возможности т. н. сидероахрестической анемии (ахрезия – неиспользование). При сидероахрестических (железонасыщенных) анемиях содержание железа в организме находится в нормальных пределах или даже в избытке, однако в силу разных причин железо не используется для построения гема в молекуле гемоглобина, что в итоге ведет к образованию гипохромных эритроцитов с низким содержанием гемоглобина. Неиспользованное железо откладывается в органах и тканях (печени, поджелудочной железе, коже, макрофагальной системе и др.), приводя к развитию гемосидероза. Ошибочный диагноз недостатка железа у больного железонасыщенной анемией и неоправданное назначение ферропрепаратов может увеличить “перегрузку” органов и тканей железом. При этом лечебный эффект от препаратов железа будет отсутствовать, но в отличие от парентерального введения пероральный прием железа не приводит к развитию гемосидероза даже при неправильной трактовке анемии как железодефицитной.

Современные пероральные ферропрепараты представляют собой или соли двухвалентного железа (поскольку в пищеварительном тракте ионы трехвалентного железа не всасываются) или соединения, состоящие из гидроксид-полимальтозного комплекса трехвалентного железа (механизм

всасывания отличается от ионных препаратов).

Основным соединением, входящим в состав традиционно применяющихся солей железа (ионных препаратов железа), является сульфат железа. Считается, что сульфат железа имеет более высокую биодоступность по сравнению с другими солями железа (хлоридом, фумаратом) и вызывает немного побочных эффектов на фоне терапии [3].

Из ЖКТ в виде ионов абсорбируется только двухвалентное железо. Комбинация железа с аскорбиновой кислотой (желательное соотношение – 3 : 1) способствует увеличению биодоступности железа, т. к. улучшает всасываемость ионов железа в кишечнике [6]. Важную роль в гемопозе играют фолиевая кислота, которая участвует в синтезе ДНК, и витамин В12 (цианокобаламин) – основной фактор активации фолиевой кислоты [7]. Дефицит фолиевой кислоты и витамина В12 часто наблюдается при железодефицитных состояниях, вызванных кровотечением, и ассоциируется с нарушением синтеза ДНК в кровяных органах. Включение фолиевой кислоты и витамина В12 в состав ферропрепаратов усиливает активную абсорбцию железа в кишечнике и его последующую утилизацию.

Все перечисленные компоненты имеются в составе комплексного антианемического препарата Ферро-

Фольгамма [8], капсула которого содержит следующие компоненты:

- 112,6 мг сульфата железа (соответствует 37 мг железа);
- 5 мг фолиевой кислоты;
- 0,010 мг цианокобаламина;
- 100 мг аскорбиновой кислоты.

Ферро-Фольгамма обеспечивает прирост гемоглобина в среднем 2,5 г/л в сутки (наибольшая скорость прироста гемоглобина среди препаратов сульфата железа). При использовании Ферро-Фольгаммы отмечается достаточно быстрое (в течение первых 10 дней приема) ослабление клинической симптоматики постгеморрагической анемии [9]. Ферро-Фольгамму назначают по 1 капсуле 3 раза в сутки после еды в течение 3–4 недель, а при тяжелых формах анемии по 2 капсулы 3 раза в сутки в течение 16 недель и более. После прекращения лечения Ферро-Фольгаммой положительный эффект и стабилизация показателей сыворотки крови (уровней гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови) сохраняются минимум на протяжении месяца [10].

Как при любом длительном лечении (при назначении пероральных ферропрепаратов в достаточной дозе, нормализация уровня гемоглобина отмечается в большинстве случаев через 3–4 недели от начала лечения), хорошая переносимость обеспечивает высокую приверженность лечению и, таким образом, увеличивает вероятность успеха терапии. Современные пероральные препараты железа редко вызывают значительные побочные эффекты, которые требуют их отмены и перехода на парентеральный путь введения. Нежелательные явления на фоне применения пероральных препаратов железа обычно возникают со стороны ЖКТ: тошнота, металлический привкус во рту, запоры (одно из возможных объяснений – связывание в кишечнике сероводорода, стимулирующего перистальтику), реже – поносы, анорексия. Необходимо учитывать, что всасывание железа из солевых препаратов может уменьшаться под влиянием некоторых содержащихся в пище веществ (фосфатов, солей кальция, фитина, танина), а также при одно-

временном применении некоторых лекарств (тетрациклинов, левомицетина, антацидов). Некоторые продукты, напротив, улучшают всасывание железа из кишечника (табл. 2).

Активные компоненты Ферро-Фольгаммы находятся в специальной нейтральной оболочке, которая обеспечивает их всасывание — главным образом в верхнем отделе тонкой кишки. Капсула Ферро-Фольгаммы обеспечивает защиту слизистой оболочки желудка и способствует хорошей переносимости препарата со стороны пищеварительного тракта [11, 12]. Благодаря отсутствию агрессивного действия на слизистую оболочку пищеварительного тракта Ферро-Фольгамма может применяться для коррекции анемического синдрома, характерного для скрытых длительных кровотечений, а также при дефиците витамина В₁₂ и фолиевой кислоты на

фоне нарушения всасывания в ЖКТ (атрофия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки).

Таким образом, в настоящее время показанием к назначению препарата Ферро-Фольгамма являются анемии, вызванные дефицитом железа, фолиевой кислоты и витамина В₁₂, возникающие на фоне хронических кровопотерь (мено- и метроррагий, из геморроидальных узлов и др.), а также при хроническом алкоголизме, инфекционных заболеваниях, приеме противосудорожных средств и пероральных контрацептивов. Препарат также подходит для профилактики и лечения дефицита железа и фолиевой кислоты во II и III триместрах беременности, в послеродовом периоде и во время лактации.

Таким образом, независимо от причины меноррагии и необходимости воздействия на соответствующий фак-

тор необходима длительная терапия ферропрепаратами для приема внутрь. Доза и режим приема подбираются индивидуально, с учетом содержания железа в препарате, его переносимости и т. д. После нормализации уровня гемоглобина необходимо проводить поддерживающую терапию ферропрепаратом в течение 5–7 дней после окончания менструации. При удовлетворительном состоянии и стабильных показателях гемоглобина возможны перерывы в лечении, которые, однако, не должны быть длительными, т. к. продолжающиеся у женщин меноррагии быстро истощают запасы железа с риском рецидива ЖДА. При лечении девушек-подростков после нормализации уровня гемоглобина возможны повторные курсы лечения, особенно если устанавливаются обильные менструации или имеются другие кровопотери (носовые, десневые).

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.who.int.>, 2012.
2. Хабиб О.Н., Железодефицитная анемия: лечение и профилактика // РМЖ 2002. Т. 2. № 7.
3. Казюкова Т.В., Самсыгина Г.А., Калашникова Г.В. и др. Новые возможности ферротерапии железодефицитной анемии // Клиническая фармакология и терапия 2000. № 9 (2). С. 88–91.
4. Jacobs P. Equivalent bioavailability of iron from ferrous salts and a ferric polymaltose complex. *Clinical and experimental studies. Arzneimittelforschung* 1987;37(1A):113–16.
5. Arvas A, Gur E. Are ferric compounds useful in treatment of iron deficiency anemia? *Turk J Pediatr* 2000;42(4):352–54.
6. Teucher B, Olivares M, Cori H. Enhancers of iron absorption: ascorbic acid and other organic acids. *Int J Vitam Nutr Res* 2004;74(6):403–19.
7. Дворецкий Л.И., Лечение железодефицитной анемии // РМЖ 1998. Т. 6. № 20. С. 1312–16.
8. Ghinea MM. Treatment of iron deficiency anemia with Ferro-Folgamma Rom *J Intern Med* 2004;42(1):225–30.
9. Маев И.В., Самсонов А.А., Вьючнова Е.С., Желудочно-кишечные кровотечения: современные методы лечения // Фарматека 2004. № 5(83).
10. Маев И.В., Самсонов А.А., Бусарова Г.А., Агапова Н.Р. Острые желудочно-кишечные кровотечения (клиника, диагностика, терапия) // Лечащий врач 2003. № 5.
11. Ферро-Фольгамма. Терапия железом, фолиевой кислотой, витамином В₁₂ и аскорбиновой кислотой. Научный обзор. Wörwag Pharma. М., 2001.
12. Bozhinova S, Penkov V, Bogdanova A. Ferro-Folgamma-a drug for treatment and prophylaxis of iron deficiency anemia in pregnant women. *Akush Ginekol* 2004;43(3):27–31.

Информация об авторе:

Грацианская А.Н. — доцент кафедры клинической фармакологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова