

Э.Б. Яковлева, д.м.н., профессор, М.Ю. Сергиенко, к.м.н., Л.В. Желтоноженко, Э.Г. Дмитренко,  
Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ДонНМУ

## Профилактика и лечение железодефицитной анемии у девочек-подростков с пубертатными маточными кровотечениями

**Частота пубертатных маточных кровотечений (ПМК), по данным разных авторов, варьирует в пределах от 2,5 до 48,06%, по результатам наших исследований – от 11 до 15%. Аномальные маточные кровотечения составляют 18-30% в структуре гинекологических заболеваний. Возможно, такие значительные колебания в частоте патологии можно объяснить недостаточной осведомленностью пациенток о величине физиологической кровопотери во время менструации и ее длительности. Часто от мам, которые приводят к нам на прием девочек-подростков, можно услышать: «Да у меня с детства такие обильные месячные, и ничего...».**

По мнению международных экспертов, аномальными следует считать маточные кровотечения, возникающие с интервалом менее чем 24 дня, продолжающиеся более семи дней и обуславливающие общую кровопотерю более 80 мл.

Нами было проведено анкетирование 150 девочек 12-17 лет и их мам с целью выяснения примерного объема кровопотери во время менструации. Пациентки обратились к гинекологу для профилактического осмотра или по поводу иных проблем, не связанных с нарушением менструального цикла. В анкете необходимо было указать периодичность и длительность менструальных выделений, какие гигиенические средства используются и количество, необходимое на одну менструацию.

Анализ полученных анкет показал, что у каждой четвертой девочки (38-25,3%) и каждой пятой мамы (29-19,3%) средняя менструальная кровопотеря превышала 100 мл. Примерно в каждом десятом случае (14-9,3%) мамы девочек считали, что менструации у их дочерей обильные, однако не видели в этом проблемы, объясняя наследственной предрасположенностью. Известно, что при ежемесячных кровопотерях более чем 50-60 мл у большинства женщин может наблюдаться отрицательный баланс железа в организме.

Исходя из вышеизложенного, это небольшое исследование позволяет сделать вывод, что каждая четвертая девочка, считавшая себя здоровой, страдает меноррагией и находится в группе риска по развитию железодефицитной анемии (ЖДА).

Железо отвечает за основные процессы жизнедеятельности клеток: биоэнергетику, окисление и восстановление биологических субстратов, транспорт электронов; без него невозможен синтез гемоглобина, миоглобина и железосодержащих белков, обеспечивающих цитогенез, синтез органических веществ и цитокинов. По данным ВОЗ, свыше 20% населения планеты испытывают дефицит железа – от незначительного снижения его запасов до развития ЖДА, что обусловлено в основном алиментарными причинами. Даже для социально вполне благополучных стран проблема дефицита железа является актуальной. В группу высокого риска входят младенцы и подростки, женщины фертильного возраста, спортсмены, вегетарианцы, пожилые люди. У девочек-подростков

даже в США и Японии дефицит железа достигает 40-72%, из которых до 12-16% приходится на ЖДА. В России за последние 10-15 лет заболеваемость ЖДА среди подростков-школьников возросла в 2-3 раза и составила в различных регионах от 15,8 до 41,2%.

Повышенные расходы железа у подростков связаны с увеличением потребности в нем из-за роста скелета, увеличения объема циркулирующей крови и нарастания мышечной массы, что у девочек сочетается еще и с наступлением менархе и возникающими в период становления менструальной функции ПМК. Несовершенство рецепторного аппарата яичников и гормональной регуляции, повышенная физическая активность, стрессы, инфекционно-воспалительные заболевания и гиперпластические процессы – основные причины развития ПМК, которые в большинстве случаев сопровождаются развитием анемии.

С целью оценки частоты развития анемии, соответствия ее тяжести состоянию пациенток нами был проведен анализ 385 историй болезни девочек 9-17 лет, которые находились на стационарном лечении в отделении детской и подростковой гинекологии ДРЦОМД за период с 2008 по 2010 год с диагнозом ПМК. Основную группу обследуемых составили 12-14-летние (174-45,19%) и 15-17-летние (183-47,53%), наименьшее количество пациенток находилось в возрасте 9-11 лет: 28-7,28%.

Анемия была выявлена у каждой третьей девочки (128-33,2%), среди которых легкую степень имела каждая вторая (68-17,7%), среднюю – каждая третья-четвертая (47-12,2%), тяжелую – каждая десятая (13-3,4%) обследованная.

У всех девочек с анемией отмечались бледность кожных покровов, жалобы на слабость, у большинства (68,7%) – головокружение, иногда с потерей сознания. Обращало на себя внимание, что слабость и бледность кожных покровов были характерны для каждой четвертой обследованной с нормальными показателями красной крови. С увеличением возраста пациенток уменьшалась частота анемий тяжелой и средней степени.

В настоящее время ПМК относят к аномальным маточным кровотечениям (АМК), не связанным с патологией матки. При этом анемия не является обязательным критерием тяжелого маточного кровотечения. Основными

компонентами тяжелого АМК являются физический, эмоциональный, социальный и материальный дискомфорт пациентки.

В нашем исследовании среди девочек с нормальными показателями крови в каждом 7-8-м случае отмечалась слабость, бледность кожных покровов, у 15 (5,84%) пациенток кровотечение сопровождалось головокружением или потерей сознания, что явилось поводом обращения к врачу и госпитализации.

Если при отсутствии анемии головокружение и обморочные состояния можно было объяснить стрессовой ситуацией, которой является ПМК для подростка, то причиной слабости и бледности кожных покровов могла быть латентная анемия.

С целью диагностики латентной анемии 25 девочкам-подросткам 12-17 лет с ПМК, нормальными показателями крови при традиционном обследовании и нарушенным общим состоянием (слабость, быстрая утомляемость) было проведено определение сывороточного железа и латентной железосвязывающей способности сыворотки крови (ЛЖСС). У 19 (76,0%) выявлено повышение уровня ЛЖСС, что свидетельствовало о латентном дефиците железа или скрытой гипохромной анемии.

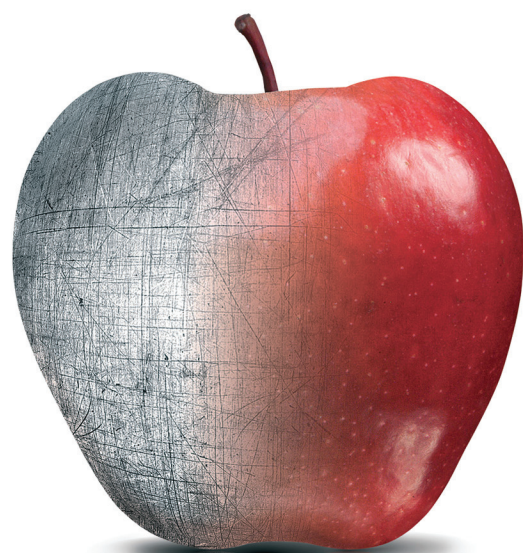
Таким образом, показаниями к назначению препаратов железа в терапии ПМК является лечение анемии или ее профилактика в случае нарушения общего состояния пациенток и наличия латентной анемии. В нашей практике мы широко используем препарат Сорбифер Дурулес.

Антианемический эффект препарата достигается за счет комбинации сульфата железа и витамина С. Сульфат железа восполняет недостаток железа в организме, а аскорбиновая кислота улучшает его всасывание. Препарат изготовлен по специальной технологии Дурулес, которая обеспечивает равномерное и постепенное высвобождение ионов железа из специального матрикса. Эта особенность препарата исключает возможность резкого повышения содержания железа в пищеварительном тракте, что минимизирует раздражающее действие ионов железа на слизистую оболочку пищеварительной системы и обеспечивает отличную переносимость.

С целью профилактики и лечения анемии легкой степени Сорбифер назначается по 1 таблетке 1 раз в день, средней степени – 2 раза в день, тяжелой – 3 раза в день, с уменьшением степени анемии уменьшается кратность приема препарата. Не следует прекращать прием препарата после нормализации содержания гемоглобина и эритроцитов, для создания депо железа в организме следует продолжить прием еще в течение месяца.

Список литературы находится в редакции.

3



**Препарат заліза №1 в Україні\***



## Сорбіфер Дурулес

- Рекомендований для лікування та профілактики залізодефіцитних станів, в тому числі у вагітних та жінок, що годують<sup>1, 2, 4, 5</sup>
- Оптимальний вміст активних компонентів в 1 таблетці: заліза (Fe II) 100 мг та аскорбінової кислоти 60 мг
- Значно краща переносимість завдяки технології повільного вивільнення Дурулес<sup>2, 3</sup>

Побічні реакції. Можуть виникати порушення з боку травного тракту: нудота, діарея, запор, біль у шлунку. Можливі алергічні реакції. Лікарська форма. Таблетки, вкриті оболонкою, з модифікованим вивільненням. 1 таблетка містить: 320 мг заліза сульфату безводного (еквівалент 100 мг Fe II), 60 мг аскорбінової кислоти. Фармакотерапевтична група. Антианемічні засоби; препарати заліза, різні комбінації. ВООЗ Е10. Виробник: ВАГ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД ЕГІС, за ліцензією компанії АСТРАЗЕНЕКА, Швеція. ЄПІ. №ЧН/0498/01/01 від 12.02.09. Умова відпуску: За рецептом.

\*Хаскіна, І.Г. Юрдінова «Залізодефіцитні анемії та вагітність». Здоров'я жінки № 4/2010. <sup>2</sup>Ю.В. Мурашко «Залізодефіцитні стани у дітей на сучасному етапі». Здоров'я України «Педіатрія. Акушерство. Гінекологія» № 1, 2010. <sup>3</sup>Ю.В. Давидова «Профілактика і лікування залізодефіцитної анемії препаратом Сорбифер Дурулес у вагітних жінок: с науковими результатами тирозидного гомеостазу». Здоров'я жінки, №6/2009. <sup>4</sup>Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги. Анемія у вагітних. Наказ Міністерства охорони здоров'я України. № 782 від 29.12.2005. <sup>5</sup>Інструкція для медичного застосування препарату.

\* за даними Morion – лідер в упаковках та грошовому вимірі в АТС В03 А в 2010-2012 рр. МДМ – № 1 в призначеннях спеціалістів серед препаратів В03 А, 2012 рік.

Представництво «ЕГІС Нюорт.» в Україні: 04119, Київ,  
вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

**EGIS100**  
1913-2013  
Здоров'я. Якість. Життя.