

# Психосоматичні особливості пацієнток з сидеропенічним синдромом

Тетяна Ніколаєнко-Камишова Державний заклад «Дніпропетровська медична академія» міністерства охорони здоров'я України

В даному дослідженні було описано психосоматичний стан 58 пацієнток з аномальними матковими кровотечами, наслідком яких була залізодефіцитна анемія легкого ступеню важкості. При наявності характерних скарг майже у всіх жінок встановлені ознаки депресії. Завдяки лікуванню, з поліпшенням клініко-лабораторних показників стабілізувався і психічний стан. Лікарям первинної ланки надання медичної допомоги при зверненні пацієнток фертильного віку з проявами депресії доцільно проводити скринінг на наявність дефіциту заліза.

## Актуальність

ВООЗ та світовий банк розвитку визначає пріоритетність проблеми дефіциту заліза та фолатів. Згідно статистичним показникам наявність залізодефіцитних станів, в більшості – латентних, серед жінок фертильного віку становить понад 70% від усієї популяції [1].

Прояви анемії вважають «хворобою втомленої крові», а постійний занепад сил вважається її головний симптомом.

Безпосередніми проявами дефіциту заліза можуть бути депресивні стани. При наявності проявів депресії, у більшості випадків, пацієнти з відчуттям тривоги, занепокоєності з песимістичною оцінкою стану свого здоров'я звертаються до лікарів загальної практики [2-4]. Призначення седативних засобів, згідно наказу 1003 МОЗ України, не надавало бажаного ефекту.

Уточнення алгоритмів обстеження, визначення підходів до лікування, оцінка якості та визначення строків терапії, прогнозування та профілактика латентних залізодефіцитних станів при з'ясуванні чинників, що її викликають при психосоматичних розладах у жінок, дозволить акцентувати увагу лікарів загальної практики сімейної медицини на вказаній категорії пацієнтів.

## Матеріали та методи

Оцінювався психосоматичний стан 58 пацієнток у віці 20-47 років з проявами сидеропенічного синдрому (рівень феритину  $5,56 \pm 2,13$  ммоль/л) при наявності анемії легкого ступеню важкості (Hb  $98,42 \pm 6,34$  Г/л, еритроцити  $3,42 \pm 0,54 \cdot 10^{12}$ /л, MCV  $< 73$  мкм, MCH  $< 22$  пг) на фоні аномальних маткових кровотеч.

З великої кількості різноманітних скарг, що висловлювали пацієнтки, були виділені найбільш поширені і значущі для подальшого уточнення наявності сидеропенічного стану, а саме:

- Підвищена втомлюваність зі зниженням інтересу до навколишнього та депресивним настроєм (зниження самооцінки, відчуття нікчемності, плаксивість) - 51 (88%);
- Сонливість, що перетинається з безсонням та постійним відчуттям втоми - 47 (81%);
- Порушення концентрації уваги - 42 (80%).

Пацієнткам було призначено лікування залізовмісними препаратами (Гіно-Тардиферон) з комплексом вітамінів на протязі 2-3 місяців.

При нормалізації показників рівня гемоглобіну та еритроцитів, а послідовно - і еритроцитарних індексів (MCV, MCHC), прояви депресії значно зменшились - через 2 - 3 тижні прояви астенизації не були вираженими, а поліпшення концентрації уваги та пам'яті відмічалось через 4-6 місяців з моменту початку проведення лікування при обов'язковій постійній підтримуючій терапії. У 15 жінок (25%) лабораторно підтверджена нормалізація рівня феритину на 4-ому місяці з моменту початку проведення лікування .

## Обговорення

При наявності сідеропенічного стану спостерігаються прояви гемічної гіпоксії з порушенням трофіки тканин. Головний мозок належить до найбільш чутливих структур що до дефіциту заліза. Концентрація заліза у мозку до віку 20 років щорічно підвищується і складає в середньому 21, 3 мг на тканини, тоді як у печінці (органі, що депонує залізо) - 13-14 мг на тканини. При дефіциті заліза функція головного мозку порушується у зв'язку зі зниженням активності ферментів тканинного дихання та супроводжується відхиленнями у поведінці з проявами депресії [5].

Неспецифічність скарг та прояви депресії на початкових строках захворювання потребують уточнення з лабораторним підтвердженням дефіциту заліза, особливо у пацієток фертильного віку, як контингентна високого ризику щодо залізодефіцитного стану.

Усунення проявів гемічної гіпоксії при проведенні комплексного лікування призводить до поліпшення психосоматичного стану.

Доцільно проводити довгострокову підтримуючу комплексну терапію залізовмісними препаратами з метою підтримки стабільності соматичного стану.

## Висновки

При наявності у пацієток в анамнезі сідеропенії та факторів ризику, що обумовлені основним захворюванням, лікарю сімейної практики необхідно проводити лабораторний моніторинг еритроцитарних показників та індексів: (гемоглобін, еритроцити, гематокрит, об'єм еритроциту, вміст гемоглобіну в еритроциті), а також визначати рівень заліза сироватки крові, феритину, трансферину, загальної залізо зв'язуючої можливості сироватки крові, що у лабораторному скринінгу позначається як «пакет на ЗДА».

Сучасна адекватна оцінка психосоматичного стану пацієнта дозволить провести діагностичний пошук на предмет сідеропенічного синдрому при встановленні основного діагнозу, та згідно алгоритмам лікування компенсувати, також, і прояви депресії.

## References