



Обзор

Железодефицитная анемия как отражение обильных менструальных кровотечений: возможности преодоления проблемы

М.Р. Оразов^{✉1}, В.Е. Радзинский¹, В.Е. Балан², Е.Д. Долгов¹¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

✉omekan@mail.ru

Аннотация

Железодефицитные состояния, включающие латентный железодефицит и железодефицитную анемию, остаются одной из главных коморбидностей женского населения планеты. В настоящее время доказано, что универсальный гипоксический синдром, индуцированный дефицитом железа, прочно ассоциирован с реализацией как общесоматической, так и акушерско-гинекологической заболеваемости. При этом основной причиной железодефицитных состояний у женщин по-прежнему остаются обильные менструальные кровотечения (ОМК), частота которых ежегодно растет. Исходя из этого, основной целью данной статьи является отражение актуальности вопроса ОМК-индуцированных железодефицитных состояний и возможности преодоления проблемы на основе имеющихся доказательных данных.

Ключевые слова: железодефицитные состояния, латентный железодефицит, железодефицитная анемия, обильные менструальные кровотечения, протеина сукциниллат железа, эстетрол.

Для цитирования: Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Балан В.Е., Долгов Е.Д. Железодефицитная анемия как отражение обильных менструальных кровотечений: возможности преодоления проблемы. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (2): 7–11.

DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00764

Review

Iron deficiency anemia as a reflection of heavy menstrual bleeding: opportunities to overcome the problem

Mekan R. Orazov^{✉1}, Viktor E. Radzinskiy¹, Vera E. Balan², Evgeniy D. Dolgov¹¹ Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;² Vladimirovsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia

✉omekan@mail.ru

Abstract

Iron deficiency states, including latent iron deficiency and iron deficiency anemia, remain one of the main comorbidities in the world's female population. It is now proven that the iron deficiency-induced universal hypoxia syndrome is strongly associated with realization of both somatic and obstetric-gynecological morbidity. Furthermore, heavy menstrual bleeding (HMB), the prevalence of which increases annually, remains the major cause of iron deficiency in women. Therefore, the main purpose of this paper is to show the relevance of the issue of HMB-induced iron deficiency states and the opportunities to overcome the problem based on the available evidence.

Keywords: iron deficiency states, latent iron deficiency, iron deficiency anemia, heavy menstrual bleeding, iron protein succinylate, estetrol.

For citation: Orazov M.R., Radzinskiy V.E., Balan V.E., Dolgov E.D. Iron deficiency anemia as a reflection of heavy menstrual bleeding: opportunities to overcome the problem. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (2): 7–11 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00764

Железодефицитная анемия у пациенток репродуктивного возраста: причины очевидны

С начала XXI в. современная медицина продолжает претерпевать серьезные изменения. Они касаются не только лечебно-диагностических подходов, но и изменения структуры общей заболеваемости, в том числе и гинекологической. Однако самым важным вопросом в данном контексте является так называемая коморбидность современного населения.

Коморбидность – объединяющий термин, характеризующий наличие тех или иных сопутствующих нозологий, сосуществующих с основным заболеванием и способных оказывать влияние на клинико-патогенетиче-

ские паттерны друг друга [1]. Основными нозологическими «спутниками» человечества по-прежнему являются ожирение, сахарный диабет и артериальная гипертензия – компоненты метаболического синдрома [2]. Аналогичная тенденция отмечается и в отношении гинекологической заболеваемости. По результатам недавнего исследования S.A. Habib и соавт. (2025), было доказано, что более чем у 1/2 (61,2%) пациенток фертильного возраста верифицировано как минимум одно гинекологическое заболевание [3]. Свидетельством этому выступают данные, полученные в ходе исследования Глобального бремени болезней (2025), согласно которым за период с 1990 по 2021 г. заболеваемость и

смертность от комбинированных гинекологических заболеваний повысились на 0,28 и 0,53% соответственно [4]. Таким образом, мы наблюдаем стремительную общесоматическую и гинекологическую коморбидизацию в XXI в., однако один из главных атрибутов коморбидности все же не был упомянут.

Структура коморбидности женского населения, наряду с указанными нозологиями, также включает не менее значимое патологическое состояние – железодефицитную анемию (ЖДА). По последним оценкам (2025), глобальная распространенность ЖДА в мире среди женского населения репродуктивного возраста достигает 20%, а в европейском регионе затрагивает до 50% женщин вне гестации [5]. Глобальной проблемой остается и распространенность ЖДА в когорте пациенток, планирующих/вступивших в гестацию: ЖДА страдают 20,6% женщин в I триместре беременности [6]. Таким образом, железодефицитные состояния (распространенность латентного железодефицита в мире значимо выше) являются одной из главных коморбидностей женского населения планеты, а ее негативные последствия отнюдь не ограничиваются универсальным анемическим синдромом.

Важно понимать, что железодефицитные состояния, включающие латентный дефицит железа и собственно ЖДА, формируют системный неблагоприятный гипоксический фон, приводящий к срыву саногенетических механизмов и являющийся фундаментом для реализации других полисистемных нарушений. Об этом свидетельствуют имеющиеся данные о наличии отдаленных общесоматических и акушерско-гинекологических последствий железодефицита. В настоящее время доказано, что железодефицитные состояния прочно ассоциированы с развитием когнитивных нарушений, снижением аэробной производительности, иммунной дисфункции и низким качеством сна [7]. Кроме того, выявлено, что ЖДА является важнейшей причиной реализации ряда акушерских и перинатальных осложнений, включая самопроизвольный аборт, неудачи имплантации, бесплодие, преждевременные роды, нарушения маточно-плацентарного кровотока, эклампсию, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, а также врожденные пороки сердца и неврологические осложнения у плода [8–10]. Вместе с тем, кроме перечисленных состояний, ассоциированных с наличием железодефицитных состояний, по последним данным (2026), пациентки также сталкиваются с реализацией полиморфной алгологической симптоматики, включая мигрень, рецидивирующую абдоминальную боль, дисменорею, хроническую тазовую боль и другие фенотипы [11].

Немаловажной проблемой являются по-прежнему сохраняющиеся контрартерии в отношении необходимого показателя ферритина сыворотки для диагностики железодефицитных состояний. Вполне закономерным оказалось повышение североамериканскими коллегами (в частности, интегрированной системой здравоохранения Rochester Regional Health) diagnosti-

ческого порога уровня ферритина для верификации железодефицитных состояний с 10 нг/мл для женщин и 22 нг/мл у мужчин до унифицированного показателя в 30 нг/мл. В ходе недавно опубликованного исследования A. Abdelhay и соавт. (2026) было выявлено, что после изменения диагностического порога частота выявления латентного железодефицита или ЖДА возросла с 51 до 58,5% (относительный риск – ОР 1,15; доверительный интервал – ДИ 1,12–1,17; $p < 0,001$), при этом распространенность латентного железодефицита возросла до 47% (ОР 1,47; ДИ 1,38–1,57), а ЖДА – на 7% (ОР 1,07; ДИ 1,04–1,10), а наибольший рост распространенности железодефицитных состояний по-прежнему отмечался именно среди женщин [12]. Таким образом, железодефицитные состояния представляют собой крайне актуальную и значимую проблему, существенно влияющую на качество жизни современной женщины. Но почему данная проблема все же является основной прерогативой именно женского населения?

Безусловно, основной причиной железодефицитных состояний является менструация (менструальная кровопотеря). Начиная с менархе, юная девушка, а затем и зрелая женщина стабильно и **ежегодно суммарно теряет около 250–500 мл крови, а вместе с ней и железо (около 15–30 мг)**. Но даже несмотря на это, абсолютное большинство пациенток **не получают или же не выполняют рекомендации врача по профилактике железодефицита: каждая женщина репродуктивного возраста должна принимать 30–60 мг элементарного железа в течение 3 мес ежегодно** (Всемирная организация здравоохранения) [13]. Согласно классическим и общепринятым критериям FIGO (2018), менструальный цикл считается нормальным при [14]:

- продолжительности от 24 до 38 сут;
- длительности менструации до 8 дней;
- изменениях в регулярности от 7 до 9 сут;
- объеме кровопотери до 80 мл;
- отсутствии болезненности;
- отсутствии межменструальных кровотечений.

Вместе с тем одним из наиболее распространенных нарушений менструального цикла по-прежнему остаются обильные (>80 мл) менструальные кровотечения (ОМК), существенно усугубляющие уже имеющиеся или только формирующиеся железодефицитные состояния. Согласно данным, полученным в ходе недавнего исследования L. Wilson и соавт. (2025), включавшего более 11 тыс. пациенток, было доказано, что распространенность ОКМ увеличивается с возрастом женщины: с 17,6% в 22 года до 32,1% в 48 лет [15]. Вместе с тем В. MacLean и соавт. (2025) выявили, что у 59,4% пациенток в Великобритании и 30,3% женщин в Австралии с верифицированной ЖДА отмечаются ОКМ [16]. Таким образом, ОКМ остаются основной причиной железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста во всем мире. В этой связи в основе клинического менеджмента пациенток данной когорты лежат два ключевых подхода, требующих одномоментной реализации и отраженных в рамках данной статьи, –

лечение железодефицитных состояний с последующим профилактическим созданием депо железа и эффективное купирование ОМК.

Современные возможности лечения железодефицитных состояний

В основе клинического менеджмента пациенток с железодефицитными состояниями **лежит главный принцип своевременного (максимально раннего) начала терапии (в идеале – на стадии латентного железодефицита)** [17]. Необходимость проведения железотерапии у пациенток с железодефицитными состояниями также отражена в действующих клинических рекомендациях по ведению женщин с аномальными маточными кровотечениями (ОМК является одним из вариантов), при этом назначение лечения должно опираться на соответствующий клинический протокол («Железодефицитная анемия», 2024 г.) [18]. Вместе с тем при отсутствии императивных показаний к парентеральному введению железа (тяжелая ЖДА, продолжающаяся кровопотеря, неэффективность/плохая переносимость/противопоказания к использованию перорального железа) первой линией терапии будет являться использование именно пероральных препаратов железа [18].

Основным вопросом при назначении железотерапии является выбор двух- или трехвалентных форм. Согласно действующим клиническим рекомендациям (2024), препараты двух- и трехвалентного железа не различаются по клинической эффективности, при этом дозу препарата необходимо выбирать индивидуально с учетом возраста, массы тела пациента и терапевтического плана лечения, а основными целями терапии являются повышение уровня гемоглобина до 120–140 г/л и восполнение тканевых запасов железа (**уровень ферритина более 40 нг/мл**) [18]. Однако все же трехвалентные препараты железа имеют преимущества у пациенток с непереносимостью двухвалентных форм (поскольку значимо ниже побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта) [19]. В настоящее время в Российской Федерации представлен широкий спектр препаратов перорального железа, хорошо зарекомендовавших себя в рутинной клинической практике. При этом наиболее прогрессивным представителем «железного ряда» является **железа (III) протеин сукциниллат (Ферлатум, Ферлатум Фол)**. Доказано, что железа протеин сукциниллат **имеет наиболее благоприятные показатели переносимости и эффективности по сравнению с солевыми препаратами** [20]. Указанные преимущества обусловлены фармакокинетическими особенностями данной формы железа, к которым относятся высокая прочность химического комплекса, «замедляющая» **высвобождение метаболически-активного железа, а также низкие показатели поверхностного натяжения раствора**, что обуславливает высокие показатели всасываемости [21]. Сегодня накоплены убедительные доказательные данные высокой клинической эффективно-

сти и хорошей переносимости данного варианта терапии железодефицитных состояний.

В 2020 г. был опубликован систематический обзор трех десятилетий исследований клинической эффективности и переносимости железа протеин сукциниллата. В обзор были включены данные 54 клинических или наблюдательных исследований, опубликованные в электронных базах данных PubMed и Кокрановской библиотеки: 38 рандомизированных клинических испытаний и 16 наблюдательных исследований с участием в общей сложности 8454 пациентов. Из них 8142 были включены в анализ эффективности: пациенты были разделены на три субпопуляции: общая (n=1899), гинекологическая/акушерская (n=5283) и педиатрическая (n=960).

В общей сложности 6450 пациентов получали железа протеин сукциниллат, остальные получали препараты солей железа (II) или трехвалентные комплексы.

Железа протеин сукциниллат в гинекологической/акушерской популяции показал сопоставимую эффективность с солями Fe(II) в повышении уровня гемоглобина (+16% и 19% соответственно) и в 1,5 раза превосходил препараты этой группы по показателям прироста сывороточного ферритина (+45% vs +30% соответственно). Другие комплексы трехвалентного железа показали существенно меньшую эффективность как по приросту гемоглобина, так и по восполнению запасов железа (прирост сывороточного ферритина +4%). Эти данные подчеркивают, что не все препараты Fe(III) обладают одинаковой клинической эффективностью и железа протеин сукциниллат занимает приоритетное положение среди трехвалентных форм железа.

Железа протеин сукциниллат продемонстрировал наиболее благоприятный профиль переносимости среди всех сравниваемых препаратов. Частота нежелательных явлений, связанных с терапией железа протеин сукциниллатом, оказалась в 6 раз ниже, чем при использовании других препаратов двухвалентного и трехвалентного железа (4% vs 26%) [34].

Нельзя не отметить результаты сравнительного исследования китайских коллег (2025), в ходе которого было выявлено, что лечение железодефицитных состояний с использованием железа протеина сукциниллата является наиболее экономически выгодным (в соотношении с клинической эффективностью), а учитывая сопоставимую с двухвалентными формами клиническую эффективность и наиболее благоприятный профиль безопасности, данный вариант терапии железодефицитных состояний остается одним из самых универсальных [25].

Вместе с тем следует отметить, что в настоящее время также возможно использование железа (III) протеин сукциниллата в фиксированной комбинации с фолиевой кислотой (кальция фолината гидратом 0,235 мг, Ферлатум Фол), что наиболее целесообразно в когорте пациенток на этапе прегравидарной подготовки с целью профилактики дефицита фолатов и подготовки к будущей гестации.

Таким образом, одним из наиболее эффективных, перспективных и вместе с тем безопасных вариантов терапии железодефицитных состояний у пациенток репродуктивного возраста является **железа (III) протеина сукциниллат**, эффективно зарекомендовавший себя в рутинной клинической практике и представленный **в двух основных формах – изолированной (Ферлатум) и в комбинации с фолиновой кислотой (кальция фолината гидрат 0,235 мг, Ферлатум Фол)**, что позволяет персонализировать эффективную ферротерапию у пациенток в зависимости от их предпочтений и наличия репродуктивных планов.

Профилактика дефицита железа у пациенток репродуктивного возраста

Вторым по счету, но не менее важным вопросом, который необходимо решить одновременно с назначением железотерапии, является выбор метода купирования ОМК. Согласно действующим клиническим рекомендациям по ведению пациенток с аномальными маточными кровотечениями (2024), основным методом уменьшения объема менструальной кровопотери у пациенток с ОМК, нуждающихся в контрацепции, являются **комбинированные оральные контрацептивы (КОК)**, при этом использование гестагенов в непрерывном или циклическом режиме остается альтернативным вариантом [26]. В РФ, в частности, наиболее инновационным, фармакокинетически выгодным и эффективным (как с точки зрения контрацепции, так и с позиций купирования ОМК) является КОК на основе уникального эстрогена эстетрола и дроспиренона. Доказано, что эстетрол обладает высокой биодоступностью при пероральном использовании (90%), не метаболизируется в печени с образованием промежуточных метаболитов, не влияет на синтез глобулина, связывающего половые стероиды, и, самое главное (с позиций контроля менструального цикла), он обладает наибольшим периодом полувыведения в сравнении с другими эстрогенами [27–29]. Фармакокинетические особенности эстетрола обуславливают наиболее высокую эффективность КОК на его основе в контексте контроля менструального цикла (низкая частота ациклических выделений, снижающаяся по мере использования препарата), что доказано результатами континентальных клинических испытаний [30, 31].

Доказана высокая клиническая эффективность использования КОК на основе эстетрола/дроспиренона (Эстеретта) в контексте купирования ОМК.

Согласно результатам исследования М.Р. Оразова и соавт. (2025), включавшего 2550 женщин, было доказано, что использование КОК на основе эстетрола и дроспиренона ассоциировано с выраженным снижением частоты

ОМК с 27% до 2% (терапевтическая эффективность – 93%, $p < 0,001$), а также с полным купированием дисменореи у всех женщин к шестому циклу использования ($p < 0,001$) и овуляторной боли ($p < 0,001$) [32].

Согласно результатам исследования И.В. Кузнецовой и Л.В. Евсюковой (2024) с участием 1402 женщин, использование КОК на основе эстетрола/дроспиренона способствовало выраженному снижению частоты ОМК к шестому циклу использования (с 29,6% до 10,1%; $p < 0,001$), а также продолжительности регулярных менструальноподобных кровотечений отмены ($p = 0,008$) [33].

Заключение

Таким образом, клинический менеджмент пациенток с ОМК-ассоциированными железодефицитными состояниями должен быть основан на двух одномоментных этапах – **эффективном восполнении железодефицита и купировании ОМК**. В настоящее время одним из наиболее эффективных и благоприятных препаратов **с точки зрения переносимости и безопасности является протеина сукциниллат железа (III)**, представленный на рынке РФ в двух основных формах – **изолированной (Ферлатум) и в сочетании с кальция фолината гидратом (Ферлатум Фол)**, позволяющих персонализировать тактику ведения (в зависимости от наличия репродуктивных планов). Использование данного варианта терапии будет не только эффективным с позиций лечения ЖДА и восстановления депо железа, но и с целью профилактики железодефицита в дальнейшем, что обусловлено **не только показателями эффективности и безопасности, но и выраженной экономической выгодой**.

В дополнение к эффективной железотерапии пациенткам с ОМК (согласно клиническим протоколам) необходимо назначать гормональные препараты (в частности, КОК женщинам, нуждающимся в контрацепции), которые позволят снизить объем менструальной кровопотери и, соответственно, предотвратить дальнейшие потери железа. В настоящее время одним из наиболее эффективных и перспективных является КОК на основе эстетрола/дроспиренона, который, согласно результатам крупных исследований, способствует значимому снижению объема менструальной кровопотери.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Оразов Мекан Рахимбердыевич – д-р мед. наук, проф., проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5342-8129

Радзинский Виктор Евсеевич – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, засл. деят. науки РФ. E-mail: radzinskiy@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7428-0469

Балан Вера Ефимовна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». E-mail: balanmed@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2364-6838

Долгов Евгений Денисович – клинический ординатор каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: 1586dolgde@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6709-5209

Поступила в редакцию: 06.02.2026

Поступила после рецензирования: 09.02.2026

Принята к публикации: 12.02.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Mekan R. Orazov – Dr. Sci. (Med.), Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5342-8129

Viktor E. Radzinskiy – Acad. RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: radzinskiy@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7428-0469

Vera E. Balan – Dr. Sci. (Med.), Professor, Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute. E-mail: balanmed@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2364-6838

Evgeniy D. Dolgov – Resident, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: 1586dolgde@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6709-5209

Received: 06.02.2026

Revised: 09.02.2026

Accepted: 12.02.2026