

МЕДЕФЕР

ЕФЕКТИВНЕ ВІДНОВЛЕННЯ РІВНЯ ЗАЛІЗА ПРИ ЙОГО НЕСТАЧІ В ОРГАНІЗМІ!

СУЧАСНА КОМБІНАЦІЯ ЗАЛІЗА, ВІТАМІНІВ ТА МІНЕРАЛІВ!

- КОМПЛЕКСНО ДІЄ НА ПРИЧИНИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТУ
- ДОЗВОЛЯЄ УСУНУТИ ОСНОВНІ ПРИЧИНИ АНЕМІЇ – ДЕФІЦИТ ЗАЛІЗА, ФОЛАТУ, І ВІТАМІНУ В12
- ШВИДКО НОРМАЛІЗУЄ РІВЕНЬ ГЕМОГЛОБІНУ

СИНЕРГІЗМ МІНЕРАЛІВ І ВІТАМІНІВ – підвищує ступінь засвоєння заліза в шлунково-кишковому тракті, забезпечує антиоксидантний захист від вільних радикалів, що утворюються в умовах анемії.



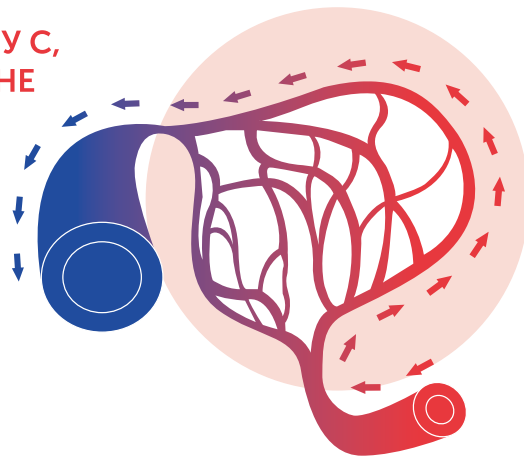
1 КАПСУЛА АБО 5 МЛ СУСПЕНЗІЇ МЕДЕФЕРУ НА ДОБУ УСУВАЄ АНЕМІЮ У ВАГІТНИХ!

ГРАНДРУТІН

АНГІОПРОТЕКЦІЯ І КОРЕКЦІЯ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ!

ЗАВДЯКИ ПІДВИЩЕНОМУ ВМІСТУ РУТИНУ, ВІТАМІНУ С, ЦИНКУ ТА СЕЛЕНУ, СИСТЕМНО ДІЄ НА КРОВОНОСНЕ РУСЛО ТА ОРГАНІЗМ ВЦІЛОМУ:

- ЗМІЦНЮЄ СУДИННУ СТІНКУ,
- ЗНИЖУЄ ПРОНИКНІСТЬ І ЛАМКІСТЬ КАПІЛЯРІВ
- ПОКРАЩУЄ ЕЛАСТИЧНІСТЬ СУДИН
- ПОКРАЩУЄ ФУНКЦІЇ ФОРМЕНИХ ЕЛЕМЕНТІВ КРОВІ
- НОРМАЛІЗУЄ КРОВООБІГ



1 КАПСУЛА ГРАНДРУТИНУ НА ДОБУ ЗАПОБІГАЄ КРОВОВИЛИВАМ ТА КРОВОТЕЧІ!



МЕДЕФЕР. 1 капсула містить: заліза фумарату – 187,5 мг (що еквівалентно 60 мг елементарного заліза, згідно з рекомендаціями ВОЗ), вітаміну С – 70 мг, Вітаміну В12 – 3 мкг, марганцю глюконату – 13,60 мг, міді глюконату – 5 мг, фолієвої кислоти – 400 мкг. **1 доза суспензії (5 мл) містить:** заліза глюконату – 545,45 мг (що еквівалентно 60 мг елементарного заліза, згідно з рекомендаціями ВОЗ), вітаміну С – 70 мг; вітаміну В12 – 3 мкг; марганцю глюконату – 13,63 мг (що еквівалентно 1,5 мг елементарного марганцю), міді глюконату – 5 мг (що еквівалентно 0,7 мг елементарної міді), фолієвої кислоти – 400 мкг. **Рекомендації до застосування:** латентний дефіцит заліза, залізодефіцитна анемія, в тому числі у вагітних жінок.

Спосіб застосування та рекомендована добова доза: по 1-2 капсулі на добу. Вагітним по 1 капсулі на добу. Суспензії по 5 мл один раз на добу, перед вживанням збовтати. Перед застосуванням рекомендується проконсультуватися з лікарем. **Протипоказання:** індивідуальна непереносимість компонентів.

Не є лікарським засобом! Повна інформація розміщена в листку-вкладиші. **Виробник: капсули** – Grand Medical Poland Sp. z o.o. Michaela Faradaya 2, 03-233 Warsaw, Poland, tel.: +48 22 35 00 270, fax +48 22 35 00 277 для Grand Medical Group AG, Switzerland; **суспензія** – Miquel Y Garriga S.L., Joaquim Costa, 18 1 a, 08930 MONGAT, Barcelona, Spain, Tel: +93469 22 66 для Grand Medical Group AG, Switzerland.

ГРАНДРУТИН. 1 капсула містить: Рутину – 312,5 мг, Вітаміну С – 28,12 мг, Оксиду Цинку – 6,25 мг, Селену – 50 мкг. **Рекомендації до застосування:** для попередження гіповітамінозу вітамінів Р (рутину) та С; для запобігання ламкості капілярів, крововиливів і кровотеч, підвищення імунітету, як протинабряжлого засобу; в складі комплексного лікування при підвищеній проникності капілярів при деяких захворюваннях (геморагічний діатез, капіляротоксикоз, флебіт, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, трофічні виразки, маткові кровотечі, гломерулонефрит, септичний ендокардит, ревматизм; ретинопатії, крововилив у сітківку ока); при ураженні капілярів в результаті тривалого прийому антикоагулянтів і саліцилатів; при вірусних інфекціях, включаючи грип. **Протипоказання:** не приймати при підвищеній чутливості до будь-якого з компонентів, при підвищеному згортанні крові, тромбофлебіті, схильності до тромбозів. Перший триместр вагітності.

Не є лікарським засобом! Повна інформація розміщена в листку-вкладиші. **Виробник:** Grand Medical Poland Sp. z o.o. Michaela Faradaya 2, 03-233 Warsaw, Poland, tel.: +48 22 35 00 270, fax +48 22 35 00 277 для Grand Medical Group AG, Switzerland.

Представник: Представництво "Гранд Медикал Груп АГ" в Україні, 04112, Київ, вул. Дегтярівська, 62. Тел.: +38 044 209 95 47. Інформація для професійної діяльності в галузі охорони здоров'я.

Практический взгляд на комплексный подход к ведению пациенток с лейомиомой матки

9-10 февраля 2018 года в г. Киеве при поддержке Национальной академии медицинских наук Украины, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», ВОО «Ассоциация гинекологов-эндокринологов Украины» состоялся семинар «Школа женского здоровья «Гармония гормонов – основа здоровья женщины». Основной целью мероприятия стало профессиональное совершенствование медицинских специалистов, а также внедрение, адаптация и продвижение мультидисциплинарного подхода к оказанию квалифицированной медицинской помощи в повседневной клинической практике врача акушера-гинеколога. Для лучшей реализации задуманного организаторами был выбран такой динамичный формат, как разбор клинических случаев в виде мультидисциплинарного консилиума. Благодаря совместным усилиям докладчиков, участников и иностранных гостей была создана благоприятная атмосфера для обмена информацией о современных тенденциях и последних достижениях в диагностике, профилактике и лечении наиболее распространенных и опасных состояний в практике акушера-гинеколога. Такой формат научно-практической встречи позволил охватить наиболее актуальные вопросы и проблемы акушерско-гинекологической сферы. Одной из важных тем, которой было уделено особое внимание, стало определение рационального подхода к ведению пациенток с лейомиомой матки. В частности, обсуждался выбор схем сопроводительной медикаментозной терапии железодефицитных состояний, наиболее распространенных при данной патологии, что особенно актуально перед хирургическим вмешательством.

Лейомиома матки (ЛМ) — одно из самых распространенных доброкачественных новообразований, выявляемое практически у каждой второй женщины (B.S. Levy, 2008). Несмотря на то что ЛМ не является злокачественной, она нередко сопровождается характерными симптомами (болевым синдромом, меноррагиями, признаками компрессии смежных органов — учащенным или затрудненным мочеиспусканием, запорами и т.д.), причиняющими пациенткам серьезный дискомфорт и значительно снижающими качество их жизни. Однако даже при бессимптомном течении ЛМ нередко обуславливает нарушения репродуктивной функции вплоть до развития бесплодия и привычного невынашивания беременности (F. Parazzini et al., 2006).

В некоторых литературных источниках к основным причинам меноррагии при ЛМ относят наличие подслизистых узлов, однако доказательств того, что эндометрий над такими образованиями отличается от покрывающей другие участки матки слизистой оболочки, нет (A.T. Khan et al., 2014). Независимо от локализации в матке, ЛМ может приводить к дисрегуляции местных факторов роста, вызывая патологию сосудов, что способно усугублять ситуацию, увеличивая потерю крови при меноррагиях. Однако достоверная связь между наличием ЛМ и нарушением менструального цикла на сегодняшний день не установлена (J.L. Marino et al., 2004).

Жалобы на ощущение сдавливания и боль в тазовой области встречаются реже. Имеются отдельные описания наличия у пациенток гигантских узлов, сопровождавшихся ощущением дискомфорта в малом тазу, дыхательной недостаточностью, а также нарушениями функций мочевой системы и кишечника (запором).

Хотя у большинства пациенток с ЛМ имеются характерные симптомы, всегда следует помнить о высокой распространенности случаев бессимптомного течения. Отсутствие перечисленных выше проявлений не исключает наличия ЛМ, чем и объясняется необходимость рационального подхода к диагностике. При этом наиболее простым, достаточно информативным и не требующим специального оборудования методом является бимануальная пальпация.

Магнитно-резонансная томография незаменима в тех случаях, когда необходимо установить точную локализацию узлов (обычно перед операцией), но в то же время это и самый дорогостоящий метод. На начальных этапах рационально использовать трансвагинальную ультрасонографию, а для более точной оценки параметров ЛМ — соногистерографию и гистероскопию.

Лечебная тактика при ЛМ еще не так давно основывалась на устранении патологического очага, и большинству пациенток рано или поздно выполняли гистерэктомию. Однако сегодня существуют органосохраняющие методики хирургического лечения, которые позволяют избежать большого количества нежелательных последствий, связанных с высокой травматичностью методов оперативных вмешательств:

- консервативная миомэктомия (с использованием лапаротомического, лапароскопического либо вагинального доступа);
- миолитизис (с применением лазерного луча, диатермии, крио- или радиочастотного воздействия);
- гистероскопическая резекция миомы, абляция эндометрия;

- сфокусированный высокочастотный ультразвук;
- рентгенэндоваскулярная билатеральная эмболизация маточных артерий;
- лапароскопическая или вагинальная окклюзия маточных артерий.

Ввиду наличия достаточно большого количества консервативных методов хирургического лечения ЛМ полезным будет рассмотреть несколько клинических случаев.



Клинический случай ЛМ из своей практики подробно описала ведущий научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук Наталья Васильевна Косой.

— Пациентка В., 21 год, направлена в гинекологическое отделение врачом другой клиники, куда пациентка обратилась накануне, с жалобами на боль внизу живота, отсутствие дефекации на протяжении 4 дней, задержку отхождения газов в течение суток, умеренную тошноту, общую слабость и мельтешение «мушек» перед глазами.

При анализе анамнестических данных было установлено, что пациентке в 1999 г. была проведена коррекция тетрады Фалло, а с 2015 г. она находилась на диспансерном учете по поводу ЛМ.

Предварительный диагноз: кишечная непроходимость механического типа? Лейомиома матки. Гипохромная анемия II степени. Состояние после радикальной коррекции тетрады Фалло (1999 г.). Недостаточность аортального клапана I степени. Недостаточность трехстворчатого клапана I-II степени. Легочная гипертензия I степени. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Рекомендовано: оперативное лечение в объеме надвлагалищной ампутации матки.

23.03.2017 пациентка была осмотрена научными сотрудниками отделения эндокринной гинекологии.

Из анамнеза: родов и аборт не было. Менархе в 11 лет. Менструации регулярные, обильные, безболезненные, длительность кровянистых выделений — 5 дней. Менструальный цикл — 30 дней. Последняя менструация в виде аномального маточного кровотечения — 07.03.2017. Объективный осмотр: телосложение пациентки астеническое, кожа и видимые участки слизистой оболочки бледные.

Данные лабораторных исследований (биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи) — без особенностей; эритроциты — $2,8 \times 10^{12}$ г/л, уровень гемоглобина — 87 г/л, ферритина — 6,2 нг/мл.

Заключение ультразвукового исследования (УЗИ): признаки ЛМ.

Назначено лечение: 1 курс приема улипристала ацетата в рекомендуемых дозировках; железа карбоксимальтозат 1000 мг внутривенно с последующим переходом на железа (III) гидроксид полимальтозат по 1 таблетке 2 раза в сутки.

После окончания лечения улипристала ацетатом, согласно УЗИ органов малого таза (ОМТ) от 26.06.2017, выявлено: существенное

уменьшение васкуляризации узла, а также нормализацию показателей гемограммы: эритроциты — $3,6 \times 10^{12}$ /л, уровень гемоглобина — 121 г/л, ферритина — 12,3 нг/мл.

Назначено: аналог гонадотропин-рилизинг-гормона (гозерелин) в дозе 10,8 мг подкожно; Медефер — 1 капсула 1 р/сут — с целью купирования постгеморрагической железодефицитной анемии.

Через 3 месяца, согласно данным УЗИ ОМТ от 23.09.2017, выявлено: уменьшение размера матки на 63,58%, уменьшение размера узлов на 80,2%.

Рекомендовано оперативное лечение. Пациентка консультировалась в Институте сердца, противопоказаний к операции не выявлено.

15.11.2017 выполнена лапаротомия, консервативная миомэктомия.

Послеоперационный период — без осложнений. По данным УЗИ ОМТ от 17.01.2018, патологии ОМТ не выявлено.



Клинический случай из своей практики, в котором особое внимание было уделено выбору метода оперативного лечения ввиду сложной ситуации у пациентки, представил кандидат медицинских наук Александр Васильевич Попков.

— Пациентка Н., 47 лет. В анамнезе в последние 5 лет — растущая миома матки. Множественные интрамуральные миомы от 3 до 7 см, размер матки до 12 недель.

Из анамнеза: кесарево сечение. Операция по поводу непроходимости кишечника. Грыжесечение с установкой сетчатого имплантата. Также в анамнезе значатся 2 гистероскопии и 4 инструментальных ревизии полости матки.

Менструации регулярные, очень обильные. Кровотечение купируется назначением препарата транексамовой кислоты.

Колебания уровня гемоглобина от 78 до 96 г/л. Уровень ферритина — 15 нг/мл.

Пациентке был назначен железа фумарат — Медефер.

Из-за большого количества оперативных вмешательств в анамнезе и регулярных обильных кровотечений пациентка выбрала гистероскопическую резекцию миомы с абляцией эндометрия.

Для подготовки пациентки к оперативному вмешательству применялся аналог гонадотропин-рилизинг-гормона в дозе 10,8 мг (1 инъекция).

Таким образом, независимо от выбора метода оперативного вмешательства общая тактика лечения в представленных выше клинических случаях основывалась на комплексном и индивидуальном подходе к каждой пациентке. Особое внимание во время своих выступлений оба докладчика обратили на железодефицитные состояния у пациенток, возникшие вследствие значительных кровопотерь.

Кровопотеря вследствие хирургических манипуляций, как и на фоне меноррагии, часто сопутствующей ЛМ, характеризуется высоким риском развития анемии. При этом наличие предоперационной анемии требует особого внимания всего оперирующего персонала — от анестезиологов до хирургов, поскольку

существенно ухудшает послеоперационный прогноз. Так, S. Leichtle и соавт. (2011), проанализировав данные исследований с участием более 23000 прооперированных пациентов, представленных в базе National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP), установили, что наличие анемии, даже легкой степени, является независимым предиктором развития послеоперационных осложнений и повышения летальности в течение 30 дней. В связи с этим в руководстве Европейского общества анестезиологов (2013) рекомендуется оценивать гематологический статус пациентов, которым показана плановая операция, за 4-8 недель до вмешательства. При выявлении анемии необходимо сразу же сфокусироваться на коррекции железодефицитного статуса посредством назначения пероральных форм железа. При этом стоит учитывать, что способность организма всасывать железо из пищи в желудочно-кишечном тракте ограничена, в то время как для повышения уровня гемоглобина на 1 г/л здоровому человеку требуется около 200 мг этого макроэлемента. В связи с этим следует более подробно рассмотреть возможность нутритивной поддержки витаминно-минеральными комплексами, содержащими в своем составе легкоусвояемые формы железа.

К таким средствам, доступным сегодня на фармацевтическом рынке Украины, относится диетическая добавка Медефер (Grand Medical Group AG, Швейцария). Медефер — это современная комбинация железа фумарата 187,5 мг (эквивалентно 60 мг элементарного железа), марганца глюконата 13,6 мг (эквивалентно 1,5 мг элементарного марганца) и меди глюконата 5 мг (эквивалентно 0,7 мг элементарной меди), витаминов С и В₁₂ (70 мг и 3 мкг соответственно), а также фолиевой кислоты (400 мкг) в дозировках, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения. Согласно инструкции, Медефер разрешен к применению у беременных. Поэтому его прием за счет входящей в состав фолиевой кислоты предупреждает дефицит фолатов у данной группы пациенток.

Эффективность и механизм действия комплекса Медефер определяется его составом. Железа фумарат — органическая соль двухвалентного железа, которая быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте, характеризуется высоким уровнем биодоступности (класс доказательности IА), лучшей переносимостью и быстрым достижением терапевтического эффекта — восстановления уровня гемоглобина и депо железа в организме.

Витамины, которые входят в состав диетической добавки Медефер, способствуют предотвращению образования нерастворимых и неабсорбируемых соединений железа, а также поддержанию оптимального уровня рН, что содействует лучшему усвоению железа в желудочно-кишечном тракте. Марганец и медь также обеспечивают повышение усвоения железа в желудочно-кишечном тракте, антиоксидантную защиту от свободных радикалов, образующихся в условиях анемии.

Таким образом, приоритетными направлениями в лечении пациенток с ЛМ являются органосохраняющие методы. Терапию следует начинать сразу после выявления ЛМ. В случае больших размеров лейомиоматозных узлов основной целью лечения является уменьшение величины новообразований. Следует учитывать, что при выборе тактики оперативного вмешательства у женщин, желающих сохранить возможность деторождения, предпочтение нужно отдавать консервативной миомэктомии. Важно помнить, что в предоперационный период с целью нормализации уровня гемоглобина у пациенток и предотвращения послеоперационных септических осложнений необходимо применять препараты железа. Однако не следует забывать и о послеоперационных анемиях, возникающих вследствие кровопотери при хирургических вмешательствах. В обоих случаях хорошим вспомогательным способом коррекции дефицита железа будет назначение такой диетической добавки к рациону питания, как Медефер.

Подготовила Марина Титомир

