Лікування анемії за допомогою парентеральних препаратів заліза

Брейман К.

Перинатально-гінекологічний центр Зеєфельд, м. Цюрих, Швейцарія

Обґрунтування. Анемія відзначається в 30 % жінок фертильного віку в усьому світі. Основними причинами залізодефіциту та залізодефіцитної анемії (ЗДА) є зменшення надходження заліза з їжею (вегетаріанська дієта, незбалансоване харчування, анорексія, розлади харчової поведінки), погіршене всмоктування заліза (целіакія, мальабсорбція, супутні хвороби травної системи, одночасне вживання ліків), крововтрата (значні менструальні кровотечі, пологи, хірургічні втручання, шлунково-кишкові кровотечі, донорство крові), підвищена потреба в залізі (дитячий і підлітковий періоди, вагітність і лактація, спортивні навантаження). У III триместрі вагітності потреба в залізі майже в 10 разів перевищує аналогічний показник для I триместру (7,5 проти 0,8 мг на добу).

Мета. Охарактеризувати лікування анемії за допомогою парентеральних препаратів заліза.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел на цю тему.

Результати та їх обговорення. Вміст гемоглобіну <90 г/л підвищує ризик спонтанних абортів, низької маси тіла відповідно до гестаційного віку та при народженні, передчасних пологів, прееклампсії та еклампсії. Низький гематокрит (<29 %) супроводжується зростанням імовірності затримки росту та смерті плода. З боку вагітної погіршується толерантність до фізичних навантажень, збільшується ймовірність серцевої недостатності (за тяжкої анемії), погіршуються стан щитоподібної залози та загоєння ран. Серед дітей, народжених від матерів із ЗДА, ймовірність ЗДА є вищою, ніж серед дітей, народжених від матерів із нормальним рівнем гемоглобіну (47,2 % проти 6,5 %; Colomer I. et al., 1990). Пологи поглиблюють ЗДА за рахунок крововтрати. Наприклад, у разі вагінальних пологів або кесаревого розтину втрачається 300-500 мл крові, при посиленій кровотечі – 500-1000 мл, у разі сильної кровотечі, атонії матки, дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові – 2-3 л або навіть

більше. Для лікування ЗДА призначаються препарати заліза, що за шляхом введення поділяються на пероральні (солі заліза, комплекси заліза, елементарне залізо) та парентеральні. Вагітним рекомендовано приймати 60 мг заліза на добу з початку гестації (якомога раніше) до завершення вагітності, а також упродовж перших 3 місяців лактації. Пероральним препаратам заліза властива низка побічних ефектів: закрепи, проноси, печія, нудота, епігастральний біль. Це стає причиною незадовольної прихильності: кожна п'ята жінка самовільно припиняє прийом препаратів заліза. Полімальтозний комплекс заліза переноситься дещо краще, ніж заліза сульфат. За непереносимості пероральних препаратів може призначатися внутрішньовенне введення препаратів заліза. Його перевагами є висока швидкість дії та хороша ефективність. Препарати для внутрішньовенного введення поділяються на препарати заліза та комплекси заліза з вуглеводами (карбоксимальтоза, сахароза, декстран). Сахарозний комплекс заліза дає змогу достовірно швидше досягти максимального рівня гемоглобіну, ніж заліза сульфат (6,6 проти 9,4 тижня). Відповідно до німецьких і французьких рекомендацій із лікування анемії у вагітних, за умови зниження гемоглобіну <90 г/л слід лікувати ЗДА за допомогою внутрішньовенного заліза. Для рекомендацій Азіатсько-Тихоокеанського регіону порогове значення становить 100 г/л.

Висновки. 1. Недостатній рівень заліза до вагітності та підвищена потреба в залізі під час вагітності обґрунтовують доцільність проактивної оцінки та корекції ЗДА у вагітних. 2. У разі помірної анемії та на ранніх стадіях вагітності можна до пологів відновити нормальний вміст заліза за допомогою пероральних препаратів. 3. Внутрішньовенні препарати заліза швидше нормалізують рівень заліза, ніж пероральні.

Ключові слова: залізодефіцитна анемія, вагітні, внутрішньовенні препарати заліза.

Treatment of anemia using parenteral iron supplements

Breymann C.

Perinatal and Gynecology Center Seefeld, Zurich, Switzerland

Background. Anemia occurs in 30 % of women of childbearing age worldwide. The main causes of iron deficiency and iron deficiency anemia (IDA) are the decrease in iron intake from food (vegetarian diet, unbalanced diet, anorexia, eating disorders), impaired iron absorption (celiac disease, malabsorption, concomitant digestive diseases, drug use), blood losses (menstrual bleeding, childbirth, surgery, gastrointestinal bleeding, blood donation), and the increased need for iron (children and adolescents, pregnancy and lactation, endurance exercise). In the 3rd trimester of

pregnancy, the need for iron is almost 10 times higher than in the 1st trimester (7.5 vs. 0.8 mg per day).

Objective. To describe the treatment of anemia with parenteral iron supplements.

Materials and methods. Analysis of literature sources on this topic.

Results and discussion. Hemoglobin content <90 g/l increases the risk of miscarriage, low birth weight and gestational age, premature birth, preeclampsia and eclampsia. Low hematocrit (<29 %) is accompanied by an

increase in the probability of growth retardation and fetal death. On the part of the pregnant woman, tolerance to physical activity worsens, the probability of heart failure increases (in severe anemia), the condition of the thyroid gland and wound healing deteriorates. Among children born to mothers with IDA, the probability of IDA is higher than among children born to mothers with normal hemoglobin levels (47.2 % vs. 6.5 %; Colomer I. et al., 1990). Childbirth deepens IDA due to blood loss. During vaginal childbirth or cesarean section 300-500 ml of blood is lost, in case of profuse bleeding – 500-1000 ml, and in case of profuse bleeding, uterus atony, and in case of the disseminated intravascular coagulation – 2-3 L or even more. Iron supplements are prescribed for the treatment of IDA. They can be divided into oral (iron salts, iron complexes, elemental iron) and parenteral. Pregnant women are recommended to take 60 mg of iron per day from the beginning of gestation (as early as possible) until the end of pregnancy, as well as during the first 3 months of lactation. Oral iron preparations have a number of side effects: constipation, diarrhea, heartburn, nausea, and epigastric pain. This causes unsatisfactory adherence: one in five women stops taking

iron supplements. Polymaltose iron complex is tolerated slightly better than iron sulfate. In case of intolerance to oral drugs, intravenous iron may be prescribed. Its advantages include fast action and good efficiency. Drugs for intravenous administration are divided into iron preparations and iron complexes with carbohydrates (carboxymaltose, sucrose, dextran). The sucrose complex of iron allows to reach the maximum level of hemoglobin much faster than iron sulfate (6.6 against 9.4 weeks). According to German and French guidelines for the treatment of anemia in pregnant women, if the hemoglobin is reduced to <90 g/L, IDA should be treated with intravenous iron. In the recommendations of the Asia-Pacific region, the threshold value is 100 g/L.

Conclusions. 1. Insufficient iron levels before pregnancy and the increased need in iron during pregnancy justify the proactive assessment and correction of IDA in pregnant women. 2. In case of moderate anemia and early stages of pregnancy, normal iron levels can be restored before delivery with the help of oral medications. 3. Intravenous iron supplements normalize iron levels faster than oral ones.

Key words: iron deficiency anemia, pregnant women, intravenous iron supplements.

Лечение анемии с помощью парентеральных препаратов железа

Брейман К.

Перинатально-гинекологический центр Зеефельд, г. Цюрих, Швейцария

Обоснование. Анемия присутствует у 30 % женщин фертильного возраста во всем мире. Основными причинами дефицита железа и железодефицитной анемии (ЖДА) являются уменьшение поступления железа с пищей (вегетарианская диета, несбалансированное питание, анорексия, расстройства пищевого поведения), ухудшенное всасывание железа (целиакия, мальабсорбция, сопутствующие болезни пищеварительной системы, одновременное употребление лекарств), кровопотеря (значительные менструальные кровотечения, роды, хирургические вмешательства, желудочно-кишечные кровотечения, донорство крови), повышенная потребность в железе (детский и подростковый периоды, беременность и лактация, спортивные нагрузки). В III триместре беременности потребность в железе почти в 10 раз превышает аналогичный показатель для I триместра (7,5 против 0,8 мг в сутки).

Цель. Охарактеризовать лечение анемии с помощью парентеральных препаратов железа.

Материалы и методы. Анализ литературных источников на эту тему.

Результаты и их обсуждение. Содержание гемоглобина <90 г/л повышает риск спонтанных аборт, низкой массы тела соответственно гестационному возрасту и при рождении, преждевременных родов, преэклампсии и эклампсии. Низкий гематокрит (<29 %) сопровождается ростом вероятности задержки роста и смерти плода. Со стороны беременной ухудшается толерантность к физическим нагрузкам, увеличивается вероятность сердечной недостаточности (при тяжелой анемии), ухудшаются состояние щитовидной железы и заживление ран. Среди детей, рожденных от матерей с ЖДА, вероятность ЖДА

выше, чем среди детей, рожденных от матерей с нормальным уровнем гемоглобина (47,2 % против 6,5 %; Colomer I. et al., 1990). Роды углубляют ЖДА за счет кровопотери. Так, при вагинальных родах или кесаревом сечении теряется 300-500 мл крови, при усиленном кровотечении – 500-1000 мл, в случае сильного кровотечения, атонии матки, диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови – 2-3 л и даже больше. Для лечения ЖДА назначаются препараты железа, которые соответственно пути введения делятся на пероральные (соли железа, комплексы железа, элементарное железо) и парентеральные. Беременным женщинам рекомендуется принимать 60 мг железа в сутки с начала гестации (как можно раньше) до завершения беременности, а также в течение первых 3 месяцев лактации. Пероральным препаратам железа свойственен ряд побочных эффектов: запоры, поносы, изжога, тошнота, боль в области эпигастрия. Это становится причиной неудовлетворительной приверженности: каждая пятая женщина самостоятельно прекращает прием препаратов железа. Полимальтозный комплекс железа переносится несколько лучше, чем железа сульфат. При непереносимости пероральных препаратов может назначаться внутривенное введение препаратов железа. Его преимуществами являются высокая скорость действия и хорошая эффективность. Препараты для внутривенного введения делятся на собственно препараты железа и комплексы железа с углеводами (карбоксимальтоза, сахароза, декстран). Сахарозный комплекс железа позволяет достоверно быстрее достичь максимального уровня гемоглобина, чем железа сульфат (6,6 против 9,4 недели). Согласно немецким и французским рекомендациям по лечению анемии у беременных, в условиях снижения

гемоглобина <90 г/л следует лечить ЖДА с помощью внутривенного железа. Для рекомендаций Азиатско-Тихоокеанского региона пороговое значение составляет 100 г/л.

Выводы. 1. Недостаточный уровень железа до беременности и повышенная потребность в железе во время беременности обосновывают целесообразность проактивной оценки и коррекции ЖДА у беременных. 2. При

умеренной анемии и на ранних стадиях беременности можно до родов восстановить нормальное содержание железа с помощью пероральных препаратов. 3. Внутривенные препараты железа быстрее нормализуют уровень железа, чем пероральные.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, беременные, внутривенные препараты железа.