

# Значение дефицита железа для здоровья женщин и будущих поколений

На симпозиуме, состоявшемся в рамках XXI Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и дитя», ведущие российские эксперты – гематологи, акушеры-гинекологи и терапевты обсудили значение дефицита железа для здоровья женщины и будущих поколений. Специалисты затронули проблемы железодефицита в акушерско-гинекологической практике, рассмотрели основные группы риска развития анемии, новые возможности диагностики и лечения дефицита железа.



Профессор, д.м.н.  
Н.И. Стуклов

## Группы риска развития железодефицитной анемии: новые возможности диагностики и лечения

Как отметил д.м.н., профессор, руководитель курса гематологии кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии, гематологии и клинической лабораторной диагностики медицинского факультета Российского университета дружбы народов Николай Игоревич СТУКЛОВ, между недостатком железа, здоровьем женщины и будущих поколений существует прямая связь. Железодефицитной анемией (ЖДА) страдают в первую очередь дети и женщины – наиболее социально значимые слои населения. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), анемия диагностируется при уровне гемоглобина в крови

у небеременных менее 120 г/л, у беременных – менее 110 г/л.

По данным эпидемиологических исследований, распространенность анемии в развитых и развивающихся странах различна. В развитых странах анемия диагностируется у 7% детей в возрасте 5–12 лет и 11% женщин, в развивающихся – у 46 и 47% соответственно<sup>1,2</sup>. Высокая распространенность железодефицита в развивающихся странах может быть обусловлена не только отсутствием полноценного питания, но и большим количеством детей в семье, низким уровнем медицинского обслуживания.

В американском исследовании оценивали содержание ферритина и коэффициент насыщения трансферрина железом (НТЖ) в зависимости от пола и возраста. Показано, что даже у здоровых женщин без признаков анемии имеет место недостаток железа. При этом надо отметить, что в США анемия наблюдается менее чем у 10% населения. Кроме того, в стране действует программа профилактики дефицита железа во время беременности<sup>3</sup>. Распространенность анемии в России остается на достаточно высоком уровне. По данным докладчи-

ка, анемия регистрируется у 38% женщин, госпитализированных в гинекологический стационар для обследования и установления диагноза. По данным других отечественных авторов, анемия выявляется у 35,8% женщин при наблюдении во время беременности, а частота анемии в популяции беременных варьируется от 27,8 до 48,3%. Таким образом, высокая частота дефицита железа (70–100%) среди указанной категории населения обуславливает необходимость его профилактики. Дефицит железа приводит к увеличению материнской и младенческой смертности, снижению либидо и репродуктивной функции, работоспособности и производительности труда, качества жизни, росту инфекционной заболеваемости матерей и детей.

Суточная потребность в железе у женщины репродуктивного возраста в 2,5 раза выше, чем у взрослого здорового мужчины. У беременной этот показатель еще выше: суточная потребность в железе в шесть раз превышает таковую у здорового мужчины. Не случайно в основе ведения беременной лежит адекватная профилактика дефицита железа<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков / под ред. А.Г. Румянцева, И.Н. Захаровой. М., 2015.

<sup>2</sup> UNICEF United Nations University WHO Iron deficiency anemia assessment prevention and control. A guide for programme managers. Geneva World Health Organization, 2001 (WHO/NHD/01:3).

<sup>3</sup> Zacharski L.R., Ornstein D.L., Woloshin S., Schwartz L.M. Association of age, sex, and race with body iron stores in adults: analysis of NHANES III data // Am. Heart J. 2000. Vol. 140. № 1. P. 98–104.

<sup>4</sup> Beard J.L. Iron requirements in adolescent females // J. Nutr. 2000. Vol. 130. Suppl. 2S. P. 440S–442S.

Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

Выделяют три стадии дефицита железа<sup>5</sup>. Предлатентная характеризуется отсутствием лабораторных признаков дефицита железа. Однако на этой стадии может повышаться абсорбция трехвалентного железа в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). На латентной стадии сокращаются запасы железа в организме (по данным лабораторных исследований). Последняя стадия – ЖДА. Среди общеанемических симптомов отмечаются слабость, бледность кожи, повышенная утомляемость, шум в ушах, снижение умственной деятельности, сердечная недостаточность. В отсутствие лечения состояние пациентов с ЖДА ухудшается, резко снижается иммунитет. В ходе диагностических процедур выявляют сидеропенический синдром, характеризующийся извращением вкуса и обоняния, выраженной мышечной слабостью, атрофией мышц, дистрофией кожи (выпадение волос, ломкость ногтей), ангулярным стоматитом, глосситом, субфебрилитетом, дисфагией, дисменореей, аменореей, бесплодием. Доказано, что у ребенка, мать которого во время беременности страдала дефицитом железа, высока вероятность нарушений умственного и психического развития. Профессор Н.И. Стуклов подчеркнул, что отсутствие адекватной профилактики железодефицита в нашей стране может привести к росту умственных и психических отклонений в следующем поколении. Параметры состояний с дефицитом железа объединяет один общий критерий – дефицит железа в организме. ЖДА диагностируют, если уровень ферритина сыворотки ниже 30 мкг/л. Об НТЖ говорят, если данный показатель менее 20%. Высокий риск развития дефицита железа выявляется у па-

циентов с обильной кровопотерей, недостаточным потреблением железа, предшествующей ЖДА. У мужчин ЖДА обычно развивается на фоне тяжелой патологии ЖКТ, сопровождаемой кровотечением. К наиболее частым причинам развития ЖДА у женщин относят хроническую обильную кровопотерю при менструациях и заболеваниях репродуктивной системы, повышение потребности в железе (подростковый возраст, беременность, лактация). Кроме того, к развитию ЖДА могут приводить нарушения поступления (вегетарианство, алкоголизм), всасывания (атрофический гастрит, воспалительные заболевания кишечника, прием препаратов и др.) и транспорта железа<sup>5</sup>. Важно понимать, что диагноз ЖДА пожизненный. Пациенты с диагностированной на основании результатов лабораторных исследований ЖДА входят в группу риска рецидива ЖДА и должны находиться под постоянным наблюдением специалиста. Профилактические мероприятия проводятся у лиц с предрасположенностью к развитию ЖДА, а также на стадии предлатентного дефицита железа. При ЖДА препаратами выбора являются те, которые содержат двухвалентное железо. Степень абсорбции двухвалентных солей железа в несколько раз выше, чем трехвалентных. Препараты, содержащие трехвалентное железо, требуют более длительного применения. Кроме того, препараты для лечения ЖДА должны содержать аскорбиновую кислоту, увеличивающую всасывание железа на 30%. Максимальной разовой дозой считается 100 мг элементарного железа, при которой всасывается до 14 мг микроэлемента. Препараты с замедленным высвобождением позволяют увеличить

всасывание и снизить побочные эффекты. Наиболее удобны для применения пероральные препараты пролонгированного действия, в частности Сорбифер Дурулес, содержащий 100 мг элементарного железа и аскорбиновую кислоту. Благодаря особой технологии производства после приема препарата Сорбифер Дурулес происходит замедленное высвобождение активного вещества, что обеспечивает его постепенное всасывание и помогает снижать повреждения слизистой оболочки ЖКТ. Особое внимание следует уделять вторичной профилактике дефицита. Она заключается в регулярных профилактических осмотрах с целью раннего выявления анемии. Согласно федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ЖДА (2015 г.), прием препаратов железа с профилактической целью предназначен для лиц из группы риска. Скрининг для выявления анемии проводят у всех небеременных каждые 5–10 лет в течение детородного возраста. Ежегодному скринингу подлежат женщины с факторами риска развития ЖДА. Завершая выступление, докладчик акцентировал внимание аудитории на резолюции экспертного совета «Актуальные вопросы диагностики и лечения железодефицита в клинической практике» (2020 г.). Под председательством главного внештатного терапевта Минздрава России, члена-корреспондента РАН, д.м.н., профессора О.М. Драпкиной и президента Российского научного медицинского общества, академика РАН, д.м.н., профессора А.И. Мартынова в составе совета работали эксперты из 15 научно-исследовательских и образовательных учреждений регионов России<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Стуклов Н.И. Железодефицитная анемия в практике гинеколога. Алгоритмы диагностики, профилактики и лечения // Акушерство и гинекология. 2016. № 7. С. 99–104.

<sup>6</sup> Резолюция совета экспертов по железодефицитной анемии у женщин // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 8. № 4. С. 28–36.

Эксперты представили алгоритм выявления ЖДА и латентного дефицита железа, призванный помочь врачу в установлении и анализе причин дефицита железа. Диагностический алгоритм состоит из нескольких этапов.

Первый этап – оценка жалоб, сбор анамнеза для выявления факторов риска дефицита железа по наличию группы риска и/или симптомов, оценка внешнего вида пациента, состояния органов и систем.

Второй этап – общий анализ крови и оценка его результатов (проводятся ежегодно). Анемия диагностируется при уровне гемоглобина менее 110 г/л у беременных, менее 120 г/л у небеременных и менее 130 г/л у мужчин, а также

в случае выявления микроцитоза и гипохромии эритроцитов (MCV (объем эритроцитов в крови) менее 80 фл, MCH (среднее содержание гемоглобина в эритроците) менее 28 пг).

Третий этап – лабораторное подтверждение дефицита железа (ферритин сыворотки). У женщин фертильного возраста при наличии факторов риска дефицита железа при концентрации гемоглобина менее 120 г/л (110 г/л у беременных), MCV менее 80 или 80–100 (микроцитарная или нормоцитарная анемия), MCH менее 28 или 28–32 (гипохромная или нормохромная анемия) и уровне ферритина сыворотки крови менее 30 мкг/л диагностируется ЖДА.

В отсутствие анемии, при наличии микроцитоза и гипохромии эритроцитов и/или уровне ферритина сыворотки менее 15 мкг/л устанавливается диагноз латентного дефицита железа.

Четвертый этап предполагает нозологическую диагностику. Выявление причины ЖДА должно быть обязательным условием установления соответствующего диагноза. Таким образом, выявление ЖДА или латентного дефицита железа требует назначения препаратов железа в зависимости от тяжести анемии и причин, вызвавших данную патологию. Необходимо проводить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение рецидива дефицита железа, а также устранение факторов риска его развития.



Профессор, д.м.н.  
И.И. Баранов

### Пути решения проблемы железодефицита в акушерско-гинекологической практике

по сравнению с той, которая скрыта под водой. Так, скрытый латентный и предлатентный дефицит железа у беременных формируется в 92% случаев и трудно поддается диагностированию<sup>7</sup>.

По данным ВОЗ, в мире выраженный дефицит железа имеет каждая третья женщина репродуктивного возраста и каждая вторая беременная<sup>8</sup>. По данным Минздрава России за 2015–2019 гг., в стране частота анемии достигла 30–35% (к числу завершивших беременность).

Анемия – социальное заболевание. Действительно, в странах с неразвитой экономикой распространенность ЖДА значительно выше, чем в развитых странах. Однако значение имеют социальные и климатические условия, пищевые традиции.

На сегодняшний день доказано всестороннее влияние железодефицита на здоровье женщины

и ребенка, течение беременности. С дефицитом железа у беременной могут быть связаны преэклампсия, плацентарная недостаточность, преждевременные роды, гипогалактия в послеродовом периоде. Отдаленные последствия железодефицита во время беременности проявляются нарушением моторики, когнитивной и психической функции, поведенческого развития у ребенка.

Среди причин дефицита витаминов и микроэлементов у беременных можно отметить наступление беременности на фоне полигиповитаминоза и микроэлементоза, увеличение потребности в большинстве нутриентов, качественно и количественно несбалансированное питание, наличие факторов риска анемии, осложнения беременности<sup>9</sup>.

По данным Института питания РАН, у беременных часто отмечается дефицит магния, железа, йода,

<sup>7</sup> Короткова Н.А., Прилепская В.Н. Анемии беременных. Принципы современной терапии // Медицинский совет. 2015. № 20. С. 58–63.

<sup>8</sup> The Global Prevalence of Anaemia in 2011. Geneva World Health Organization, 2015.

<sup>9</sup> Громова О.А. Магний и пиридоксин: основы знаний. М., 2006.

Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

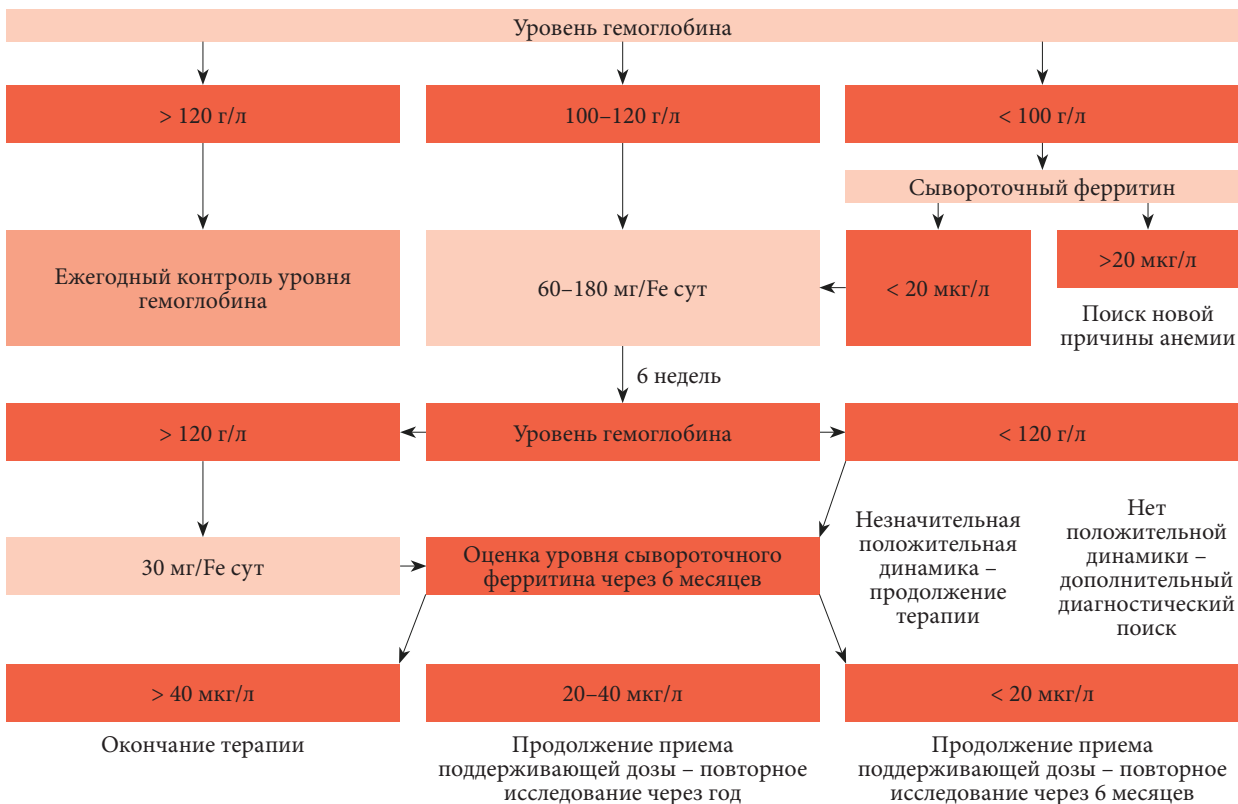
кальция, цинка и хрома. С увеличением срока гестации возрастает потребление витаминов и микроэлементов. Увеличение потребления железа в первом триместре беременности составляет 16%, во втором – 59%, в третьем – 67%. Плод получает железо от матери за счет активного транспорта через плаценту преимущественно в последние четыре недели беременности. У новорожденных, чьи матери страдали ЖДА, уровень ферритина, транспортного железа и коэффициент НТЖ значительно снижены. Корреляционная взаимосвязь между феррокинетическими параметрами у плода и концентрацией гемоглобина и сывороточного ферритина у матери указывает на то, что плод извлекает необходимое ему железо в количестве, пропорциональном его содержанию у матери. При дефиците железа у матери в неонатальном периоде у плода чаще диагностируются внутри-

утробная гипоксия и гипотрофия. Кроме того, частота асфиксии новорожденных выше, чаще выявляются признаки внутриутробного инфицирования. У младенцев, родившихся от матерей с ЖДА, в период новорожденности наблюдаются значительная потеря массы тела и более медленное ее восстановление. Имеются данные о снижении уровня психомоторного развития у детей с ЖДА первых лет жизни. При этом нормализация уровня железа у таких детей приводит к положительному эффекту. Профессор И.И. Баранов подчеркнул, что терапия ЖДА при беременности должна быть патогенетической и основываться на точном знании природы заболевания. Наряду с коррекцией дефицита железа необходимо также ликвидировать дефицит ряда микроэлементов, витаминов, белка, нормализовать гемодинамику, системные, обменные и органические нарушения, а также

провести профилактику и лечение сопутствующих осложнений гестационного процесса. Безусловно, ведение беременной с ЖДА требует междисциплинарного подхода, консультаций ряда специалистов. Основные принципы лечения ЖДА у беременных сводятся к следующему:

- ✓ невозможность купирования ЖДА диетой, состоящей из богатых железом продуктов;
- ✓ лечение препаратами железа;
- ✓ отказ от проведения гемотрансфузий в отсутствие жизненных показаний;
- ✓ преимущественное использование железа для перорального приема;
- ✓ длительное лечение, продолжение приема препаратов после нормализации содержания гемоглобина и эритроцитов.

В настоящее время разработан алгоритм скрининга, диагностики и лечения ЖДА у женщин репродуктивного возраста (рисунок).



Алгоритм скрининга, диагностики и лечения ЖДА у женщин репродуктивного возраста



Профилактический прием препаратов железа беременными позволяет снизить риск развития анемии на момент родоразрешения, а также риск послеродовых инфекций у матери и частоту рождения маловесных новорожденных, повысить уровень гемоглобина у матери в предродовой период.

Исследовательский холдинг ROMIR подготовил для компании «Эгис» исследование проблемы латентного дефицита железа в России в рамках проекта Super Iron – «Актуальные вопросы диагностики и лечения дефицита железа в клинической практике». Первая часть исследования представляла собой опрос терапевтов и акушеров-гинекологов из Москвы и Воронежа. Цель – изучить проблему установления диагноза и лечения латентного дефицита железа в России, выявить факторы, сдерживающие диагностику, и повысить важность диагностики латентного дефицита железа.

По словам большинства врачей, из-за отсутствия специфических симптомов женщины обращаются за помощью, когда ЖДА уже возникла. В рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) фактически невозможно диагностировать латентный дефицит железа, если только женщина сама не придет к специалисту с результатами анализа крови. Кроме того, врачи не владеют необходимым объемом знаний о латентном дефиците железа.

Исследователи пришли к заключению, что диагностику латентного дефицита железа осложняет отсутствие симптомов, ресурсов для диагностики в системе ОМС, достаточного знания врачей о проблеме, а также стандартов лечения.

По мнению врачей, женщины положительно относятся к платной диагностике латентного дефицита железа, но редко пользуются этой услугой, поскольку списывают имеющиеся симптомы

на усталость. При ЖДА диагностика в системе ОМС занимает около одного-двух месяцев. Чтобы ускорить процесс, женщины готовы сдавать анализы платно. Необходимо направлять пациенток в лабораторию для сдачи анализов для выявления дефицита железа.

В ходе исследования врачи предложили ряд инициатив и мероприятий для повышения знаний о диагностике латентного дефицита железа:

- пилотные проекты по обеспечению потока на платную диагностику (врачи предоставляют адрес платной лаборатории, расположенной поблизости);
- национальные проекты включения показателей ферритина и сывороточного железа в диспансеризацию женщин репродуктивного возраста;
- специальные национальные программы «Будущая мама», предусматривающие диагностику латентного дефицита железа;
- специальные материалы для врачей по повышению осведомленности женщин о проблеме латентного дефицита железа и его диагностике;
- специальные мероприятия для врачей, посвященные именно проблеме латентного дефицита железа, а не ЖДА;
- информация о латентном дефиците железа с адресами платных лабораторий в спортзалах, бизнес-центрах, столовых, магазинах;
- общественный резонанс проблемы латентного дефицита железа.

В отношении проблемы диагностики железодефицитных состояний следует отметить один важный тренд: и у терапевтов, и у гинекологов отсутствует прямое распоряжение назначать лечение женщинам с ЖДА, тем более в отсутствие симптомов. И пациенты, и врачи фактически пропускают состояние латентного дефицита железа. Женщины репродуктивного возраста

без хронических заболеваний могут быть диагностированы только гематологом. Врачи отмечают, что установление диагноза латентного дефицита железа и его причин требует времени. По мнению терапевтов, бюджетная система здравоохранения не ориентирована на своевременную диагностику и лечение железодефицитных состояний. Как считают гинекологи, сегодня в клинической практике дефицит железа рассматривается только как симптом, сопутствующий гинекологической патологии. Согласно статистическим данным, в Москве лишь 5% женщин за год сдали анализ на ферритин. В Воронеже такой анализ по страховке ОМС невозможен.

Врачи по-разному относятся к проблеме выявления и лечения латентного дефицита железа. Их условно можно разделить на три категории: заинтересованные, имеющие средний интерес к проблеме и безразличные.

Выявлены факторы, сдерживающие диагностику латентного дефицита железа. Схема диагностики и лечения при симптомах железодефицитных состояний имеет характерные черты: пока врач устанавливает причины ЖДА, женщине назначаются препараты железа. Однако диагностика занимает много времени, и в большинстве случаев пациенты, не дожидаясь результатов, начинают самолечение. Диагноза латентного дефицита железа как основного не устанавливают, а диагноз ЖДА могут зафиксировать только гематологи.

Как показали результаты исследования, терапевты и гинекологи назначают примерно одинаковый набор препаратов железа. У каждого врача есть любимые препараты с накопленным положительным опытом применения и положительными отзывами пациентов. Терапевты часто предлагают пациентам несколько препаратов на выбор, при этом

## Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

наиболее назначаемым является Сорбифер Дурулес<sup>10</sup>. Об этом свидетельствуют результаты исследования PrIndex «Мониторинг назначения врачей», проведенного Ipsos Comcon в IV квартале 2019 г. в крупнейших городах России.

Все инициативы сводятся к централизации решений проблемы диагностики латентного дефицита железа. Прежде всего врачи предлагают включить анализ на ферритин в диспансеризацию женщин репродуктивного возраста.

Во второй части исследования анализировали мнение пациентов о проблеме установления диагноза и лечения латентного дефицита железа. С пациентами в возрасте 20–40 лет с ЖДА и латентным дефицитом железа из Москвы и Воронежа проводили часовые или полуторачасовые интервью. В ходе опроса выявлены инсайты и неудовлетворенные потребности пациентов, связанные с симптомами дефицита железа и ЖДА. Проанализированы требования пациентов к информационным источникам о проблемах дефицита железа.

Анализ данных исследования с участием пациентов продемонстрировал, что большинство из них не осознают серьезность проблемы дефицита железа, не осведомлены о ней, как, например, о пользе витамина В, кальция, фолатов при планировании беременности. Женщины понимают серьезность проблемы, только когда сталкиваются с клинически выраженной анемией. Из критических симптомов, которые способны подтолкнуть женщину к сдаче анализов для диагностики скрытых железодефицитных состояний, можно назвать обильные менструации, миомы и эндометриоз. Но часто женщины идут к специалистам, которые не занимаются проблемой дефицита железа.

Терапевты обычно не занимаются лечением железодефицитных состояний и перенаправляют пациентов к гематологу. Как уже отмечалось, продолжительное время поиска причин (2–4 месяца) заставляет женщин сдавать анализы платно и заниматься самолечением. Женщины принимают препараты железа до купирования симптомов (три-четыре недели), поскольку не хотят «пичкать себя» таблетками. Из препаратов предпочитают не таблетки, а БАД, витамины. Они легче усваиваются, легче переносятся. «Все остальное – химия», – типичный ответ женщин.

Пациенты, имеющие негативный опыт взаимодействия с врачами, предпочитают пользоваться информацией из доступных источников и лечиться самостоятельно. Как только симптомы исчезают и самочувствие налаживается, многие женщины прекращают прием препаратов.

Итак, женщинам не хватает профессиональных консультаций специалистов, интернет-ресурса о женском здоровье, быстрой диагностики и общественного резонанса проблемы латентного дефицита железа. Как правило, информацию о железодефицитных состояниях пациенты получают от врачей, фармацевтов, на форумах, из статей. Необходим единый информационный ресурс с проверенной актуальной информацией и решениями по алгоритму поведения при обнаружении симптомов дефицита железа.

Вернувшись к рассмотрению резолюции экспертного совета «Актуальные вопросы диагностики и лечения дефицита железа в клинической практике», докладчик подчеркнул, что женщины репродуктивного возраста – особый контингент. Поэтому в дополнении к экспресс-диагностике дефицита железа (анализ на сывороточный ферритин) при наличии выявленных факторов риска

необходимо ввести массовый скрининг клинически бессимптомных женщин с широким охватом населения (75–80%) в рамках ежегодной профилактической программы. Необходимо внести изменения в приказ Минздрава России от 13 марта 2019 г. № 124н, дополнив перечень анализов общим анализом крови, определением уровня ферритина сыворотки крови и С-реактивного белка. И только на третьем этапе диагностических мероприятий следует проводить дообследование для выявления причины дефицита железа.

Практические рекомендации совета экспертов содержат перечень мероприятий для актуализации темы латентного дефицита железа в России. Рекомендуется в первую очередь выполнять эпидемиологические исследования по оценке распространенности латентного дефицита железа в России, создать национальную исследовательскую программу лабораторной диагностики железодефицитных состояний и федеральный регистр пациентов (терапевтических, гинекологических, кардиологических и др.). Кроме того, надо подготовить клинические рекомендации и действительные алгоритмы диагностики дефицита железа для врачей общей практики, акушеров-гинекологов, педиатров. Важно совершенствовать профессиональные навыки в рамках образовательных программ повышения квалификации врачей.

Совет экспертов счел необходимым обратиться в Минздрав России с инициативой о продолжении работы по совершенствованию нормативных документов, посвященных проблемам латентного дефицита железа и ЖДА. По мнению экспертов, следует обеспечить, исходя из назначений врачей общей практики, возможность бесплатного определения уровня ферритина

<sup>10</sup> По данным компании IQVIA MAT, август 2020 г., в категории «Железосодержащие препараты» в руб. и уп.

сыворотки для широкого круга пациентов.

Подводя итог, профессор И.И. Баранов подчеркнул, что сегодня

можно помочь будущим поколениям вырасти здоровыми. Своевременная диагностика и коррекция дефицита железа у женщин

репродуктивного возраста является неоценимым вкладом в реализацию этой долгосрочной программы.



Профессор, д.м.н.  
О.М. Драпкина

По словам директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины», главного внештатного специалиста по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, члена-корреспондента РАН, д.м.н., профессора Оксаны Михайловны ДРАПКИНОЙ, диагностика и лечение дефицита железа являются междисциплинарной проблемой. Однако пациенты с анемией сначала оказываются на приеме у терапевта, поэтому перед медицинской общественностью стоит важная задача по разработке четких рекомендаций в отношении ранней диагностики железодефицитных состояний для врачей первичного звена. При этом приходится констатировать: диагностика осложняется тем, что латентный дефицит железа часто протекает бессимптомно и проявляется слабостью, снижением работоспособности, постоянной усталостью. Нередко у пациентов симптомы не ассоциируются с недостатком железа, и они не спешат за медицинской помощью к специалисту. Как следствие – дальнейшее снижение железа в организме и развитие ЖДА. Как уже отмечалось, в этом году состоялось заседание совета экспертов по актуальным вопросам

### Проблема железодефицита в России: что нового

диагностики и лечения дефицита железа в России. Перед экспертами стояла задача разработать алгоритм выявления ЖДА и латентного дефицита железа. Участники сессии работали по специально разработанной программе, в результате чего был подготовлен итоговый документ, учитывающий мнения экспертов и предложения для применения в реальной клинической практике. Прежде всего подготовлены рекомендации по скринингу определенных групп населения с целью выявления латентного дефицита железа и профилактики развития ЖДА. Таким образом, сформулированы основные принципы диагностики и лечения железодефицитных состояний для использования в практическом здравоохранении. По словам профессора О.М. Драпкиной, появился новый инструмент для терапевта. В дальнейшем, после междисциплинарных обсуждений и дополнений, планируется распространить алгоритм по диагностике и лече-

нию латентного дефицита железа и ЖДА среди врачей первичного звена. Алгоритм должен помочь им в выявлении и анализе причин дефицита железа у пациентов.

Дефицит железа – важная социально значимая проблема. Имеются многочисленные данные о неблагоприятном влиянии дефицита железа на репродуктивное здоровье женщины и увеличение риска неблагоприятных исходов для ребенка. Поэтому необходимо продолжать поднимать вопросы и вести дискуссии о методах профилактики и лечения железодефицитных состояний на семинарах и конференциях, на междисциплинарном уровне решать проблемы здоровья женщин и будущих поколений в нашей стране.


В заключение профессор О.М. Драпкина отметила, что создание современных рекомендаций с учетом этиологии и патогенеза дефицита железа позволит значительно повысить качество и эффективность оказания медицинской помощи при дефиците железа.

### Заключение

**Ж**елезо – незаменимый компонент, необходимый для окислительно-восстановительного гомеостаза в организме человека. Препараты для лечения ЖДА должны содержать не только железо, но и аскорбиновую кислоту, увеличивающую его всасывание на 30%.

В состав препарата Сорбифер Дурулес входит 320 мг сульфата железа, соответствующего 100 мг двухвалентного железа, и 60 мг аскорбиновой кислоты. Препарат обладает пролонгированным действием, хорошо переносится

пациентами. Благодаря медленному выделению ионов железа не образуется высокая концентрация железа, что позволяет снизить вероятность поражения слизистой оболочки ЖКТ.

Сорбифер Дурулес отличается хорошим терапевтическим эффектом и широко используется для лечения железодефицитных состояний. Препарат предназначен для профилактики и лечения ЖДА, состояний, сопровождающихся дефицитом железа, профилактики дефицита железа при беременности и лактации. 



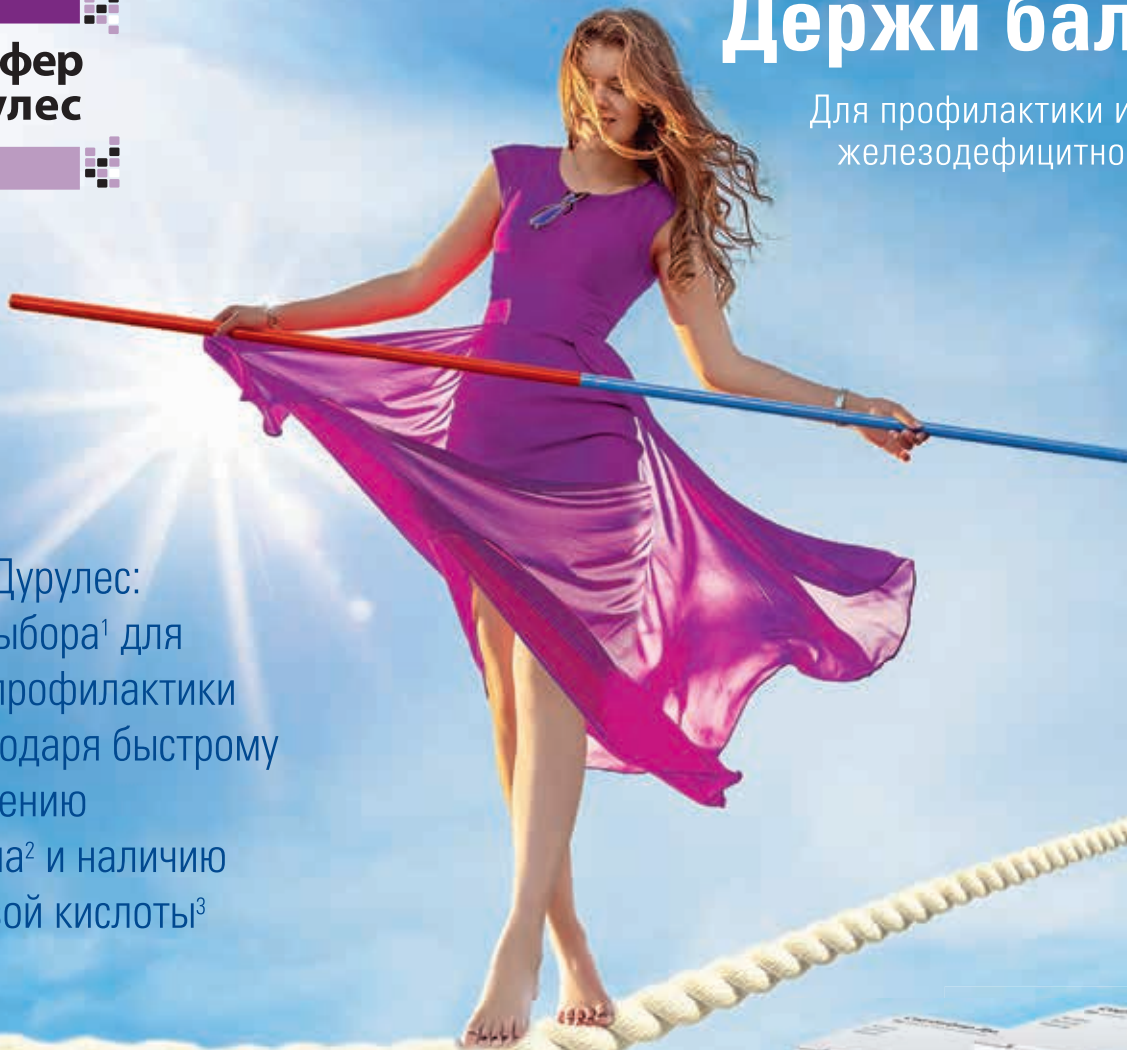


**Сорбифер  
Дурулес**

# Держи баланс

Для профилактики и лечения  
железодефицитной анемии

Сорбифер Дурулес:  
препарат выбора<sup>1</sup> для  
лечения и профилактики  
ЖДА\* благодаря быстрому  
восстановлению  
гемоглобина<sup>2</sup> и наличию  
аскорбиновой кислоты<sup>3</sup>



#### ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА Сорбифер Дурулес

**ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ:** Сорбифер Дурулес. РЕГ. УД. П. N011414/01. **ГРУППИРОВОЧНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ:** Железа сульфат + [Аскорбиновая кислота].  
**Фармакотерапевтическая группа:** железа препарат + витамин. **КОД АТХ:** B03AA07. **ПОКАЗАНИЯ.** Железодефицитная анемия, профилактика и лечение. Состояния, сопровождающиеся дефицитом железа. Профилактика дефицита железа при беременности, лактации и у доноров крови. **ПРОТИВПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к активному веществу или любому из вспомогательных веществ. Патологические процессы, сопровождающиеся повышенным отложением железа (например, гемохроматоз, hemosiderоз). Регулярно проводимые переливания крови. Другие виды анемии, не связанные с дефицитом железа (апластическая, гемолитическая анемия, талассемия, мегалобластная анемия) или обусловленные нарушением утилизации железа (сидерохрестическая анемия, анемия, вызванная отравлением свинцом). Стеноз пищевода, кишечная непроходимость и/или обструктивные изменения ЖКТ, острые кровотечения из ЖКТ. Совместное применение с парентеральными препаратами железа. **Состояния, связанные с аскорбиновой кислотой:** гипероксалурия, оксалатные камни в почках. Тромбофлебит, склонность к тромбозам. Детский возраст до 12 лет (из-за отсутствия клинических данных). **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ.** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, воспалительные заболевания кишечника (энтерит, дивертикулит, язвенный колит, болезнь Крона). Пожилой возраст пациента (в связи с отсутствием адекватных клинических данных). Заболевания печени, почек (в связи с отсутствием адекватных клинических данных), острые инфекционно-воспалительные процессы (см. раздел «Особые указания»). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:** Таблетки для приема внутрь. Таблетку нельзя делить, разжевывать, держать во рту или рассасывать. Таблетку следует проглотить целиком и запить водой. Таблетки можно принимать до еды или во время еды, в зависимости от индивидуальной переносимости ЖКТ. Нельзя принимать таблетки в положении лежа. **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ.** **Нарушения со стороны крови и лимфатической системы:** пароксизмальная ночная гемоглобинурия, эритропролитическая порфирия или поздняя кожная порфирия. **Нарушения со стороны иммунной системы:** гиперчувствительность, крапивница, анафилаксия. **Нарушения со стороны нервной системы:** головная боль, головокружение, слабость, раздражительность. **Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения:** отек гортани, боль в горле. **Нарушения со стороны ЖКТ:** тошнота, боль в животе, понос, диарея, изменение стула, диспепсия, рвота, гастрит, язвенное поражение пищевода, стеноз пищевода, метеоризм, окрашивание зубов (при неправильном использовании таблеток), язва в полости рта. **Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей:** кожная сыпь, зуд. **Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей:** при применении в высоких дозах – гипероксалурия и формирование оксалатных почечных камней. **Общие расстройства и нарушения в месте введения:** ощущение жара.



Реклама

\* ЖДА – железодефицитная анемия.  
1. По результатам исследования RIFindex «Мониторинг назначений врачей», проведенного ООО «Илсос Комкон» в 4 квартале 2019 года в крупнейших городах России.  
2. Дворецкий Л.И. Сравнительная Эффективность Железосодержащих Препаратов у больных Железодефицитной анемией. Клиницист № 1'2007.  
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Сорбифер Дурулес: World Health Organization. Iron deficiency anemia assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva. WHO (2001). [http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida\\_assessment\\_prevention\\_control.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf), last accessed Sept 9, 2015

SRL\_ADV\_06/2020 РЕКЛАМА

Организация, принимающая претензии потребителей: ООО «ЭГИС-РУС»  
121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, д. 8. Тел: (495) 363-39-66, факс: (495) 789-66-31. E-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ