



ФАРМАКОТЕРАПИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА В ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ.

Хаятова Шоира Тельмановна

Самаркандский государственный медицинский университет

Кафедра организации фармацевтического дела

Ассистент

Абдукадирова Наргиза Батырбековна

Самаркандский государственный университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Ассистент

Абдураззакова Хилола Гайратовна

Самаркандский государственный университет

Кафедра организации фармацевтического дела

Студентка 513 группы

Аннотация

Хроническая ЖДА – следствие длительного отрицательного баланса железа в организме. Причинами ее развития могут быть хроническая потеря крови вследствие желудочно-кишечного кровотечения (эрозивный гастрит, язвенная болезнь, геморрой, прием ацетилсалициловой кислоты, инддометацина), маточного кровотечения при обильных менструациях, а также опухоли (рак прямой и толстой кишки, рак мочевого пузыря), донорство, повышенная потребность в железе при беременности и лактации, в подростковом возрасте (ювенильный хлороз), при паразитарных болезнях (дифиллоботриоз), недостаточное поступление железа Гастродуоденит, колит, гастрэктомия), алиментарная недостаточность железа у вегетарианцев).

Ключевые слова: хроническая анемия, повышенная потребность в железе, алиментарная недостаточность железа, хроническая потеря крови.

Основным источником железа для человека являются пищевые продукты животного происхождения, которые содержат железо в наиболее усвояемой форме. Усвоение железа из продуктов снижается после их тепловой обработки, при замораживании, длительном хранении.

Железо, попадая в организм с пищей, всасывается в кишечнике – наиболее интенсивно в 12-перстной кишке и начальном отделе толстой кишки.



Всасывание железа зависит от характера пищи, калорийности рациона и всасывающей способности тонкой кишки. Железо в составе гема всасывается намного лучше. Люди, употребляющие в пищу мясо, получают больше железа гема – в составе миоглобина, чем вегетарианцы. Фруктоза, соляная кислота, аскорбиновая кислота, янтарная, пировиноградные кислоты, цистеин, сорбит и алкоголь усиливают резорбцию железа.

Из желудочно-кишечного тракта железо адсорбируется только в двухвалентном состоянии, перевод в которое обеспечивается только органическими кислотами, в частности аскорбиновой кислотой. В тканях железо депонируется в форме ферритина и гемосидерина, с преимущественным отложением в печени, селезенки и мышцах. Дефицит железа в организме возникает, когда потери его превышают 2 мг/сутки.

Однако не всякий дефицит железа сопровождается анемией – выделяют также прелатентный и латентный дефицит железа. Перелатентный дефицит железа развивается, когда поступление железа с пищей не соответствует физиологическим потребностям – при росте организма, менструации, беременности, но недостаточное поступление железа покрывается за счет его запасов. При этом запасы железа истощаются. Латентный дефицит – это следующая стадия, на которой снижается поступление железа к клеткам эритроидного ростка и ограничивается продукция эритроцитов. ЖДА с гипохромией и микроцитозом развивается в исходе длительного отрицательного баланса железа, когда снижается синтез гемоглобина. Клиническая картина при ЖДА зависит от стадии дефицита железа.

Стадии железо дефицита(ЖД):

- пред латентный ЖД – характеризуется снижением запасов железа, но без уменьшения его количества, расходуемого на эритропоэз (дефицит резервного железа).
- латентный ЖД – характеризуется полным истощением запасов железа в депо, снижением уровня ферритина в сыворотке крови, повышением общей железосвязывающей способности сыворотки железа (ОЖСС) и уровня трансферрина еще без признаков развития анемии (дефицит транспортного железа).
- ЖДА – это уже заключительный этап ЖД, который возникает при снижении гемоглобинового фона железа и проявляется симптомами анемии и гипосидероза (явный дефицит железа).

Лечение. В соответствии с этиологическими и патогенетическими факторами ЖДА лечение должно быть комплексным, направленным на



устранение причины, вызвавший заболевание, и включать адекватное поступление в организм микроэлементов, витаминов, белков и коррекцию дефицита железа.

Наиболее эффективно железо усваивается из продуктов, в которых оно содержится в виде гемо, когда оно активно захватывается и всасывается клетками слизистой оболочки кишечника в неизменном виде (язык говяжий, мясо кролика, курицы, индейки, говядина). Процессы абсорбции гемо в кишечнике не зависят от кислотности среды и ингибирующих пищевых веществ. Как уже упоминалось в злаках, фруктах и овощах железо находится в не гемовой форме, и всасывание из них происходит значительно хуже. Снижению всасывания также способствует присутствие в них оксалатов, фосфатов, танина и других ингибиторов ферроабсорбции. Следует учитывать что полноценная и сбалансированная по основным ингредиентам диета позволяет лишь покрыть физиологическую потребность организма в железе, но не устранить его дефицит, и должна рассматриваться как один из компонентов терапии.

В настоящее время сужены показания для парентерального использования препаратов железа: они используются при наличии патологии кишечника с нарушением всасывания (различные энтериты, синдром недостаточности всасывания, резекция тонкой кишки, резекция желудка по Бильрот 2 с формированием „слепой петли,“). Препараты железа для парентерального введения могут быть средством выбора при плохой переносимости пероральных препаратов железа. В настоящее время в терапии ЖДА перспективными представляется пероральное применение комбинированных препаратов (содержащих как соли железа, так и другие компоненты), ведущим из которых является Ферро-Фольгамульти факторный гемо поэтик, включающий все необходимые компоненты (1 капсула содержит 112,6 мг железа сульфата эквивалентного 37 мг иона железа, 5 мг фолиевой кислоты, 0,01 мг циан кобаламина), обеспечивающие стимуляцию а и ряда ферментов красным ростком костного мозга. Также в состав препарата входит аскорбиновая кислота. Сульфат железа восполняет дефицит железа в организме. Железо входит в состав гемоглобина, миоглобина и ряда ферментов. Являясь структурным компонентом гема, принимает участие в эритропоэзе. Аскорбиновая кислота способствует улучшению адсорбции железа в кишечнике. Циан кобаламин (витамин В₁₂) и фолиевая кислота участвуют в образовании и созревании эритроцитов. Активные



компоненты препарата Ферро-Фольгами находятся в специальной нейтральной оболочке, которая обеспечивает их всасывание, главным образом из верхнего отдела тонкой кишки. Отсутствие местного раздражающего действия на слизистую оболочку желудка способствует хорошей переносимости препарата со стороны ЖКТ.

Хороший клинический эффект препарата подтвержден данными многочисленных клинических исследований. Под наблюдением авторов находилось 83 человека (22 мужчины и 61 женщина) в возрасте от 17 до 92 лет. В группе в среднем уровень гемоглобина был снижен до 87,8, средняя длительность анемии составила 1,5 года. Причинами анемии послужили следующее острая или хроническая кровопотеря (в 54,3 % случаев), нарушение всасывания (в 28,3 % случаев), другие или комбинированные причины (в 17,3 % случаев). При применении препарата Ферро-Фольгами в коррекции ЖДА наблюдалась более выраженная положительная динамика как клинических, так и лабораторных показателей по сравнению с другими ферро содержащими препаратами. Также доказана высокая эффективность использования препарата при хронической сердечной недостаточности.

Также доказана высокая эффективность применения ферро-фольгами в терапии анемии беременных. Так были проведены ряд исследований на базе 7 семейной поликлиники по проблеме железодефицитных состояний у беременных, родильниц и гинекологических больных. Наиболее полно была изучена клиническая эффективность препарата ферро-фольгами, который с успехом использовался для лечения латентного дефицита железа (ЛДЖ) и манифестного дефицита железа (МДЖ) у пациенток акушерского и гинекологического профиля, как самостоятельно, так и в сочетании с препаратами рекомбинантного эритропоэтина. Полученные результаты показали, что уникальное соотношение между оптимальным содержанием двухвалентного железа, фолиевой кислоты и циан кобаламина в одной капсуле Ферро-Фольгам позволяет добиться хороших результатов в лечении беременных, родильниц и гинекологических больных с МДЖ не только легкой и средней и тяжелой степени тяжести. Наличие в препарате фолиевой кислоты и циан кобаламина является его дополнительным преимуществом, так как при МДЖ у женщин вне и при беременности, а также после родов в настоящее время является Ферро-Фольгами.

**Использованная литература:**

1. Захарова Н.О., Никитин О.Л. Железодефицитные анемии у пациентов пожилого и старческого возраста; научно-практическое пособие для врачей. Самара, 2008. 60 с.
2. Бабанов С.А., Агаркова И.А. Клиническая фармакология современных препаратов железа и их место в терапии железодефицитных анемий. РМЖ.2012.20.990.
3. Telmanovna X. S., Batirbekovich X. R. Psychopharmacotherapy of Depressive Disorders in Alcoholism //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 16. – С. 179-182.
4. Abdukadirova N. B., Telmanovna X. S. Assessment of the Level of Immunoglobulins in the Blood Serum in Young Children Depending on the Type of Feeding //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – С. 164-166.
5. Abdukadirova N. B., Telmanovna X. S. Options clinical manifestations of giardiasis in children //Eurasian Research Bulletin. – 2023. – Т. 17. – С. 167-170.
6. Nargiza Batirbekovna Abdukadirova, Shoira Telmanovna Khayatova, Khalima Nuriddinovna Shadieva Clinical and laboratory features of the course of serous meningitis of enterovirus etiology in children The Peerian Journal – 2023 №16 P.19-24
7. Шоира Тельмановна Хаятова, Наргиза Батырбековна Абдукадилова Новости образования: Исследования в XXI веке - 2023 №13 (100) Стр.272-275
8. Абдукадилова Н. Б., Раббимова Д. Т., Хаятова З. Б. роль дисплазий соединительной ткани в развитии патологии различных систем организма //Journal of Siberian Medical Sciences. – 2020. – №. 3. – С. 126-135.
9. Islom Yakubovich Shamatov, Zarina Abdumuminovna Shopulotova, Nargiza Batirbekovna Abdukadirova Analysis of the effectiveness and errors of medical care// Eurasian journal of research, development and innovation – 2023 №20 (20) P.1-4
10. Абдукадилова Н. Б., Раббимова Д. Т., Хаятова З. Б. The role of connective tissue dysplasias in pathology of various body systems //Journal of Siberian Medical Sciences. – 2020. – №. 3. – С. 126-135.
11. Abdukadirova N. B., Telmanovna X. S., Yusupov M.M. Tibbiyot talabalarida somatik salomatlik darajalari va adaptatsiya zaxiralarning buzilishlarining kompleksiv baholanishi //Educational Research in Universal Sciences. – 2023 №14 B. 309-314



12. Islamov N.H., Abdukadirova N. B., Telmanovna X. S. Course of acute obstructive bronchitis in young children //Modern Scientific Journal. – 2023 №7 P.152-158
13. Shamatov I.Y., Shopulotova Z.A., Abdukadirova N.B., Khaetova.Sh.T. Comprehensive audiological studies sensory neural hearing loss of noise genesis //American Journal of Social Sciences and Humanity Research – 2023 №10 P.128-132
14. Ибатова Ш. М., Абдукадилова Н. Б., Ачилова Ф. А. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ //Международный журнал научной педиатрии. – 2022. – №. 5. – С. 16-20.
15. Ачилова Ф. А., Ибатова Ш. М., Абдукадилова Н. Б. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ //Международный журнал научной педиатрии. – 2022. – №. 5. – С. 11-15.
16. Ачилова Ф., Ибатова Ш., Абдукадилова Н. EХOKARDIYOGRAFIYA BO'YICHA BOLALARDA KICHIK YURAK ANOMALIYALARINING TARQALISHI //Международный журнал научной педиатрии. – 2022. – №. 5. – С. 11-15.
17. Хаятова З. Б. и др. Особенности ферротерапии у женщин с железодефицитной анемией и воспалительными заболеваниями органов малого таза //РМЖ. Мать и дитя. – 2019. – Т. 2. – №. 2. – С. 108-112.
18. Telmanovna X. S., Dilshodjonovna X.S. Aloening biz bilgan va bilmagan xususiyatlari //Journal of Innovations in Scientific and Educational Research – 2023 №6 B. 228-230
19. Xayatov R.B., Velilyaeva A.S., Xayatova Sh.T. Clinical and psychological features of the course of alcoholism in patients with comorbid vental disorders //Doktor Axborotnomasi – 2023 №1 B. 91-95