

Коррекция железодефицитной анемии у пациенток с акушерско-гинекологической патологией (фармакоэкономический сравнительный анализ)

Профессор Ю. Э. Доброхотова, к. м. н. Э. А. Маркова

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Авторами проведен систематический сравнительный анализ данных по клинической и затратной эффективности препарата двухвалентного железа (Тардиферон®, «Пьер Фабр Медикамент Продакшн», Франция), его аналогов и препаратов трехвалентного железа при лечении железодефицитной анемии (ЖДА) у пациенток в акушерско-гинекологической практике. Сделан обзор статей зарубежных и отечественных авторов, посвященных данному вопросу, опубликованных в Pubmed за последние 15 лет. Представлены современные данные по сравнительной эффективности препаратов железа для коррекции ЖДА с их клинической и фармакоэкономической оценкой.

Препарат двухвалентного железа (сульфат железа) с пролонгированным высвобождением (Тардиферон®) оказывает более выраженное влияние на динамику гематологических показателей по сравнению с аналогичными препаратами и препаратами трехвалентного железа. Фармакоэкономический анализ показал целесообразность применения препарата двухвалентного железа с пролонгированным высвобождением для коррекции ЖДА у пациенток с акушерско-гинекологической патологией. Оптимальное соотношение эффективности и цены, доступность, удобная схема приема препарата обеспечивают высокую приверженность пациенток лечению, что позволяет добиться высоких клинических результатов в лечении ЖДА.

Ключевые слова: фармакоэкономический анализ, железодефицитная анемия, препараты железа, беременность, дефицит железа, Тардиферон.

Для цитирования: Доброхотова Ю. Э., Маркова Э. А. Коррекция железодефицитной анемии у пациенток с акушерско-гинекологической патологией (фармакоэкономический сравнительный анализ) // РМЖ. 2018. № 2(1). С. 29–33.

ABSTRACT

Correction of iron deficiency anemia in patients with obstetric and gynecological pathology (pharmacoeconomic comparative analysis)

Dobrohotova Yu. E., Markova E. A.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The authors provide a systematic comparative analysis of data on the clinical and cost effectiveness of ferrous iron preparation (Tardyferon®, Pierre Fabre Medicament Production, France) and its analogues and preparations of ferric iron in the treatment of iron deficiency anemia (IDA) in patients in obstetric and gynecological practice. The review of foreign and Russian articles, published in Pubmed over the past 15 years, is given. Modern data on the comparative effectiveness of iron preparations for the correction of IDA with their clinical and pharmacoeconomic evaluation are presented.

Ferrous iron (ferrous sulfate) with retarded release (Tardyferon®, Pierre Fabre Medication Production, France) has a more pronounced effect on the dynamics of hematological parameters in comparison with its analogues and ferric iron preparations. Pharmacoeconomic analysis showed the advisability of using ferrous iron with retarded release for the correction of IDA in patients with obstetric and gynecological pathology. The optimal ratio of efficiency, price, availability, convenience of the drug regimen ensures a high compliance of patients to the treatment, which allows achieving high clinical results in the treatment of IDA.

Key words: pharmacoeconomic analysis, iron deficiency anemia, iron preparations, pregnancy, iron deficiency, Tardyferon.

For citation: Dobrohotova Yu. E., Markova E. A. Correction of iron deficiency anemia in patients with obstetric and gynecological pathology (pharmacoeconomic comparative analysis) // RMJ. 2018. № 2(1). P. 29–33.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема медикаментозной коррекции железодефицитной анемии (ЖДА) у пациенток с акушерско-гинекологической патологией не теряет своей актуальности, учитывая рост заболеваемости ЖДА не только в России, но и во всем мире [1–3]. Прогресс фармакологии в последние десятилетия привел к созданию большого количества пре-

паратов железа для лечения ЖДА. Многие годы «золотым стандартом» для лечения хронической анемии среди пероральных препаратов железа является сульфат железа, представляющий собой солевой препарат железа с достаточной эффективностью и невысокой стоимостью [4]. На фармацевтическом рынке существует огромное разнообразие ферропрепаратов, содержащих сульфат железа [5, 6].

Поэтому в настоящее время в современной системе мирового здравоохранения сформировалась важная задача по оценке применения новых железосодержащих препаратов с точки зрения клинической эффективности, безопасности и стоимости [7].

В связи с тем что в настоящее время существует большой спектр железосодержащих препаратов для терапии железодефицитных состояний, подбор наиболее оптимального препарата превратился в длительный процесс и ответственную задачу лечащего врача. При этом необходимо учитывать не только клиническую эффективность и переносимость терапии, но и фармакоэкономические показатели. Результатом исследований в фармакологии явилось появление препарата двухвалентного железа с пролонгированным высвобождением (Тардиферон[®], «Пьер Фабр Медикамент Продакшн», Франция), представляющего собой стабильный комплекс, содержащий 256,3 мг сульфата железа, что соответствует 80 мг элементарного железа, и вспомогательные вещества, которые способствуют пролонгированному высвобождению железа.

Цель нашей работы: проведение систематического сравнительного анализа данных по клинической и экономической эффективности препарата двухвалентного железа (Тардиферон[®], «Пьер Фабр Медикамент Продакшн», Франция), его аналогов и препаратов трехвалентного железа при лечении ЖДА у пациенток в акушерско-гинекологической практике.

Для реализации поставленной цели проведен обзор работ зарубежных и отечественных авторов по пероральным ферропрепаратам. Представлены современные сравнительные данные их фармакоэкономической и клинической эффективности.

Клиническая эффективность вошедших в обзор препаратов оценивалась по фармакокинетике, биологической усвояемости, переносимости, наличию побочных эффектов и динамике гематологических показателей, характеризующих состояние «красной крови» до и после приема препаратов. Фармакоэкономическая оценка проводилась методом сопоставления затрат и эффективности.

Анализ клинических данных

В настоящее время не только в России, но во всем мире наблюдается повышенный интерес к комплексной клинико-экономической оценке железосодержащих препаратов для лечения ЖДА. Врачу-клиницисту в каждом конкретном случае необходимо сделать оптимальный выбор препарата, учитывая принципы доказательной медицины. Достаточно часто в литературе публикуются противоречащие друг другу результаты исследований, осложняя задачу врачу по выбору оптимальной терапии. Поэтому проведение и публикация систематических обзоров с интерпретацией полученных результатов имеет большое значение: это помогает практикующему врачу принять правильное решение в пользу назначения того или иного препарата.

При высокой распространенности дефицита железа особое значение данная проблема приобретает в наиболее значимых случаях: для женщин репродуктивного и перименопаузального возраста. В данных группах существует несколько важных причин для развития ЖДА — наличие многолетней регулярной физиологической кровопотери, а также состояния беременности и лактации. Поэтому необходимы своевременная диагностика ЖДА

и проведение эффективной антианемической терапии, которую всегда следует начинать с пероральных форм ферропрепаратов [8].

Существуют публикации о приеме пероральных пролонгированных форм двухвалентного железа у пациенток с акушерско-гинекологической патологией. Наиболее примечательным является недавно опубликованный систематический обзор, проведенный N. Milman et al. [9]. Данный обзор включил анализ материалов конгресса по ведению беременности Европейского общества репродуктологов и эмбриологов (European Society for Human Reproduction and Embryology 14–17 June 2015, Lisbon, Portugal). Целью исследования было проведение сравнительной оценки рисков и побочных эффектов у различных препаратов железа, рекомендованных для приема беременным пациенткам. Показано, что пролонгированная форма препарата железа (Тардиферон[®]), назначенная в однократной суточной дозе 160 мг беременным женщинам с анемией, имела высокий клинический эффект по сравнению с аналогичными препаратами той же группы. Максимальная средняя концентрация сывороточного железа после приема препарата отмечалась через 4 часа и оставалась на таком уровне в течение 12 часов. Колебания уровня сывороточного железа наблюдались лишь у 20% женщин. Исследование показало, что пролонгированная форма Тардиферона обеспечивает постепенное высвобождение железа, его оптимальное всасывание в петлях тонкого кишечника, что предотвращает побочные эффекты со стороны нижних отделов пищеварительного тракта. Таким образом, пероральный прием Тардиферона показал значимо высокие концентрации сывороточного железа по сравнению с другими препаратами с немедленным высвобождением сульфата железа.

Полученные N. Milman et al. данные подтверждаются ранее проведенными исследованиями Gian Carlo Di Renzo et al. (2015) коррекции ЖДА у беременных пациенток препаратами железа (III) гидроксиполимальтозного комплекса (ГПК) и препаратом сульфата железа пролонгированной формы Тардиферон[®] [10]. Достоверно показано, что Тардиферон[®] в сравнении с препаратами железа (III) ГПК обладает высокой клинической эффективностью [11].

Еще один недавний систематический обзор [12], посвященный пролонгированной форме двухвалентного железа Тардиферон[®], включил 111 исследований (10 695 пациенток, которые принимали препарат). Была показана низкая частота побочных эффектов: 3,7% по сравнению с другими двухвалентными препаратами железа (30,2%), фумаратом железа (43,4%) и препаратами, содержащими трехвалентное железо (7%). Следовательно, Тардиферон[®] имеет хорошую переносимость и его применение сопровождается наименьшим числом побочных эффектов. Проведено открытое рандомизированное многоцентровое исследование по изучению эффективности и безопасности препарата Тардиферон[®] у женщин репродуктивного возраста с анемией разной степени тяжести [13]. До начала антианемической терапии они получали другие ферропрепараты, отмененные вследствие малой эффективности у 53,31% женщин и развития побочных эффектов у 39,12% женщин. У остальных 12,3% пациенток назначенные ранее препараты были отменены по причине их дороговизны и неудобной схемы приема. Длительность лечения Тардифероном составляла от 1 до 6 мес. Выявлена высокая клиническая эффективность Тардиферона, подтвержденная достоверным улучшением показателей гемограммы (повышением

содержания эритроцитов и гемоглобина) и изменением цветового показателя. Через 2–3 мес. лечения гемограмма полностью нормализовалась.

В исследовании S. Bozhina [14] показана высокая фармакоэкономическая оценка эффективности Тардиферона при лечении ЖДА у беременных, женщин в послеродовом периоде и пациенток с гинекологической патологией по сравнению с эффективностью других ферропрепаратов. Отмечены правильная эффективная дозировка, высокая комплаентность, основанная на хорошей переносимости препарата и независимом от приема пищи однократном ежедневном приеме, а также низкая частота неблагоприятных эффектов и доступная низкая цена.

Результаты исследования Л.В. Ловцовой [15] сопоставимы с данными S. Bozhina. Л.В. Ловцовой проанализирована динамика гематологических показателей на фоне применения препаратов двух- и трехвалентного железа. Отмечено, что более выраженное влияние на динамику показателей «красной крови» оказывает препарат двухвалентного железа по сравнению с препаратом железа (III) ГПК, что дает максимально выраженный прирост гемоглобина в более ранние сроки и экономически более оправданно.

Эффективность применения препарата с пролонгированным высвобождением железа подтверждена и другими авторами [16, 17]. Двухкратный ежедневный прием препарата в течение 8 нед. приводил к нормализации показателей «красной крови» и значительному уменьшению симптомов ЖДА. Для коррекции недостатка железа необходимо принимать Тардиферон® 80 мг в течение 3-х мес. под контролем клинического анализа крови.

Изучением и оценкой коррекции ЖДА различными ферропрепаратами у женщин репродуктивного возраста занимался T. Harvey et al. [18]. Ими опубликованы данные большого исследования по оценке риска дефицита железа. Назначение пролонгированной формы сульфата железа Тардиферон® беременным приводило к отсутствию риска развития анемии в I триместре у 75,7% пациенток, в III триместре — у 94,0%.

Неоспорим факт, что возникающий дефицит железа во время беременности необходимо контролировать и предотвращать назначением ферропрепаратов, которые снижают риск манифестации ЖДА. Дефицит железа легкой степени не ведет к развитию тяжелых материнских и перинатальных исходов [19]. У женщин с анемией, не выполнявших рекомендации по приему ферропрепаратов, в 45% случаев родились дети с дефицитом железа.

Препараты сульфата железа обладают хорошей биодоступностью — от 10 до 15%, — в то время как биодоступность препаратов трехвалентного железа в 3–4 раза меньше [20]. Это связано с очень низкой растворимостью трехвалентного железа в щелочной среде и тем, что трехвалентное железо должно быть преобразовано в двухвалентное до всасывания (табл. 1).

Среди препаратов двухвалентного железа сульфат железа остается стандартом лечения ЖДА, учитывая приемлемую переносимость, высокую эффективность и низкую стоимость. P. Santiago [11] рассматривает имеющиеся в литературе данные об эффективности и переносимости препаратов, содержащих двухвалентное и трехвалентное железо, которые в настоящее время используются в клинической практике с особым акцентом на препараты сульфата железа с замедленным высвобождением, в сравнении с препаратами ГПК. В этой связи обзор включает ряд исследований,

Тардиферон® 80 мг

ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА

УНИКАЛЬНАЯ ФОРМУЛА⁵



КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА⁵

- ДВУХВАЛЕНТНОЕ ЖЕЛЕЗО рекомендовано ВОЗ⁶
- ЗАМЕДЛЕННОЕ ВЫСВОБОЖДЕНИЕ обеспечивает низкую частоту нежелательных явлений^{3,4}



ОТЛИЧИЕ В ПРЕИМУЩЕСТВАХ

 Pierre Fabre

За информацией обращаться: ООО «Пьер Фабр»
119435, г. Москва, Саввинская набережная, д. 15
Тел.: (495) 789-95-33, факс: (495) 789-95-34. www.pierre-fabre-russia.ru
Информация только для медицинских работников

1. Kaltwasser. European Journal of Clinical Investigation, 1991; 21: 436-442.
2. Breymann C, Krafft A. British Journal Of Gynecology : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004, Vol. 111, pp. 1-6.
3. Fadeenko GD, Kushnir IE. Tardyferon® in the treatment of iron deficiency anemia: clinical efficacy and safety. Suchasna Gastroenterologia. 2009;5(49): 74-80.
4. Palacios. Gynecological Endocrinology, 2011; 27(S(1)): 1126-1130.
5. Инструкция Тардиферон. Регистрационный номер. П N013865/01.
6. WHO. Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary healthcare. World Health Organization 1989.

Таблица 1. Различия между пероральными препаратами двух- и трехвалентного железа

Железосодержащие препараты	Комментарии
Двухвалентные Фумарат железа (Fe ²⁺) Глюконат железа (Fe ²⁺) Сульфат железа (Fe ²⁺) Глицин-сульфат железа (Fe ²⁺)	Частота побочных эффектов выше у препаратов без пролонгированного высвобождения железа
Трехвалентные Железа протеин сукциниллат (Fe ³⁺) Полимальтозный комплекс железа Fe ³⁺)	Хуже абсорбция Более дорогие Большая кратность приема

посвященных Тардиферону. M. Mara et al. [21] получили данные о том, что женщины в послеродовом периоде, получавшие Тардиферон® в суточной дозе 80 мг, полностью восстановили свои запасы железа. Похожие данные получены J. F. Sanders [22], который, оценив терапию ЖДА у пожилых пациенток, получавших препараты сульфата железа и препараты ГПК, сделал вывод о низкой эффективности последних.

Известно, что препараты, содержащих двух- и трехвалентное железо, вызывают расстройства пищеварительного тракта (запор, изжогу, тошноту, диарею), что связано с использованием неоправданно высоких доз препаратов. В трех больших контролируемых рандомизированных исследованиях установлено, что частота желудочно-кишечных побочных эффектов ниже при лечении препаратами с контролируемым высвобождением железа, чем при лечении обычными препаратами солей железа [23–25].

В системном обзоре 106 исследований, опубликованных до 2008 г., в т. ч. данных о 10 515 пациентках, получавших различные пероральные препараты железа, J. Manasanch et al. [26] обнаружили, что у препаратов с замедленным высвобождением железа (Тардиферон®) была статистически значимой низкая частота желудочно-кишечных побочных явлений (3,7%) по сравнению с другими препаратами: сульфатом железа (31,6%), фумаратом железа (44,8%), а также препаратами трехвалентного железа, содержащими железа протеин сукциниллат (7,0%). Результаты этого исследования ясно показали, что препараты с замедленным высвобождением сульфата железа переносятся лучше, чем другие препараты, в т. ч. содержащие двухвалентное железо.

В исследовании R. G. Langstaff et al. [27] по оценке биодоступности/эффективности при сравнении препаратов ГПК и стандартных препаратов сульфата железа, которые в эквивалентных терапевтических дозах принимали 126 пациенток, нежелательные явления были зарегистрированы у 12 пациенток (22%) в группе, принимавшей препараты ГПК, и у 14 (25%) пациенток в группе, принимавшей стандартный сульфат железа.

Выявлена разная частота побочных эффектов: запоры — у 18% пациенток в группе препаратов ГПК против 11% в группе стандартного сульфата железа, боль в животе — у 10% пациенток в группе препаратов ГПК против 18% в группе стандартного сульфата железа.

Таким образом, пероральный прием препаратов железа является стандартным методом лечения у пациенток с ЖДА. Соли железа, и в частности препараты пролонгированного действия (Тардиферон®), признаются препаратами выбора, учитывая их высокую эффективность, приемлемую переносимость и низкую стоимость. Препараты ГПК трехвалентного железа в общем показывают невысокую биодоступность, и их клиническую эффективность еще предстоит установить.

Большая часть опубликованных исследований по ферро-препаратам затрагивают женщин репродуктивного возраста, учитывая высокую частоту дефицита железа у данной категории пациенток [28, 29]. Но немаловажное значение проблема ЖДА играет у женщин старшей возрастной группы в пре- и перименопаузальном периоде [30–32]. В возрасте от 40 до 55 лет в жизни женщины происходят значительные изменения с риском развития ЖДА, требующей правильной диагностики и своевременного лечения. По данным A. Firquet et al. [30], наиболее целесообразно использовать препарат двухвалентного железа: сульфат железа в пероральной форме с пролонгированным высвобождением, который хорошо переносится и удобен в применении, что немаловажно для эффективного лечения. Поскольку биологическая усвояемость трехвалентного железа в 3–4 раза ниже, оно плохо растворяется и для хорошего всасывания его необходимо преобразовывать в двухвалентное [33].

A. Leary et al. [34] исследовали действие сульфата железа в пролонгированной форме Тардиферон® у небеременных женщин с ЖДА и уровнем гемоглобина 85–105 г/л. Пациентки принимали препарат в суточной дозе 160 мг однократно. Медленное высвобождение железа обеспечило пиковую концентрацию через 4 часа, а через 12 часов средняя концентрация железа была в 6 раз выше, чем на исходном уровне, повышенная концентрация железа сохранялась в течение 12 часов.

В работах J. Donnez et al. [35] и M. Nilsson et al. [36] показан клинический эффект Тардиферона у женщин с миомой матки и ЖДА с уровнем гемоглобина менее 102 г/л. В ходе исследования пациентки принимали препарат в дозе 80 мг 1 раз в день на фоне приема улипристала ацетата. Через 13 нед. маточное кровотечение было остановлено более чем у 90% женщин. Таким образом, сульфат железа с пролонгированным высвобождением железа эффективно восстанавливал уровень гемоглобина несмотря на метроррагию.

M. Zaim et al. [37] продемонстрировали хорошую способность сульфата железа с пролонгированным высвобождением в дозировке 80 мг восстанавливать уровень гемоглобина у женщин с ЖДА так же успешно, как в дозировке 105 мг в течение 12 нед. Данный факт объясняется лучшим всасыванием железа из препаратов с пролонгированным высвобождением, что показано и в вышеупомянутых работах других исследователей.

Таким образом, дефицит железа остается значимой проблемой здравоохранения во всем мире, поскольку затрагивает большое количество женщин [1]. Женщинам в перименопаузе с дефицитом железа и ЖДА для коррекции анемии рекомендуется прием сульфата железа в форме препаратов с медленным высвобождением, учитывая доказанную эффективность и хорошую переносимость, что способствует высокой комплаентности и является целесообразным выбором.

Анализ фармакоэкономических данных

При выборе препарата железа необходимо учитывать не только его клиническую эффективность, хорошую переносимость, минимальное число побочных эффектов, но и комплаентность пациенток, которая зависит от многих факторов, в т. ч. и от стоимости препарата. Выбор препарата для коррекции ЖДА на основе не только клинического, но и фармакоэкономического анализа можно считать оптимальным [38]. Но ли-

Таблица 2. Стоимостная характеристика препаратов железа [44]

Торговое наименование	Форма выпуска/упаковка	Содержание элементарного железа (согласно инструкции)	Средняя розничная цена за упаковку в руб., 2017 г.	Средняя розничная цена за дозу в руб., 2017 г.
Ферлатум	Раствор для приема внутрь, флаконы по 15 мл №20	40 мг/флакон	1008	50,4
Тотема	Раствор для приема внутрь, ампулы по 10 мл №20	50 мг/ампула	485	24,2
Мальтофер Фол	Жевательные таблетки №30	100 мг/таблетка	592	19,7
Ферро-Фольгамма	Капсулы №20	37 мг/капсула	310	15,5
Сорбифер-Дурулес	Таблетки пролонгированного действия №30	100 мг/таблетка	405	13,5
Ферретаб Комп	Капсулы №30	50 мг/капсула	339	11,3
Мальтофер	Жевательные таблетки №30	100 мг/таблетка	313	10,4
Феррум Лек	Жевательные таблетки №30	100 мг/таблетка	310	10,3
Фенюльс	Капсулы №30	55 мг/капсула	250	8,3
Тардиферон®	Таблетки пролонгированного действия №30	80 мг/таблетка	237	7,9

тературные данные о фармакоэкономической эффективности ферропрепаратов, относящихся к различным фармакологическим группам (двух- и трехвалентного железа), немногочисленны [39]. В ходе информационного поиска фармакоэкономических исследований по ферропрепаратам отмечено, что чаще всего фармакоэкономический анализ проводился методом сопоставления затрат и эффективности [40, 41]. В качестве критерия эффективности терапии выбраны уровень и скорость увеличения уровня сниженного гемоглобина в крови пациенток. М. Ю. Фролов и В. А. Рогов [40] проводили исследование препаратов для лечения анемии у беременных, в частности препарата двухвалентного железа (железа сульфат + аскорбиновая кислота), который необходимо было принимать более 50 дней по две дозы в сутки для достижения клинического эффекта. Частота побочных эффектов отмечалась у 10% пациенток, что требовало коррекции и новых материальных затрат. Таким образом, стоимость антианемической терапии с учетом терапии побочных эффектов существенно возросла. В других источниках отмечают такие же тенденции [8, 42].

Нами обнаружен ряд публикаций о результатах исследований фармакоэкономической эффективности препаратов трехвалентного железа на основе ГПК [5, 43]. Группа отечественных ученых проводила работу по сравнительному изучению фармакоэкономической эффективности препарата трехвалентного железа на основе ГПК и препарата двухвалентного железа «железа сульфат + аскорбиновая кислота». Выяснилось, что цена упаковки препарата трехвалентного железа и стоимость курса лечения этим препаратом были выше по сравнению с таковыми у препарата двухвалентного железа [15].

Результаты фармакоэкономического анализа свидетельствуют о том, что при разовой дозе 100 мг, содержащейся в одной таблетке препарата трехвалентного железа на основе ГПК, и кратности приема 2 р/сут на минимальный курс лечения 2 мес. требуется 12 000 мг трехвалентного железа (120 таблеток соответственно). При этом цена одной упаковки (табл. 2) [44] составляет 310–313 руб., одной таблетки 10,3–10,4 руб. Стоимость курса лечения препаратом железа (III) на основе ГПК с учетом указанных цен составляет от 1236 до 1248 руб. Сопоставляя стои-

мость этих препаратов со стоимостью препаратов двухвалентного железа и Тардиферона, получили, что стоимость разовой дозы (100 мг) первых составляет от 8,3 до 13,5 руб. против стоимости разовой дозы Тардиферона (80 мг) 7,9 руб., при той же кратности приема и длительности курса лечения в течение 2-х мес. Соответственно цена упаковки составляет от 250 до 405 руб. для препаратов двухвалентного железа и 237 руб. для Тардиферона. Стоимость курса лечения составляет 996–1620 руб. и 948 руб. соответственно. Полученные данные фармакоэкономического анализа показали, что на курс лечения препаратами указанных фармакологических групп требуется их одинаковое количество, но показатель «затраты/эффективность», с учетом средних, минимальных и максимальных цен, наименьший у препарата двухвалентного железа с пролонгированным высвобождением, т.е. он более экономичен при лечении пациенток с ЖДА. Таким образом, стоимость курса лечения Тардифероном в 1,3–1,7 раза ниже стоимости курса лечения препаратами трехвалентного железа на основе ГПК и препаратами двухвалентного железа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дефицит железа и ЖДА имеют высокую распространенность в мире, особенно среди социально значимого слоя населения — женщин детородного возраста. Наиболее эффективным способом снижения заболеваемости ЖДА является ее профилактика и своевременное лечение, которое предпочтительнее начинать с использования пероральных лекарственных форм. Препарат двухвалентного железа с пролонгированным действием Тардиферон®, учитывая данные обзора литературы по клинической и фармакоэкономической характеристике ферропрепаратов, является препаратом выбора у пациенток с дефицитом железа и ЖДА в акушерско-гинекологической практике для коррекции анемии. По показателю «затраты/эффективность» Тардиферон® также является оптимальным. Выгодное соотношение эффективности и цены, доступность, удобство приема препарата обеспечивают высокую приверженность пациенток лечению, что позволяет добиться высоких клинических результатов антианемической терапии.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>