

Femibion Železo Ferrochel

Ferrum (bisglycinát železnatý)

Složení

Každá 1 tobolka přípravku obsahuje 14 mg železa, což představuje 100 % z doporučeného denního množství.

Charakteristika

Nejvydatnějším zdrojem železa v potravě jsou játra, maso a luštěniny, přičemž průměrný denní příjem ve vyváženém jídelníčku se pohybuje okolo 20 mg. Zatímco u novorozenců je příjem železa nepotřebný (pozn.: v mléce téměř chybí), tak např. u těhotných žen a starších lidí s nesprávnou výživou se může objevit jeho deficit. Při vysokých ztrátách jsme svědky vyšší absorpce, jejímž předpokladem je redukce prostřednictvím vitamínu C z trojmocného na dvojmocné železo, které se absorbuje daleko rychleji než jeho oxidovaná podoba. Železo je nutné pro tvorbu hemoglobinu, myoglobinu a řady metaloenzymů, včetně enzymů zapojených do procesu buněčného dýchání.

Deplece železa se svojí prevalencí řadí k nejčastěji pozorovaným u těhotných žen (anémie během gravidity celosvětově postihuje cca 41,8 % budoucích rodiček, přičemž u poloviny z nich je prokazován nedostatek železa).¹ Retrospektivní a observační studie poukázaly na vyšší riziko mateřské mortality u žen s anémií, a to z důvodu krvácení a vyššího sklonu k infekcím. Nedostatek železa se dle některých prací promítá i na vyvíjející se plod, který trpí dlouhodobou asfyxií; zaznamenán je vztah k nižší porodní hmotnosti, předčasnému porodu a nižší hodnotě Apgar skóre.²⁻⁵

Klinické zkušenosti

O významu suplementace železa během těhotenství pojednává řada dílčích klinických studií i metaanalýz. V nich se ukázalo, že perorální suplementace železa signifikantně snižuje dle očekávání přítomnost anémie u těhotných žen - RR: 0,38 (95% CI: 0,26-0,55; n = 125) a současně je provázána obecně zlepšením hematologických ukazatelů ve srovnání s placebem.⁶

Dosud nejucelenější metaanalýza týkající se významu suplementace železa během gravidity pochází z Cochranovy databáze zahrnující 21 studií z celkem 13 zemí (n = 4 072), přičemž železo bylo těhotným podáváno samostatně, v kombinaci s kyselinou listovou

nebo ve formě multivitaminových přípravků s minerály. U žen užívajících suplementaci intermitentně bylo zaznamenáno méně nežádoucích účinků ve srovnání s každodenním podáváním. Zásadní však je konstatování, že různé typy suplementace byly provázeny srovnatelným vlivem na zdraví plodu, porodní hmotnost či výskyt předčasného narození, což je v souladu s předchozími tezemi o významu železa během gravidity.⁷

Oblast použití

Přípravek je určen ženám plánujícím těhotenství, těhotným a kojícím, ženám s poruchami menstruace či se zavedeným nitroděložním tělískem. Dále je vhodný pro osoby se zvýšenou fyzickou aktivitou nebo vegetariány a vegany.

Nežádoucí účinky, kontraindikace

Přípravek nesmí být podán v případě známé přecitlivělosti na kteroukoliv z obsažených látek. Obdobně jako u jakýchkoliv jiných přípravků s obsahem železa nesmí být podáván u hemochromatózy, hemosiderózy či u vrozených a získaných hemolytických anémií. Železo se nesmí podávat u talasémie, aplastické anémie, u myelodysplastického syndromu a u anémie z otravy olovem. Při respektování doporučeného užívání jsou případné nežádoucí účinky obvykle nezávažného charakteru (zejm. mírný zažívací diskomfort).

Dávkování a způsob podání

Přípravek mohou užívat osoby starší 12 let, přičemž se užívá 1 tobolka per os pravidel-

ně kdykoliv během dne; v případě horší tolerance je možné jej užívat společně se stravou.

Balení

K dostání jsou balení s obsahem 30 tobolek.

Výrobce

Merck KGaA, Darmstadt, Německo.

Literatura

1. de Benoist B et al, editor. Geneva World Health Organization. 2008. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO Global Database on Anaemia. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf).
2. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr.* 2000; 71(5 Suppl): 1280S-1284S.
3. Rusia U, Madan N, Agarwal N, Sikka M, Sood SK. Effect of maternal iron deficiency anaemia on foetal outcome. *Indian J Pathol Microbiol.* 1995; 38(3): 273-279.
4. Stoltzfus RJ, Mullany L, Black RE. In: Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CLJ, editor. Geneva: World Health Organization; 2004. Iron deficiency anaemia; pp. 163-209.
5. Haider BA, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of multiple micronutrient supplementation during pregnancy on maternal and birth outcomes. *BMC Public Health.* 2011; 11 Suppl 3: S19.
6. Reveiz L, Gyte GM, Cuervo LG, Casasbuenas A. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 10: CD003094.
7. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 7: CD009997.

Poznámka: Statut přípravku: doplněk stravy. Úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění: není hrazen. Profil přípravku zpracován kolektivem autorů vedeným MUDr. Jiřím Slívou, Ph.D. s využitím odborné literatury.

