

Современные подходы к коррекции дефицита железа и железодефицитной анемии у беременных с различными патологиями, при осложнениях беременности и родов, а также у женщин с эндометриозом

25–26 сентября в Киеве проходила научно-практическая конференция с международным участием и пленум общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов Украины» «Инновационные подходы в акушерстве, гинекологии и репродуктологии». В рамках мероприятия были проведены десятки секционных заседаний, одно из которых было посвящено экстрагенитальной патологии, интенсивной терапии и анестезиологии в акушерско-гинекологической практике. Несколько докладов касались различных аспектов диагностики и терапии дефицита железа и железодефицитной анемии (ЖДА).



Сложной и новой для акушеров-гинекологов темы коснулась доктор медицинских наук, заведующая отделением акушерских проблем экстрагенитальной патологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины» Ю.В. Давыдова. Ее доклад назывался «Современные подходы к ведению беременных с врожденными пороками сердца, сердечной недостаточностью и нарушениями обмена железа». Юлия Владимировна отметила, что проблеме дефицита железа и сердечной недостаточности уделялось большое внимание в кардиологии при хронической сердечной недостаточности возрастных пациентов. Этиология изучавшейся у этих больных сердечной недостаточности происходит от ишемической болезни сердца и атеросклеротических изменений. Но, учитывая наличие когорты беременных с пороками сердца и сердечной недостаточностью, в ГУ «ИПАГ НАМН Украины» и Национального научного центра «Институт кардиологии имени академика Н.Д. Стражеско» было организовано совместное исследование, посвященное наличию скрытого дефицита железа у таких женщин. Актуальность исследования связана с тем, что не выявленный и не скорригированный вовремя дефицит железа и ЖДА значительно ухудшают прогноз пациенток.

Ю.В. Давыдова отметила, что в Украине на сегодня имеются до 40 000 детей, подростков и женщин репродуктивного возраста, прооперированных по поводу врожденных пороков сердца. Однако число непрооперированных или тех, у кого порок сердца не выявлен до этапа реализации репродуктивной функции, не имеет даже приблизительной численности. По мнению докладчицы и ее коллег-соавторов работы, одним из наиболее прогностически неблагоприятных факторов при хронической сердечной недостаточности яв-

ляется дефицит железа и ЖДА. Впервые данные по этой проблеме были опубликованы в 2010 году в статье французских коллег, и там впервые прозвучала информация о том, что материнские гематологические нарушения могут напрямую влиять на перенос кислорода. Если у женщины с пороком сердца и сердечной недостаточностью уже есть проявления гипоксии, то наслоение скрытого дефицита железа может значительно ухудшить состояние плода, вплоть до задержки его роста, а также, возможно, приводить к недоношенности, то есть, преждевременным родам. Говоря о гипоксии, Юлия Владимировна напомнила, что гипоксия на ранних стадиях беременности не приводит к структурным изменениям в сердце плода, так как самые ранние стадии эмбриогенеза происходят в анаэробных условиях. Однако во время II и III триместра кислород становится все более важным для растущего организма, нормального эмбрионального органогенеза и роста плода. Если на этапе II и III триместра плод начинает испытывать гипоксию, включаются защитные механизмы, проявление которых может развиваться у ребенка даже не в раннем детстве или отрочестве, а в гораздо более взрослом возрасте. Поэтому у женщины с врожденным пороком сердца скрытый дефицит железа запустит реакцию механизмов повышенной активации генов, отвечающих за рост плода, то есть, организм будет стараться каким-либо образом компенсировать имеющиеся нарушения. Доказано, что у детей, испытывавших гипоксию плода в антенатальный период, наиболее высокий риск ранней гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний во взрослой жизни.

В продолжение доклада Ю.В. Давыдова напомнила о понятии «оверлапа» – перекреста влияния дефицита железа или ЖДА без надлежащей коррекции у женщины с сердечной недостаточностью и беременностью. Последствия для матери и плода авторы доклада разделили на реализующиеся в короткий период времени, в средний и в длительный. В короткий – это усугубление сердечной недостаточности и тканевой гипоксии, что приводит к задержке внутриутробного роста плода и хроническому дистрессу, среднесрочное действие – это необходимость, возможно, досрочного родоразрешения и последствия преждевременных родов для матери. Говоря об этом, докладчица попросила присутствующих не забывать о том, что последствия преждевременных родов для матери – это также повышение сердечно-сосудистых рисков в будущем. Для плода в короткосрочном и среднесрочном действии последствиями являются недоношенность, проблемы физического и ментального развития. А влияние в течение длительного периода представляет собой заболеваемость, смертность, инвалидизацию у матери и раннее развитие гипертонических нарушений и сердечно-сосудистых заболеваний у ее ребенка.

В связи с этим Юлия Владимировна привела результаты исследования, проведенного в Институте педиатрии, акушерства и гинекологии и Институте кардиологии. Целью ис-

следования было оценить статус депо железа у беременных с врожденными пороками сердца и сердечной недостаточностью, и установить эффективность коррекции дефицита железа. Была выбрана группа из 64 беременных с врожденными пороками сердца и сердечной недостаточностью. Сердечную недостаточность оценивали по Нью-Йоркской классификации оценки сердечной недостаточности (НУНА) и у пациенток установлен класс II–III. Группа сравнения – это 24 здоровые беременные без кардиальной патологии. Важным аспектом, по мнению докладчицы, является оценка уровня депо железа. По уровню гемоглобина есть возможность оценить наличие анемии, однако оценить депо железа дают возможность более тонкие исследования. В частности, это возможно по растворимому рецептору трансферрина sTfR/log, насыщению трансферрином сыворотки TSAT, по сывороточному железу, сывороточному ферритину и трансферрину. Биомаркером сердечной недостаточности в исследовании был выбран аминотерминальный метаболит мозгового натрий-уритического пептида NT-proBNP как наиболее устойчивый и не подлежащий влиянию извне. В исследовании оценивали не только абсолютное число sTfR, а переводили его в логарифм, так как расчетные показатели считаются более четкими и информативными, чем оценка абсолютного числа. Исследование продемонстрировало, что в группе женщин с врожденными пороками сердца sTfR/log, насыщение сыворотки TSAT, сывороточное железо и ферритин были значительно ниже, чем в группе сравнения. В то же время, были проанализированы показатели дефицита железа у женщин в зависимости от сердечной недостаточности. Оказалось, что в группе сердечной недостаточности II класса по НУНА показатели выше, чем в группе III класса по той же классификации. Это означает, что с прогрессированием сердечной недостаточности у женщин выявляется больший дефицит железа. Был проанализирован уровень дефицита железа в зависимости от уровня NT-proBNP. Пороговым значением принята условная цифра в 130 пг/мл – она используется для возрастных больных с сердечной недостаточностью. Так как на сегодня нет отдельных пороговых значений для беременных, в исследовании также был принят этот порог. У женщин с высоким показателем NT-proBNP, то есть, с более выраженной сердечной недостаточностью, показатели дефицита железа оказались более выражены, чем у женщин, у которых этот показатель ниже. Следовательно, у женщин с врожденными пороками сердца и сердечной недостаточностью априори есть скрытый дефицит железа, который нужно корректировать. Дефицит железа, связанный с сердечной недостаточностью и наличием врожденного порока сердца, выявленных при помощи sTfR, сывороточного железа, сывороточного ферритина, стал основанием для назначения полимальтозного комплекса железа в дозе 100 мг железа дважды в день. Повторную оценку дефицита железа проводили через месяц после лечения.

В докладе был приведен клинический случай пациентки с неоперированной тетрадой Фалло, тяжелейшим врожденным пороком сердца, сердечной недостаточностью НУНА III, обратившейся в клинику на 28-й неделе беременности. В I триместре беременности уровень гемоглобина у пациентки составлял 110 г/л, что не обусловило более глубокого ее исследования. Наличие невыявленного скрытого дефицита в I триместре в последующем привело к тяжелой анемии плода уже к 28 нед. Пациентке был назначен Мальтофер. Через месяц исследователи не добились показателя гемоглобина 103 г/л, однако достигли восстановления депо железа по всем параметрам. Пациентке был назначен Мальтофер по 100 мг один раз в день в течение еще одного месяца. В результате проведенной коррекции дефицита железа удалось добиться значительного улучшения показателей насыщения

депо железа. Если даже не удалось достичь уровня гемоглобина больше 105 г/л, но насытив депо железа у этих женщин, удастся достичь нескольких целей: отсутствия усугубления сердечной недостаточности, которая могла бы быть при несоблюдении правил коррекции, а также снижения у них риска кровотечения в родах и послеродовых анемий. По мнению авторов исследования, представленного в докладе, профилактику скрытого дефицита железа и лечение анемий у этой категории больных следует проводить полимальтозатом железа в течение минимум месяца, а также рекомендуется поддерживающая терапия в течение следующего месяца. Полимальтозат железа был выбран, в том числе, и по причине высокой комплаентности пациенток. Ни у одной из пациенток Мальтофер не вызывал побочных эффектов, влияющих на качество жизни, они не отмечали рвоты, нарушения стула или других тяжелых осложнений, заставляющих женщин отказываться от железосодержащих препаратов. Кроме того, женщины с врожденными пороками сердца, особенно с тяжелой сердечной недостаточностью, нуждаются в приеме большого количества медикаментов – четырех-пяти фармакологических групп 2–3 раза в день. Подбирать сульфат железа в таком случае сложно, так как нужно избежать взаимодействия кардиального препарата и препарата железа. Полимальтозат железа был выбран благодаря тому, что при его назначении нет необходимости разводить во времени с приемом пищи или приемом других медикаментов. Высокую комплаентность обеспечили именно отсутствие побочных эффектов и удобство приема.

Завершая выступление, Ю.В. Давыдова резюмировала: у женщин с врожденными пороками сердца и тяжелой сердечной недостаточностью наличие дефицита железа и ЖДА без своевременной коррекции могут вызвать значительные перинатально-акушерские осложнения. Наиболее чувствительным для определения насыщения депо железа является sTfR/log, индекс сатурации трансферрина, то есть, так называемые расчетные показатели. Тяжесть железодефицита, по полученным в исследовании данным, соответствует степени сердечной недостаточности и уровню СН-NT-proBNP. Применение Мальтофера показало хорошие результаты коррекции у женщин с врожденными пороками и сердечной недостаточностью. Группа исследователей считают целесообразным внести в протокол антенатального наблюдения для женщин с врожденными пороками сердца и тяжелой сердечной недостаточностью определение ферритина и развернутого анализа крови в I триместре беременности, так как по развернутому анализу крови есть возможность рассчитать уровень железодефицита по формуле Ментцера.

Подробнее об использовании этой формулы Юлия Владимировна говорила в еще одном своем докладе, также представленном в рамках секционного заседания, посвященного вопросам экстрагенитальной патологии, интенсивной терапии и анестезиологии в акушерско-гинекологической практике. Второй ее доклад назывался «Анемия беременных и скрытый дефицит железа: стратегия и тактика борьбы». Начиная выступление, Ю.В. Давыдова отметила, что дефицит железа является проблемой не только бедных стран, но также и ведущих стран мира. У 2 150 000 000 человек в мире имеет место дефицит железа, ЖДА – у 1 200 000 000 человек. 90% всех анемий имеют компонент дефицита железа, а среди населения развитых стран его ощущают 11%. Дефицит железа отмечают во всем мире у 60% небеременных и у 90% беременных во всем мире, в развитых странах это число составляет более 30% женщин. ЖДА присутствует у 47% небеременных во всем мире и у 60% беременных, а в развитых странах это число составляет более 18% женщин.

Несвоевременные выявление и коррекция дефицита железа приводят к значительным негативным последствиям

как для матери, так и для плода. В частности, для матери это состояние угрожает снижением толерантности к кровопотере, снижением качества жизни (слабость, сонливость, головкружение), повышению риска послеродовых депрессий, снижению работоспособности, а также повышению риска слабости родовой деятельности. Говоря о влиянии дефицита железа на плод, Юлия Владимировна отметила, что это риск ранней и поздней реализации хронического гипоксического состояния, задержка внутриутробного роста, плод с малой массой тела, недоношенность и отставание в развитии. В группу наивысшего риска развития дефицита железа попадают женщины, у которых совпадают диетарные и демографические факторы, а также социальные факторы, такие, как употребление алкоголя, депрессии и бедность. Говоря об определении депо железа, Юлия Владимировна рекомендовала присутствующим в аудитории использовать данные не дорогого исследования по растворимому рецептору трансферрина sTfR, а более доступный индекс Ментцера ($MCV/RBC > 14 =$ дефицит железа), для определения которого необходимо проведение развернутого анализа крови.

Далее докладчица перешла к вопросу о тактике и стратегии ведения беременных с анемией и со скрытым дефицитом железа. Стратегия заключается в изменении характера и объема питания (оно должно быть разнообразным и адекватным по объему), а также в фортификации пищи железом. Для фортификации в западных странах применяют препараты железа, фолиевую кислоту, и этот опыт, вероятно, следует применить и в Украине, так как показатели дефицита железа в развитых странах ниже, чем у нас. Юлия Владимировна остановилась также на вопросе ранней диагностики и лечения воспалительных заболеваний. В последнее десятилетие с изучением влияния гепсидина на регуляцию обмена железа вопросу анемии хронического воспаления придают все большее значения. Хроническое воспаление может служить причиной того, что, даже при назначении качественного железосодержащего препарата в дозировке 200 мг железа в сутки, депо железа насыщаться не будет.

Говоря о тактике, Ю.В. Давыдова привела рекомендации Британского королевского колледжа (RCOG, 2011), в соответствии с которыми при показателе гемоглобина после родов менее 100 г/л назначают 100–200 мг железа на три месяца. Это помогает обеспечить длительность лактации, снизить риск послеродовой депрессии, улучшить самочувствие женщины, повысить трудоспособность. При тошноте и боли в эпигастрии назначают препараты с более низким содержанием железа. Рекомендуют избегать назначения препаратов с медленным высвобождением железа и форм препаратов с энтеральным покрытием. При воспалительных заболеваниях ЖКТ, непереносимости препаратов железа и развитии осложнений со стороны пищеварительного тракта, что особенно характерно для сульфатов, можно назначать внутривенное железо. Если гемоглобин при коррекции железодифицита во время беременности достигает нормального уровня, препараты рекомендуют назначать в течение 3 мес и до 6 нед после родов для восполнения депо железа. Для определения дефицита железа при первом визите по рекомендациям Британского королевского колледжа следует определять уровень ферритина.

Говоря о чувствительных методах определения железа, Юлия Владимировна напомнила о биомаркере sTfR. Она отметила, что трансмембранный протеин не является острофазным реактантом и отражает функцию транспорта железа в клетку, четко отражает экспрессию трансферрина на мембране клетки и дает понимание наличия или отсутствия дефицита железа. Показатель sTfR повышается в прямой зависимости от повышения концентрации рецепторов трансферрина. Этот метод является достаточно дорогим, однако его

необходимо рекомендовать при тяжелых патологиях – врожденных пороках, синдроме раздраженного кишечника, системной красной волчанке, гломерулонефрите и других аутоиммунных заболеваниях. В качестве примера докладчица привела клинический случай беременной 27 лет с дебютом системной красной волчанки в сроке 14 нед. При показателе гемоглобина 105 г/л, sTfR/log – 2,5, ферритина – 12 мг/дл был назначен Мальтофер в дозе 100 мг в сутки. Через 3 нед приема показатель гемоглобина составлял 106 г/л, показатели депо железа значительно улучшились.

Для дифференциации дефицита железа или ЖДА при первом обращении беременной рекомендуют определять показатели ферритина, насыщения трансферина, sTfR или проводить развернутый анализ крови. Для исключения анемии хронического воспаления определять гепсидин, интерлейкин-6 и С-реактивный протеин. Обязательно определение не только эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, особенно при первом обращении, поскольку это ведет к абсолютной недооценке депо и не способствует ни своевременной коррекции дефицита железа, ни профилактике всего спектра ЖДА. Правильное и своевременное выявление дефицита железа в антенатальный период с последующей терапией железосодержащими препаратами снижает риск кровопотери после родов и необходимость гемотрансфузии.

Идеальным вариантом коррекции дефицита железа и ЖДА является коррекция в прекоцепционный период. В I триместре есть возможность минимизировать последствия дефицита железа и не дать дефициту перерасти в ЖДА. Коррекция во II триместре позволяет минимизировать осложнения в родах и послеродовой период. В III триместре врачам лишь остается констатировать факт наличия дефицита железа или анемии и профилактировать только послеродовое нарушение. Послеродовой период, как отметила Юлия Владимировна, в этом отношении наименее изучен, практически отсутствует профилактика лактационных нарушений при дефиците железа и ЖДА, при этом усугубляется истощение депо железа, и это влияет на качество жизни женщины и последующие беременности.

Главными принципами коррекции дефицита железа и анемии в докладе были названы медицинские железосодержащие препараты (никаких БАД!), коррекция питания (включить в рацион продукты с высоким содержанием железа), контроль темпов повышения гемоглобина в течение 2–3 нед и обеспечение комплаентности пациентки. Говоря о выборе препарата, Ю.В. Давыдова напомнила, что при использовании сульфатов железа осложнения со стороны пищеварительного тракта составляют 1 на 100, а при применении полимальтозного комплекса железа – 1 на 10 000. Эффективность сульфатов железа и полимальтозата железа сопоставима, но токсичность и вероятность усугубления оксидантного стресса у полимальтозата железа значительно ниже. У полимальтозата железа (Мальтофер) нет взаимодействия с другими медицинскими препаратами основных групп, применяемых при беременности, и продуктами питания. Это делает препарат предпочтительным, особенно у беременных с хроническими заболеваниями.

Современной терапии коагулопатического кровотечения в акушерстве был посвящен доклад Р.А. Ткаченко, доктора медицинских наук, профессора кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П.Л. Шупика. Начиная выступление, он напомнил, что в 2012 году в Украине смертность от кровотечений была на первом месте, и в основном это пациентки с сопутствующей коагулопатией. Резерв снижения материнской смертности кроется в оказании правильной и своевременной медицинской помощи, направленной на остановку кровотечения и недопущение коагулопатий: в 2008 году в Европейском Союзе смертность от

кровотечений составила 1,7, а в Украине в этот же период – в 15 раз больше, почти 26,8. Руслан Афанасьевич напомнил, что именно коагулопатия является частым спутником акушерских кровотечений – в этой связи он привел давнее исследование, включавшее 500 женщин с послеродовыми гипотоническими кровотечениями. У 70% из них наблюдался шок, а у 80% – нарушения коагуляции. Профессор Ткаченко в своем докладе коротко остановился на патогенезе гемостаза при острой кровопотере, напомнив о существовании основных видов коагулопатии. Прежде всего, это потеря фактора свертывания, то есть, коагулопатия потери. При активации свертывающей системы, направленной на формирование тромба и остановку кровопотери, активация тромбообразования сопровождается потреблением оставшихся факторов свертывания и, следовательно, присоединяется коагулопатия потребления. В этом контексте профессор Ткаченко напомнил о принципах адекватной по объему, скорости и качественному составу инфузионной терапии. При шоке 3–4 степени скорость должна составлять не менее 100 мл в 1 мин, при этом происходит разведение и без того минимальных факторов свертывания, вследствие чего возникает дилуционная коагулопатия или коагулопатия разведения.

О наличии коагулопатии, по словам докладчика, врачам приходится буквально гадать, так как в Украине контроль коагулопатии согласно европейским стандартам практически нигде не производится. А стандартом является тромбоэластография или ее модификация ротационная тромбоэластография. Профессор Ткаченко отметил, что тромбоэластографы в Украине есть в единичных учреждениях, одно из которых – Хмельницкий областной перинатальный центр, где тромбоэластограф используют уже два года. Аппарат дает возможность в режиме он-лайн контролировать состояние системы коагуляции. Докладчик также напомнил о важности использования термосберегающих технологий при заместительной инфузионной терапии – температура вводимого раствора должна быть 37 °С.

Далее в докладе речь шла о комплексной терапии коагулопатического кровотечения. Среди перечисленных – препараты крови, антифибринолитики (Транексам), рекомбинантный фактор VIIa (Новосевен), концентрат протромбинового комплекса (Октаплекс), криопреципитат, вместо которого в западных странах применяют концентрат фибриногена, а также адекватная по объему, скорости и качественному составу инфузионная терапия, хирургический гемостаз и местный гемостаз. Профессор Ткаченко остановился на преимуществах Транексама, обладающего в 10 раз более высокой активностью в сравнении с аминокaproновой кислотой. Важнейшим из них является то, что транексамовую кислоту можно применять до получения лабораторных показателей, подтверждающих наличие или отсутствие коагулопатии. Препарат является практически безопасным, так как теоретически риск тромбоза возможен при 400-кратном превышении дозы. Одномоментная рекомендуемая доза составляет 1000 мг, повтор дозы возможен через 8 ч. Вводить препарат необходимо с учетом правил безопасности, внутривенно со скоростью не более 1 мл в минуту. В докладе были приведены собственные данные, полученные в 2008 году и свидетельствующие об эффективности транексамовой кислоты при предполагаемых кровопотерях при кесаревом сечении (многоплодная беременность, многоводие, нарушение сократительной деятельности матки при ургентной операции).

Следующий фактор, о применении которого шла речь в докладе, – концентрат протромбинового комплекса, представляющего собой фактически «концентрированную» плазму, где имеются четыре фактора свертывания в достаточно высокой концентрации – 2, 7, 9-й и 10-й, а также антикоагулянты (протеин С и протеин S), гепарин и цитрат на-

трия (препарат Октаплекс). Последней «линией обороны» докладчик назвал применение рекомбинантного фактора VIIa в случаях неэффективности предыдущей терапии, напомнив также, что целевыми показателями при терапии кровотечений должны быть температура в подмышечной впадине выше 35,5 °С, pH крови больше чем 7,2, уровень ионизированного кальция должен превышать 1 ммоль/л, гемоглобин в пределах 90 г/л, фибриноген – более 1,5 г/л.

Профессор Ткаченко напомнил, что перенесенный шок, в том числе и связанный с кровопотерей, сопровождается оксидативным стрессом. В этой связи в докладе был упомянут препарат Мальтофер, полимальтозат трехвалентного железа, позволяющий постепенно нормализовать уровень железа и при этом, в отличие от двухвалентного железа, являющийся значительно менее токсичным и не вызывающим осложнений. Однако если таблетированная форма полимальтозата железа используется у уже выздоравливающих пациенток, то в случаях, о которых шла речь в докладе, необходимым является внутривенное введение, так как есть необходимость быстрого повышения уровня железа. В этой связи в докладе был упомянут препарат Венофер, две ампулы которого идентичны одной дозе эритроцитарной массы. Профессор Ткаченко представил выдержку из рекомендаций по применению Венофера, где указано следующее: 1 ампулу препарата следует растворить в 100 мл, и первые 25 мл вводить со скоростью 12 капель в минуту в течение 30 мин, при нормальной переносимости оставшиеся 75 мл вводят со скоростью 36 капель в минуту. Соблюдение скоростного режима важно для того, чтобы не вызвать дискомфортное состояние у пациентки. Докладчик отметил, что он и его коллеги несколько отошли от рекомендаций и разводят 2 ампулы в 200 мл и за первые 30 мин вводят 50 мл со скоростью 25 капель в минуту, а следующие 150 мл – со скоростью около 70–75 капель в минуту.

О преимуществах полимальтозата железа шла речь и в контексте лечения эндометриоза в докладе заместителя директора по научной работе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАНМ Украины», доктора медицинских наук, профессора Т.Ф. Татарчук на тему «Международные стандарты лечения эндометриоза», представленного в рамках сессионного заседания «Эндокринная гинекология». Во время своего выступления Татьяна Феофановна предложила сосредоточить внимание на задержке в диагностике эндометриоза, его множественной симптоматике, а также о необходимости длительного лечения эндометриоза как хронического заболевания. Вначале выступления было отмечено, что проблема эндометриоза изучается с 1927 года. Самым плодотворным в плане нормативных документов был 2013 год. В частности, в 2013 году были представлены Глобальный консенсус Всемирного общества по эндометриозу (World Endometriosis Society) и руководство Европейского общества репродуктологии и эмбриологии (ESHRE). В документах продолжается дискуссия о том, является ли эндометриоз хирургическим или терапевтическим заболеванием, однако однозначно оно является хроническим заболеванием, требу-



ющим постоянного контроля и мониторинга думающим врачом, способным принять правильное решение о методах, сроках и длительности лечения, а при необходимости операции – выбрать правильный доступ и объем. Как отметила Татьяна Феофановна, каждый врач должен стараться проводить лечение так, чтобы его операция для данной пациентки была последней. Таким образом, эндометриоз является первично терапевтическим заболеванием с хирургической альтернативой. Пациентки с поверхностным эндометриозом или подозрением на этот диагноз лечатся консервативно.

Цель Глобального консенсуса, на который профессор Татарчук ссылалась в своем докладе, – достичь согласия по вопросам ведения эндометриоза на основании доказательных данных и улучшить качество жизни женщин. Особенность этого документа в том, что это первый документ такого рода, в разработке которого участвовали общественные организации пациентов (16 сообществ пациенток). Пациентки оценили диагностику и терапию, их мнение было учтено. В Консенсусе обозначено, что после начала проявления симптомов пациентка в среднем через год впервые обращается к врачу, и в среднем около 7 лет длится установление диагноза. Татьяна Феофановна отметила, что если бы диагноз устанавливали раньше, то благодаря вовремя назначенной консервативной терапии другой была бы ситуация и с хирургическим лечением – пациентки с эндометриозом не переносили бы в среднем по пять хирургических вмешательств. Говоря о диагностике, докладчица акцентировала внимание аудитории на том, что болезненные месячные, на которые жалуются пациентки, не являются нормой. Для родителей это повод вести девочку-подростка к врачу, чтобы назначить ей адекватное лечение, так как в 22 года или старше она уже обратится к специалисту с жалобами на бесплодие, и именно в таком возрасте впервые будет обнаружен эндометриоз. Хорошо переносимые, доступные лекарственные средства – НПВП, КОК, прогестагены – рассматриваются в качестве медикаментозной терапии первой линии даже при лапароскопически подтвержденном эндометриозе. Терапия второй линии – агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (Гн-Рг), которые можно принимать в сопровождении заместительной гормональной терапии – даназол и левоноргестрелвыделяющая система. В рекомендациях ESHRE указаны практически те же гормональные препараты, при этом КОК имеют уровень доказательности D, а прогестагены – уровень доказательности A. В этом контексте докладчица упомянула препарат Визан, а также агонисты Гн-Рг и ингибиторы ароматазы. При выраженном болевом синдроме могут быть рекомендованы НПВП.

Далее профессор Татарчук напомнила об исследовании, опубликованном в 2011 году Чарльзом Шаброном, в котором было установлено, что при наличии поверхностного эндометриоза или эндометриомы, применение КОК в прошлом или настоящем может быть достаточно эффективным в отношении симптомности данного заболевания. Однако что касается глубокого инфильтративного эндометриоза,

риск его повышается при применении КОК в настоящий момент – до 1,9, в случае, если женщина когда-либо применяла КОК в прошлом – 4,2. В случае если девочке с дисменореей, не живущей половой жизнью, назначить КОК, в будущем повышается риск развития у нее глубокого инфильтративного эндометриоза. Однако в ситуации, если она живет половой жизнью и ей нужна контрацепция, возможно назначение КОК, преимущественно с диеногестом в его составе.

Далее в докладе обсуждались немедикаментозные методы лечения боли. По данным ESHRE, как отметила Татьяна Феофановна, методы комплементарной медицины не являются доказательными, однако если пациентки считают, что лучше чувствуют себя, например, при умеренных физических нагрузках или низкожировой диете, эти методы можно рекомендовать и применять. Докладчица предпочла назвать эти возможности терапией сопровождения.

В Глобальном консенсусе среди методов немедикаментозной терапии, не имеющих доказательств эффективности, однако используемых, упомянуты в качестве терапии сопровождения нейромодуляторы, пищевые добавки, рефлексотерапия, гомеопатические и растительные препараты, антиоксиданты. В Консенсусе потребление витаминов, минералов, солей, рыбьего жира и других антиоксидантов предполагается как альтернатива гормональной терапии, однако профессор Татарчук предложила называть их терапией сопровождения.

Кратко напомнив о преимуществах и проблемных сторонах хирургического подхода, профессор Татарчук сделала акцент на важности послеоперационной адъювантной терапии курсом до шести месяцев, но не менее трех. Она также остановилась на роли оксидативного стресса в механизме развития эндометриоза. Хронический оксидативный стресс индуцируется избыточным количеством «свободного железа», что приводит к нарушению антиоксидантных механизмов, повреждению клеток и их ДНК, усилению воспалительных процессов. Изменение структуры белков семейства трансферринов, нарушая баланс в системе оксидант – антиоксидант, могут привести к повышению концентрации продуктов перекисного окисления, что приводит к полиморфизму генов детоксикации и способствует возникновению эндометриоза.

Оксидативный стресс, наряду с анемией при эндометриозе, составляет значительную проблему. Возникает вопрос о наиболее правильном выборе препарата в лечении данного контингента больных. По словам Татьяны Феофановны, полимальтозат железа – Мальтофер – препарат выбора в лечении анемии у пациенток с эндометриозом. Данный препарат выгодно отличается от солей двухвалентного железа, которые обладают способностью вызывать оксидативный стресс и в избыточном количестве являются токсичными для сосудов. В свою очередь Мальтофер зарекомендовал себя как эффективное и безопасное средство, способствующее улучшению общего состояния и качества жизни пациенток с эндометриозом.