



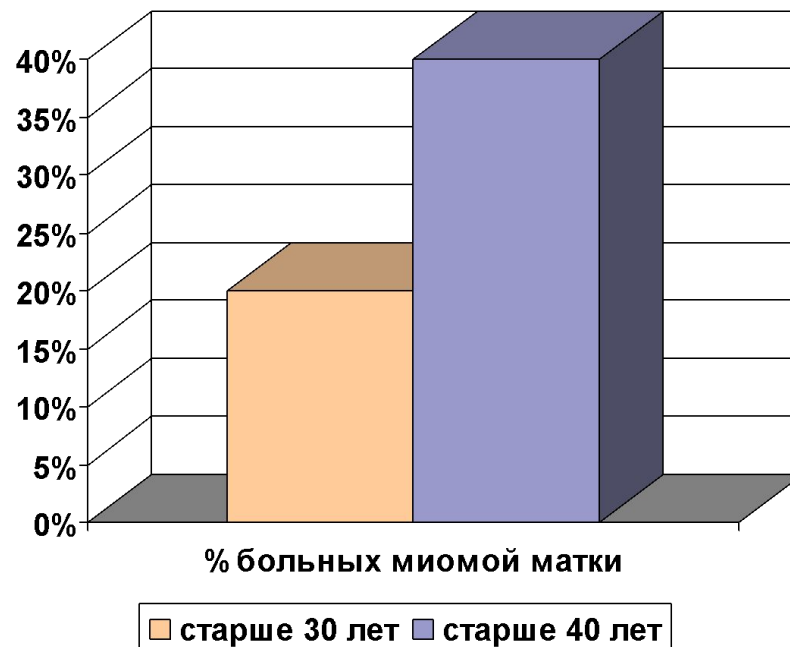
Миома матки

Миома – самое распространённое доброкачественное опухолевидное образование из гладкомышечных элементов с последующем фиброзированием в условиях тканевой гипоксии.



Распространённость патологии:

- Встречается у 20% женщин старше 30 лет
- До 40% женщин старше 40 лет
- 80% операций в гинекологии



ГМК (гладкомышечная клетка)

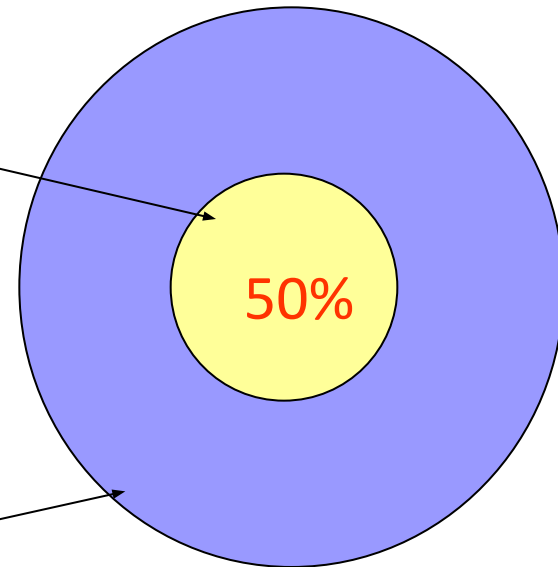


- Значительная способность к пролиферации
- Пролиферативная активность под влияние прогестерона: во время лютеиновой фазы и в период беременности.

Каждый миоматозный узел состоит:

- 📌 Стабильное ядро
Тот объём, который остаётся
после любого регрессионного
метода лечения.
Примерно 50%

- 📌 Регрессируемая часть
Объём, который может
уменьшиться.



Клинически незначимый размер узла?

Миоматозный узел не может исчезнуть полностью, даже при полном прекращении его кровоснабжения.

Его предельно минимальный размер определяется стабильным ядром.

- Зависит от локализации.

/Для субмукозного узла клинически незначимого размера не существует/.

- Примерно составляет 15 - 20 мм.

Подходы к лечению миомы матки:

- Радикальный – гистерэктомия.
«Нет органа – нет проблемы».

Показания: наличие гигантских миом и невозможность использования других методов.

- Консервативно-пластический: миомэктомия.

Ограничением является отсутствие технической возможности выполнить подобную операцию.

Показания:

- 1. Привычное невынашивание беременности*
- 2. Миоматозные узлы с центрипитальным ростом*
- 3. Миома – причина бесплодия*
- 4. Поздний репродуктивный возраст.*



Подходы к лечению миомы матки:

- Стабильно-регрессионный подход

Прекращение кровоснабжения миоматозных узлов: ЭМА, трансвагинальная окклюзия, лапароскопическое или лапаротомическое лигирование маточных артерий.

Противопоказания:

Гигантские узлы, пограничные или злокачественные процессы



Подходы к лечению миомы матки:

- Временно-регрессивный подход

Суть метода в уменьшении миоматозных узлов до клинически незначительных размеров (15мм) с последующей стабилизационным этапом или наступлением менопаузы.

Интукторы регрессии (агонисты ГРГ, блокаторы рецепторов к прогестерону) уменьшают размер узла максимум до 50%. Их нецелесообразно применять при узлах не более 3-4 см в диаметре.



Индукторы регрессии: Агонисты ГнРГ и Антигонадотропины



-Могут наполовину уменьшить размер узла
-Купируют меноррагию и боли в области таза
-Угнетают маточный кровоток и повышают гемоглобин и гематокрит.

-Количество эстрогеновых и прогестероновых рецепторов не изменяется
-Нет влияния на апоптоз в миоме матки



Т.е. уменьшение размеров миомы связано со снижением циркуляции половых гормонов, а не изменениями в рецепторах



Используются в течение 6 месяцев. Более длительный приём нецелесообразен из-за побочных действий.

+

-

Как стабилизировать достигнутый эффект? Как исключить рецидивы и провести их профилактику?

- I этап лечения – базовая терапия
Агонисты ГнРГ, антигонадотропины,
миомэктомия
- II этап – поддерживающая терапия
Приём КОК до планируемой
беременности или менопаузы.

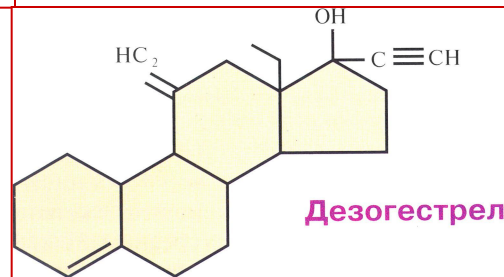
Механизм действия КОК, препятствующий росту миомы, связан с гестагенным компонентом.

Эффективность различных гестагенов и доза в оральных контрацептивах*

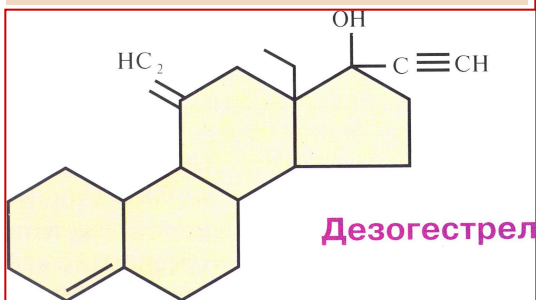
Название препаратов	Доза, вызывающая секреторную трансформацию (мг/цикл)	Доза, подавляющая овуляцию (мг/сут)	Доза в драже (мг/сут)
Гестоден /Линдинет-20, Линдинет-30/	3	0,03	
Дезогестрел /Новинет, Регулон/	2	0,06	0,025-0,15
Левоноргестрел	5	0,06	0,05-0,25
Норгестимат	7	0,2	0,18-0,25
НЭТА	50	0,5	0,5-2,0
Норэтистерон	120	0,4	0,5-2,0
Хлормадинона ацетат	25	1,7	1,0-2,0
Диеногест	4	1,0**	2
Ципротерона ацетат	25	1	2
Дроспиренон	50	2	3

«Сильные гестагены»

Дезогестрел имеет
выраженный аффинитет к
рецепторам прогестерона и
способен оказывать
блокирующее действие на
рецепторы прогестерона.



Блокируя рецепторы к прогестерону, дезогестрел не вызывает пролиферативных изменений в миометрии



Дизайн исследования: основная группа

162 больных миомой,
возрасте от 20 – 53
лет

Группа IA: 60
пациенток

- 1,6-5,9 см миомы
- Неместран 2,5 мг x 2 раза в неделю (6 месяцев)
- Новинет по контрацептивной схеме

Группа IB: 52
пациентки

- 1,3 – 3,4 см
- Новинет по контрацептивной схеме

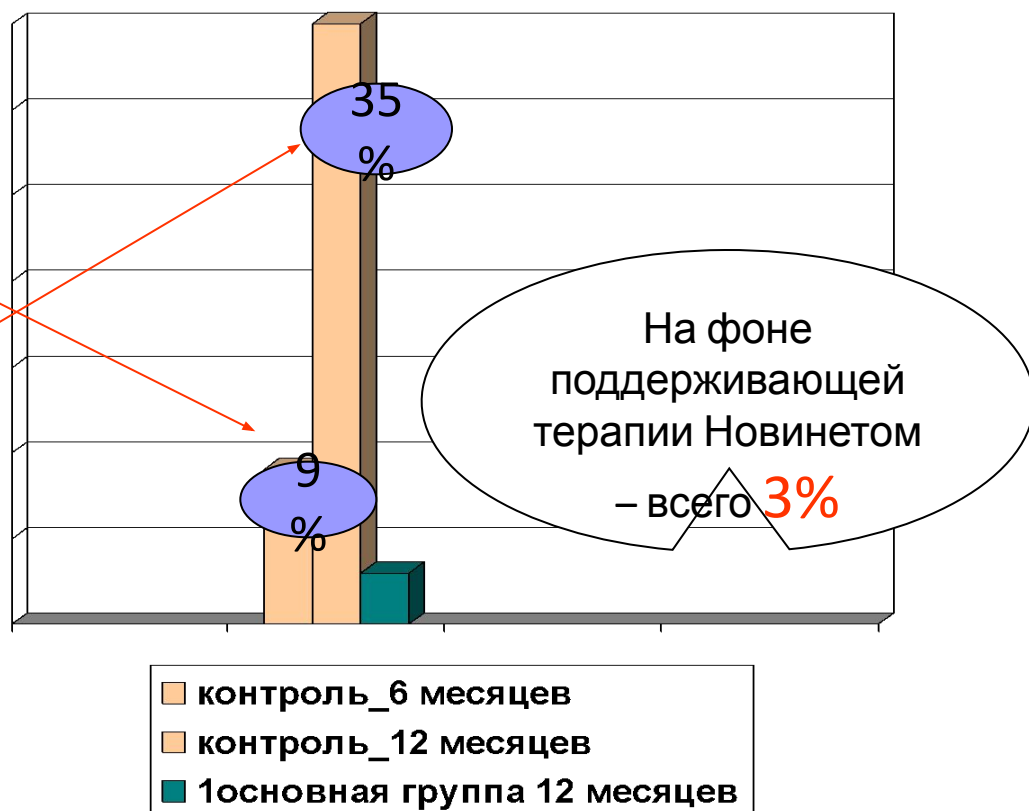
Группа IC: 50
пациенток

- От 3х см в диаметре
- Консервативная миомэктомия
- Неместран (6 месяцев)
- Новинет по контрацептивной схеме

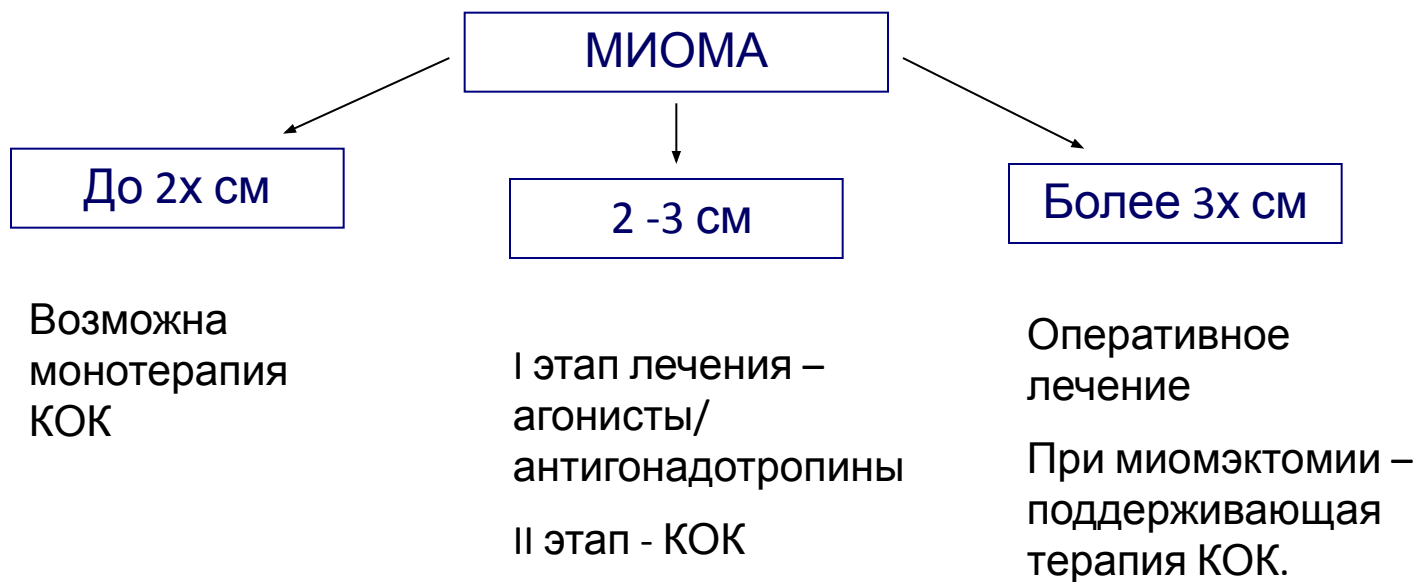
Контрольную группу составили 50 пациенток, которым проводился только первый этап лечения: неместран или консервативная миомэктомия.

Результаты

- У пациенток контрольной группы, которым проводили только первый этап лечения (неместран или миомэктомия)
 - через 6 месяцев рост узла у 9%
 - через 12 месяцев рост узла у 35%
- На фоне поддерживающей терапии /Новинет/ рост узла только у 3% женщин.



Итог работы – алгоритм лечения миомы матки.



- Механизм действия КОК при миоме связан с гестагенным компонентом
- Необходим «сильный» гестаген, который может блокировать рецепторы к гестагену, но не вызывать пролиферацию.



«Миома матки – это такое заболевание, которое очень легко профилактировать...

Длительный приём оральных контрацептивов, профилактика инфекций, абортов, инвазивных вмешательств...могут коренным образом изменить ситуацию».



Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М./Миома матки/Медицинское информационное агенство/Москва/2006

Ключевое сообщение

НОВИНЕТ применяется в консервативной терапии миомы матки, так как дезогестрел надёжно блокирует рецепторы к прогестерону.

