



АНЕМИЯ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ: ПОБЕДИТЬ ИЛИ СМИРИТЬСЯ?

В настоящее время общепризнано, что анемия – универсальное междисциплинарное клинично-лабораторное состояние, с которым сталкиваются врачи всех специальностей. Не исключение и акушеры-гинекологи. Более того, зачастую именно акушер-гинеколог – первый врач, который выявляет анемию у женщин и девочек, возникшую по ряду физиологических или патологических причин: обильные менструации, беременность, кровотечения в период климакса и т. д. Поэтому проблема хронических и острых анемий у женщин любого возраста никогда не теряет своей актуальности. В связи с этим вашему вниманию предлагаем интервью с д. мед. н., профессором, член-корр. НАМН Украины, заместителем директора по научной работе, заведующей отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины Т.Ф. Татарчук, посвященное вопросам железодефицитной анемии у пациенток гинекологического профиля



Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., профессор,
член-корр. НАМН Украины,
заместитель директора
по научной работе,
заведующая отделением
эндокринной гинекологии
Института педиатрии,
акушерства и гинекологии
НАМН Украины

Как известно, частота железодефицитных состояний (ЖДС) в современном мире очень высока. Существует ли связь анемий с полом, возрастом и другими факторами?

Действительно, причины, вызывающие анемию, сопровождают человека от рождения до глубокой старости. Наиболее часто среди анемий встречается железодефицитная анемия (ЖДА) – заболевание, при котором снижается содержание железа в сыворотке крови и костном мозге. По данным ВОЗ, во всем мире ЖДА страдают свыше 700 млн человек. Распространенность ее зависит от пола, возраста, эколого-производственных и климато-географических условий.

Так, частота ЖДА у женщин составляет 30–90%, у мужчин – до 80%. С 12–14 лет и в период зрелости железодефициту прежде всего подвержен именно женский организм. 20–25% женщин активного репродуктивного возраста страдают ЖДА.

Как быстро при нехватке железа в организме развивается ЖДА?

Развитию непосредственно анемии предшествует латентный (скрытый) дефицит железа, который встречается у 19,5–30% женщин.

Спонтанное купирование латентного дефицита железа в течение двух лет происходит у 13,4% лиц, в 60% случаев латентный дефицит железа сохраняется, а в 26,6% случаев трансформируется в ЖДА.

Значит, женщины – группа риска по развитию ЖДА. Следовательно, акушеры-гинекологи, терапевты и семейные врачи – основные специалисты, которые стоят на страже развития железодефицита у женщин.

На какие наиболее опасные периоды в жизни женщины по развитию анемии следует обращать внимание врачам?

К 40–50 годам жизни, даже у женщин с нормально протекающими менструациями, развиваются железодефицитные состояния и не устраняются после наступления климактерического периода. Достоверно чаще ЖДС развивается в период беременности и лактации, в перименопаузальном периоде, а также у женщин с нарушением менструального цикла.

Это связано с тем, что беременность и менопауза создают условия для нарушения метаболизма и гомеостаза организма. Важную роль в механизме развития осложнений со стороны внутренних органов играют измене-

ния процесса перекисного окисления липидов, снижение антиоксидантной активности и иммунного статуса при ЖДС. Железодефицитное состояние оказывает неблагоприятное воздействие на все системы и органы, в том числе и на сердечно-сосудистую систему.

Таким образом, ЖДА является основным проявлением ЖДС. Каковы основные причины ЖДА в гинекологической практике?

К таким причинам относятся:

1. Хронические маточные кровопотери при меноррагиях различного генеза (тромбоцитопатии, внутриматочный контрацептив и др.).
2. Дисфункциональные маточные кровотечения.
3. Миома матки.
4. Эндометриоз.
5. Опухоли органов малого таза и др.

Вследствие какого состояния ЖДА у женщин развивается чаще всего?

Большую группу женщин, у которых развивается ЖДА, составляют пациентки, страдающие дисфункциональными маточными кровотечениями (ДМК). ДМК – это маточные кровотечения в пубертатном, репродуктивном периоде и в периоде пременопаузы, обусловленные нарушением функциональной взаимосвязи системы «гипоталамус–гипофиз–яичники–надпочечники». ДМК наиболее часто встречаются у подростков и в пременопаузе, т. к. эти два периода жизни связаны с глобальными перестройками женского организма: частота ДМК у подростков составляет 5%, у женщин после 40 лет – 45–48%.

ДМК в периоде пременопаузы у женщин 45–55 лет являются наиболее частой гинекологической патологией. Эти кровотечения возникают вследствие возрастных изменений функционального состояния гипоталамических структур, регулирующих функцию яичников. При этом

ДМК у женщин 45–55 лет протекают тяжелее, чем в другие возрастные периоды.

Учитывая негативные последствия анемии для организма женщины, следует признать данную проблему одной из самых актуальных в гинекологии.

Из-за чего возникает анемия у женщин, страдающих ДМК?

Механизм анемии у пациенток с ДМК обусловлен не объемом кровопотери (в отличие от острых массивных однократных кровопотерь), а ежемесячными потерями железа, превышающими количество поступающего с пищей железа (обильные – свыше 80 мл крови за цикл, длительные – свыше 5 дней, частые – менструальный цикл короче 26 дней).

Но как понять, является ли потеря железа при месячных нормальной или же избыточной?

Средняя менструальная кровопотеря составляет около 50 мл (25 мг железа), что и определяет дополнительные (около 1 мг в сутки) по сравнению с мужчинами потери железа. У женщин, страдающих меноррагиями различного генеза, количество теряемой за одну менструацию крови достигает 200 мл (100 мг железа) и более, а следовательно, суточные потери железа составляют около 4 мг. В подобных ситуациях потеря железа за 1 сутки уже превышает его поступление на 1 мг, за месяц на 30 мг, а за год дефицит железа достигает 360 мг.

По данным Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO), нормальная кровопотеря в дни менструаций составляет 30–40 мл в течение 4 (+2) дней. Кровотечения с отклонениями от нормы (продолжительность ≤ 2 или ≥ 7 дней, длительность цикла ≤ 24 или ≥ 35 дней и объем менструальной кровопотери > 80 мл/цикл) считаются аномальными и могут привести к развитию анемии в 21–67% случаев, тем самым снижая качество жизни женщины.



Спустя какое время у женщин с ДМК развивается анемия?

В условиях продолжающихся ДМК при отсутствии компенсации потерь железа и по мере истощения его запасов у женщин развивается дефицит железа с последующим формированием клинко-гематологического синдрома ЖДА.

Сроки развития ЖДА зависят от выраженности ДМК, величины исходных запасов железа, особенностей питания и наличия других факторов риска развития ЖДА.

ДМК – это единственная основная причина ЖДА у женщин?

Еще одна частая причина ЖДА у мужчин и вторая по частоте у женщин – кровопотери из желудочно-кишечного тракта. Эта причина ЖДА значительно увеличивается с возрастом и выходит на первое место у пожилых женщин (десневые кровотечения (нарушения свертывания, гингивиты, наличие зубных протезов), эрозивный эзофагит, острые или хронические эрозии желудка, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и др.).

Кроме того, ЖДА у женщин может быть результатом нарушения желудочной секреции (атрофический гастрит), кишечного всасывания (хронический энтерит, лямблиоз и другие паразитозы кишечника, резекция тонкой кишки).

Верна ли формулировка, что женщины в климактерии – группа риска по возникновению ЖДА?

Да, действительно, с возрастом у женщин ЖДС только усугубляются, и поэтому проблема анемии у женщин в климактерии чрезвычайно актуальна.

Также не следует забывать и об особенностях питания у пожилых – ограниченное потребление железосодержащих продуктов тоже способствует развитию и усугублению ЖДА.

Какие объективные показатели позволяют выявить дефицит железа?

Основной показатель наличия ЖДС – уровень гемоглобина. Латентный железodeficit начинает обнаруживаться или уже имеет место при уровне гемоглобина:

- ☛ у девочек-подростков и женщин до 55 лет – 130-125 г/л;
- ☛ у женщин 55–60 лет – 125–120 г/л;
- ☛ у женщины старше 60 лет – 120–110 г/л.

Врачу важно помнить о значительной распространенности ЖДС у женщин, начиная с периода полового созревания и до преклонных лет. И, зная о весьма пагубном их влиянии на здоровье, признаки железodeficitа необходимо целенаправленно искать.

Представляет ли трудности лабораторная диагностика анемий?

Диагностика железodeficitа не представляет особых трудностей.

Критерии диагностики ЖДС таковы:

- ☛ уровень гемоглобина снижен;
- ☛ количество эритроцитов снижено;
- ☛ цветной показатель меньше 0,86;
- ☛ при морфологическом исследовании (микроскопии) эритроцитов определяются микроциты, пойкилоциты, анизоцитоз;
- ☛ уровень железа сыворотки крови снижен;
- ☛ железосвязывающая способность сыворотки повышена;

- ☛ концентрация ферритина снижена (наиболее специфический и чувствительный лабораторный маркер дефицита железа в организме, в норме составляет 15–150 мкг/л);
- ☛ насыщение трансферрина снижено.

Сегодня практически каждый знает, даже не имея медицинского образования, что лечение анемии – длительный и трудоемкий процесс. В чем заключается залог успешной терапии ЖДА?

Основополагающим в лечении ЖДА является тот факт, что для устранения дефицита железа необходимо устранить его первопричину и применять специальные препараты железа.

Лечение ЖДА должно включать следующие этапы:

1. Купирование анемии.
2. Терапия насыщения (восстановление запасов железа в организме).
3. Поддерживающая терапия.

Отечественный фармрынок предлагает достаточно много препаратов, направленных на борьбу с анемией. Существуют ли какие-либо принципиальные различия между ними?

Железосодержащие препараты разделяются на 2 группы – содержащие двухвалентное железо (препараты солей железа, ПСЖ) и содержащие трехвалентное железо (препараты железо-содержащие комплексы, ЖСК). И в этом заключается важное различие между ними. Даже современные препараты двухвалентного железа в виде сульфата, fumarата и сукцината часто вызывают побочные эффекты (раздражение желудка, тошноту и др.), использование препаратов трехвалентного железа практически не оказывает подобных побочных эффектов и является весьма перспективной в лечении ЖДА альтернативой упомянутым выше препаратам двухвалентного железа.

А чем обусловлено данное отличие между препаратами двух- и трехвалентного железа?

ПСЖ содержит двухвалентное железо, которое имеет пассивный неконтролируемый механизм всасывания. Из-за этого двухвалентное железо значительно превышает обычное поступление железа из пищи, резко всасывается и способно переполнить систему активного захвата железа и превысить возможности транспортных белков железа. Это может привести к появлению в сыворотке железа, не связанного с трансферрином (ЖНТ), которое способно индуцировать образование реактивных форм кислорода (РФК) и окислительный стресс. Железо, не связанное с трансферрином, является весьма токсичным и захватывается нерегулируемым путем клетками эндокринной системы и сердца, что приводит к реакциям окислительного стресса в этих тканях. Более того, необходимо помнить о том, что соли железа (II) являются весьма нестабильным комплексом. Сульфат железа (II) из-за свойственной ему повышенной реактогенности комплекса взаимодействует с компонентами пищи и медикаментов, образуя нерастворимые комплексы на поверхности эндотелиоцитов, которые не всасываются и оказывают повреждающее воздействие на слизистую ЖКТ.

Из-за пассивного механизма всасывания существует возможность передозировать сульфаты железа (II) при длительном применении.

ЖСК, содержащие трехвалентное железо, имеют уникальный контролируемый механизм всасывания железа. Благодаря чему нет возможности передозировки таких препаратов. Кроме того, всасывание происходит более постепенно и физиологично для организма, нет переполнения системы захвата и транспортировки железа, соответственно практически отсутствует ЖНТ и не вызывается окислительный стресс в тканях. Если говорить о химической структуре такого комплекса, то его главной отличительной чертой от солей железа (II) является его стабильность и большая молекулярная масса. Благодаря этому нет взаимодействия с компонентами пищи и медикаментами на поверхности эндотелиоцитов, нет процесса окисления и, как результат, нет повреждающего воздействия на поверхность слизистой ЖКТ, что логично приводит к минимизации количества побочных эффектов, связанных с этим.

Необходимо отметить еще одно эстетическое преимущество для женщин – трехвалентное железо в виде ГПК не окрашивает эмаль зубов, в отличие от сульфатов железа (II), и не имеет металлического привкуса при приеме таких препаратов.

Таким образом, для лечения ЖДА предпочтение следует отдать препаратам трехвалентного железа. Но как выбрать наиболее оптимальный режим лечения ЖДА?

Рассмотрим лечение ЖДА в гинекологии на примере препарата трехвалентного железа Мальтофер. Одна таблетка которого содержит 100 мг элементарного железа, благодаря такому высокому содержанию железа с помощью этого препарата можно проводить как адекватное лечение, так и профилактику ЖДА и ЖДС у пациенток группы риска.

Кроме того, многими исследователями отмечена его хорошая переносимость (все гастроинтестинальные симптомы сведены к минимуму), что особенно актуально для женщин в период постменопаузы, когда имеют место атрофические изменения всех слизистых на фоне эстрогенного дефицита.

В свою очередь, отсутствие выявленного взаимодействия Мальтофера с пищей и лекарственными препаратами позволяет принимать его с едой в любое удобное для пациента время.

При ЖДА Мальтофер применяется в следующих режимах:

1. Для купирования легкой степени ЖДА: 1 таблетка 1 раз в день.
2. Средняя степень тяжести: 1 таблетка 2 раза в день.
3. Тяжелая степень: 1 таблетка 3 раза в день.

Применение препарата проводится под контролем показателей клинического анализа крови, общей железосвязывающей способности сыворотки крови, сывороточного железа, ферритина. □

АНЕМІЯ В ЖИТТІ ЖІНКИ: ПЕРЕМОГТИ ЧИ ЗМИРИТИСЯ?

Стаття являє собою інтерв'ю з питань залізодефіцитної анемії у пацієнок гінекологічного профілю з фахівцем ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України Т.Ф. Татарчук.

Основні причини залізодефіцитної анемії у пацієнок гінекологічного профілю: хронічні маткові крововтрати при меноррагіях різного генезу, дисфункціональні маткові кровотечі, міома матки, ендометріоз, пухлини органів малого тазу. Ще одна часта причина залізодефіцитної анемії у жінок – крововтрати з шлунково-кишкового тракту.

Основний показник наявності залізодефіцитних станів – знижений рівень гемоглобіну.

Лікування залізодефіцитної анемії має включати такі етапи: ліквідація анемії, терапія насичення (відновлення запасів заліза в організмі), підтримуюча терапія.

Для лікування залізодефіцитної анемії перевагу варто віддати препаратам тривалентного заліза, бо вони не мають побічних ефектів, які виникають при прийомі препаратів двовалентного заліза.

Ключові слова: залізодефіцитні стани, залізодефіцитна анемія, тривалентне залізо, залізовмісні комплекси, Мальтофер.

ANEMIA IN WOMEN'S LIVES: TO WIN OR TO ACCEPT?

The article is an interview on iron deficiency anemia in gynecological patients with TF Tatarchuk, specialist of endocrine gynecology of the Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS Ukraine.

The main causes of iron deficiency anemia in gynecological patients are chronic uterine bleeding caused by menorrhagia of various origins, dysfunctional uterine bleeding, uterine fibroids, endometriosis, and pelvic tumors. Another common cause of iron deficiency anemia in women is gastrointestinal bleedings.

Reduced level of hemoglobin is the main indicator of the iron deficiency.

Treatment of iron deficiency anemia should include the following steps: elimination of anemia, saturation therapy (recovery of iron level), supportive therapy.

For the treatment of iron deficiency anemia it should be preferred ferric iron drugs because they have not side effects that occur while taking ferrous iron medicines.

Key words: iron deficiency, iron deficiency anemia, ferric iron, iron complexes, Maltofer.