

ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ МИФЕПРИСТОНОМ

НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Цель исследования: оценка качества жизни пациенток с симптомной миомой матки размером до 12 недель беременности на фоне использования мифепристона 50 мг ежедневно непрерывным курсом в течение 3 месяцев.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование с участием 141 пациентки с миомой матки, которым в качестве медикаментозной терапии назначали мифепристон (Гинестрил®) по 50 мг в непрерывном режиме в течение 3 месяцев. С целью оценки изменения количества маточных кровотечений каждая пациентка вела дневник самоконтроля, в котором отмечала количество использованных гигиенических прокладок. Оценка размеров матки и миоматозных узлов проводилась при эхографическом исследовании. Оценка интенсивности боли проводилась по визуально-аналоговой шкале (10-балльная шкала боли ВАШ). Оценка качества жизни пациенток и удовлетворенность ими проведенной терапией проводилась также по 10-балльной шкале ВАШ. Учет жалоб, данных объективного обследования, результатов эхографического исследования проводился до и сразу после окончания лечения (1-й и 2-й визиты).

Результаты исследования. Медикаментозная терапия пациенток с миомой матки препаратом Гинестрил® (мифепристон 50 мг) в течение 3 месяцев позволила получить статистически достоверное ($p < 0,001$) улучшение по всем оцениваемым параметрам: у подавляющего большинства пациенток удалось достичь контроля над менструальной кровопотерей (уменьшение длительности и объема кровотечения), причем у 85 пациенток (60,3%) достигнута обратимая медикаментозная аменорея и у 43 пациенток (30,5%) – олигоменорея; у подавляющего большинства пациенток удалось достичь уменьшения степени выраженности болевого синдрома по ВАШ, причем у 118 (83,7%) пациенток после проведенного лечения данный параметр оценен как «слабая боль/отсутствие боли». По данным ультразвукового исследования (УЗИ) отмечено статистически значимое уменьшение количества визуализируемых миоматозных узлов (в среднем с 2,1 до 1,9), объема доминантного миоматозного узла (в среднем на 65% – с 37,34 до 13,27 см³) и самой матки (в среднем на 35% – с 182,71 до 118,09 см³). Кроме того, согласно мнению пациенток, высокая оценка качества жизни и удовлетворенность терапией достигнуты у подавляющего большинства – 99,9% пациенток.

Выводы. Таким образом, результаты данного исследования показали, что препарат Гинестрил® высокоэффективен, безопасен и перспективен в медикаментозной терапии миомы матки.

Ключевые слова: миома матки, мифепристон 50 мг, Гинестрил®, качество жизни пациенток.

S.A. LEVAKOV, MD, Prof., N.A. SHESHUKOVA, MD, Prof.

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

THE EFFECT OF TREATMENT WITH MIFEPRISTONE ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH UTERINE MYOMA

Purpose of the study: evaluation of the quality of life of patients with symptomatic uterine myoma up to 12 weeks of gestation against a background of mifepristone 50 mg daily continuously for 3 months.

Material and methods. The prospective study involved 141 patients with uterine myoma who received treatment with mifepristone (Gynestril®) 50 mg continuously for 3 months. In order to evaluate changes in the volume of uterine bleeding, each patient kept a diary where she registered the number of sanitary napkins used. Sonographic examination was used to evaluate the size of the uterus and fibroids. The Visual Analogue Scale (10-point VAS scale) was used to assess the pain intensity. Quality of life of patients and their satisfaction with the therapy was also evaluated by a 10-point VAS scale. The complaints, physical examination data and results of sonographic studies were recorded before and immediately after the end of treatment (1st and 2nd visits).

Study results. Drug therapy with Gynestril® (mifepristone 50 mg) for patients with uterine myoma for 3 months helped to obtain a statistically significant ($p < 0.001$) improvement across all the evaluated parameters: in a large majority of patients, control of menstrual blood loss was achieved (decreased duration and volume of bleeding), while 85 patients (60.3%) achieved reversible drug-induced amenorrhea, and 43 patients (30.5%) - oligomenorrhea; a large majority of patients achieved reduction of pain severity according to VAS, while in 118 (83.7%) patients the parameter was estimated as "slight pain/no pain" after the end of treatment. According to the ultrasound results, a statistically significant decrease was achieved in the number of displayable fibroids (from 2.1 to 1.9 at an average), the volume of the dominant myoma node (on average by 65% from 37.34 to 13.27 cm³) and of the uterus (an average of 35% from 182.71 to 118.09 cm³). In addition, a vast majority of patients - 99.9% - evaluated the quality of life and satisfaction with treatment as high.

Conclusions. Therefore, the results of the study demonstrate that Gynestril® is highly effective, safe and promising in the pharmaceutical treatment of uterine fibroids.

Keywords: uterine fibroids, mifepristone 50 mg, Gynestril®, quality of life of patients.

ВВЕДЕНИЕ

Миома матки – самая часто встречающаяся доброкачественная моноклональная опухоль из гладкомышечных клеток миометрия. У 25% пациенток миома матки развивается медленно и не сопровождается выраженными клиническими признаками, т. е. протекает бессимптомно. Диагноз миомы матки в таких случаях ставится на основании увеличения матки и изменения ее формы при гинекологическом и эхографическом исследовании [1].

Однако более половины пациенток с миомой матки предъявляют активные жалобы на нарушение менструальной функции по типу меноррагий, менометроррагий, ациклических маточных кровотечений, нередко приводящих к анемии. Именно этот клинический симптом является одним из наиболее частых показаний к госпитализации женщин в стационар и проведению оперативных вмешательств.

У пациенток репродуктивного возраста миома матки встречается с частотой 20–40%, а у 1/3 женщин она становится симптомной [2]. В этой возрастной группе имеют место определенные трудности, с которыми врач сталкивается при выборе лечебной тактики и которые обусловлены желанием пациенток сохранить менструальную и репродуктивную функцию. Принимая во внимание высокую распространенность миомы матки среди молодых женщин, по-прежнему не теряет своей актуальности дальнейшее изучение различных подходов к лечению таких пациенток с целью сохранения их фертильности и улучшения качества жизни.

Выбор тактики лечения зависит от возраста пациентки, желания сохранить репродуктивную функцию, клинической картины заболевания. Современными тенденциями в лечении миомы матки являются активная тактика ведения больных; рост органосохраняющих операций; широкое применение медикаментозного лечения.

Учитывая, что существенную роль в возникновении и росте миомы играет прогестерон, а эстрогены выполняют лишь вспомогательную роль, регулирование уровня прогестероновых рецепторов может служить одним из необходимых компонентов в медикаментозном лечении миомы матки [3].

Медикаментозное лечение направлено на торможение роста опухоли, регресс клинических симптомов, сохранение репродуктивной функции у пациенток фертильного возраста. Применение агонистов ГнРГ у женщин репродуктивного возраста связано с некоторыми ограничениями, поскольку у данной группы препаратов имеет место наличие побочных эффектов, связанных с дефицитом эстрогенов. Антигестагены (в частности, мифепристон) – вещества, подавляющие действие прогестерона на уровне рецепторов, но при этом отсутствуют изменения уровня эстрогенов.

Ранее в исследованиях было показано, что применение антигестагена мифепристон в дозе 50 мг ежедневно в течение 3 месяцев способствует сокращению размеров узлов до 58% [4]. У подавляющего числа больных наблюдается аменорея, что является благоприятным эффектом мифепристона у женщин, страдающих меноррагиями; прекращаются тазовые боли. Даже длительное применение мифепристона

не влияет на состояние минеральной плотности костной ткани и не вызывает других эстрогенобусловленных нежелательных явлений: приливов, сухости слизистых оболочек и др. А возможные изменения эндометрия, связанные с действием мифепристона, носят доброкачественный и обратимый характер, не требуют принятия мер и самостоятельно разрешаются после завершения курса лечения.

В нашей стране мифепристон в дозе 50 мг зарегистрирован под торговым названием Гинестрил®. Гинестрил® имеет существенные преимущества среди множества других методов лечения благодаря высокой клинической эффективности и хорошей переносимости, что позволяет успешно использовать его при лечении лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста не только в качестве адъювантной терапии (по данным И.Ф. Фаткуллина [5], назначение препарата после миомэктомии способствует уменьшению частоты рецидивов миомы в 4,25 раза), но и в длительном режиме в качестве самостоятельной медикаментозной терапии миомы матки. Гинестрил® уменьшает размеры миоматозных узлов, препятствует прогрессированию заболевания, откладывая, а возможно, и предотвращая оперативное лечение.

Целью настоящего исследования явилось изучение качества жизни пациенток с симптомной миомой матки размером до 12 недель беременности на фоне использования мифепристона 50 мг ежедневно непрерывным курсом в течение 3 месяцев.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено проспективное исследование, в которое вошла 141 женщина с миомой матки. Обследованные пациентки в возрасте от 25 до 35 лет, средний возраст $28,2 \pm 2,9$ лет.

Критерии включения пациенток в исследование:

1. Репродуктивный возраст.
2. Желание женщины сохранить менструальную и репродуктивную функцию.
3. Наличие симптомной миомы матки: размеры узлов до 8 см, количество – 1–3; локализация – межмышечная и/или субмукозная, 2-й тип.
4. Неотягощенный соматический анамнез.
5. Отсутствие острого воспалительного процесса органов малого таза.
6. Отсутствие противопоказаний к назначению мифепристона.
7. Информированное согласие пациентки на проведение терапии препаратом Гинестрил®.

В исследование не были включены женщины с наличием сочетанной патологии матки и онкологическими заболеваниями в анамнезе.

У всех пациенток изучали анамнестические и объективные данные: наследственность, перенесенные инфекционные заболевания, наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний. Кроме того, уточняли особенность и характер менструальной функции – возраст менархе, характер, болезненность, объем менструальной кровопотери.

С целью оценки изменения количества маточных кровотечений каждая пациентка вела дневник самоконтроля, в котором отмечала количество использованных гигиенических прокладок. Оценка интенсивности боли на фоне проводимой терапии проводилась по 10-балльной шкале боли (ВАШ), где 10–7 баллов – выраженная боль, 6–3 балла – умеренная боль, 2–0 баллов – боль слабая/отсутствует. Оценка качества жизни пациенток и удовлетворенность ими проведенной терапией проводилась также по 10-балльной шкале ВАШ, где от 0 до 2 баллов – низкая оценка качества жизни и неудовлетворенность проведенным лечением, 10 – высокая оценка пациенткой состояния своего здоровья и качества жизни, удовлетворенность проведенным лечением.

При эхографическом исследовании оценивались следующие параметры: линейные размеры матки (наибольший диаметр, непосредственно измеренный при УЗИ), мм; вычисленный объем матки, см³; количество визуализированных миоматозных узлов; размеры визуализированных миоматозных узлов (наибольший диаметр каждого узла, непосредственно измеренный при УЗИ), мм; вычисленные объемы визуализированных миоматозных узлов, см³; общий объем всех миоматозных узлов, см³; наибольший линейный размер доминирующего миоматозного узла, непосредственно измеренный при УЗИ, мм; вычисленный объем доминирующего миоматозного узла, см³.

Для вычисления объема матки и миоматозных узлов использовались следующие формулы:

■ формула объема эллипсоида: $\frac{1}{6} \pi \cdot d_1 \cdot d_2 \cdot d_3$, где d_1 , d_2 и d_3 – линейные размеры (диаметры) [6];

■ формула Brunn с эмпирическим коэффициентом: $0,479 \cdot d_1 \cdot d_2 \cdot d_3$, где d_1 , d_2 и d_3 – линейные размеры [7];

■ формула Živković с использованием наибольшего и наименьшего размеров: $\frac{1}{12} \pi \cdot (d_1^3 + d_2^3)$ [8].

Всем пациенткам с миомой матки назначали мифепристон (Гинестрил®) по 50 мг в непрерывном режиме в течение 3 месяцев. Учет жалоб, данных объективного обследования, результатов эхографического исследования проводился до и сразу после окончания лечения (1-й и 2-й визиты).

Статистический анализ. Для показателей рассчитывалось среднее значение, стандартная ошибка среднего, медиана, 95%-ный доверительный интервал и 25%-ный и 75%-ный квартили. Доверительный интервал относительной частоты бинарных признаков рассчитывался с помощью t-критерия Стьюдента. Оценка распределений переменных на соответствие нормальному закону проводилась с помощью теста Шапиро – Уилка. Сравнительный анализ количественных показателей до и после лечения проводился методами непараметрической статистики при помощи критерия Вилкоксона для парных сравнений. Проверка гипотезы о разности частот осуществлялась с помощью критерия χ^2 МакНемара. За уровень статистической значимости принят $p < 0,05$.

Расчеты произведены при помощи программного обеспечения Statistica v.8.0 (StatSoft Inc., США) и NCSS 2004 (J.Hintze, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным анамнеза заболевания, средний возраст наступления менархе у пациенток составил $12,9 \pm 1,2$ лет. Длительность менструального кровотечения в среднем составила $5,7 \pm 1,2$. Длительность менструального цикла (МЦ) – $28,3 \pm 2,7$. Обильные менструации имели место у 90 женщин (63,8%; 95% ДИ: 55,1–72,5%), умеренные – у 39 (27,7%; 95% ДИ: 19,5–35,8%).

Сопутствующие гинекологические заболевания имели место у 65 пациенток, включенных в исследование (46,1%; 95% ДИ: 37,1–55,1%): заболевания шейки матки (эктопия, хронический цервицит) – у 26 (18,4%), хронический сальпингит – у 15 (10,6%), хронический эндометрит – у 7 (5,0%), бесплодие – у 7 (5,0%), дисбиотические нарушения влагалища – у 6 (4,3%), опухолевидные изменения яичников – у 6 (4,3%).

Данные менструальной и репродуктивной функции у обследуемых пациенток представлены в таблице 1.

Таблица 1. Данные менструального и репродуктивного анамнеза

	M ± SD *	95% ДИ *	Me *	Min-Max *	LQ-UQ *
Время наступления менархе, лет **	12,9 ± 1,2	12,7–13,1	13	10–16	12–14
Продолжительность месячных, дней **	5,7 ± 1,2	5,5–5,9	6	3–10	5–6
Длительность МЦ, дней **	28,3 ± 2,7	27,8–28,7	28	18–40	27–30
Количество беременностей **	2,7 ± 1,9	2,3–3,0	2	0–8	1–4
Количество родов **	1,3 ± 0,8	1,1–1,4	1	0–4	1–2
Количество аборт **	1,2 ± 1,4	0,9–1,4	1	0–7	0–2
Количество выкидышей **	0,2 ± 0,6	0,1–0,3	0	0–4	0–0

* Здесь и далее: M ± SD – среднее ± стандартное отклонение; Me – медиана; 95% ДИ – 95%-ный доверительный интервал; Min-Max – диапазон значений; LQ-UQ – диапазон «нижний квартиль – верхний квартиль»

** Распределение выборки не является нормальным (тест Шапиро – Уилка $p < 0,01$)

Ведущей жалобой обследованных пациенток на 1-м визите было нарушение МЦ. Согласно заполненному нами опроснику, исходные нарушения МЦ отмечались у 91 женщины (64,5%; 95% ДИ: 55,9–73,2%): менометроррагия в 89 случаях (63,1%; 95% ДИ: 54,4–71,9%); ациклические кровотечения – в 3 (2,1%); овуляторные кровотечения – в 2 (1,4%); олигоменорея – в 1 (0,7%) случае.

При анализе данных о количестве прокладок, использованных женщинами в течение менструации, менометроррагия (использовано более 10 прокладок) исходно отмечалась у 127 женщин (90,1%; 95% ДИ: 84,4–95,8%).

Следует отметить, что все пациентки предъявляли жалобы на наличие болевого синдрома различной степени выраженности во время менструальных кровотечений:

достаточно выраженная боль (более 7 баллов по ВАШ) отмечалась у 58 (41,1%) пациенток, умеренная боль (3–6 баллов по ВАШ) – у 64 (45,4%) пациенток, слабая боль (2–0 баллов по ВАШ) – у 19 (13,5%) женщин.

Характеристика МЦ (длительность, интенсивность, болезненность) до начала лечения приведена в *таблице 2, 3*.

После проведенного курса лечения нами осуществлена повторная оценка клинических симптомов заболевания и данных УЗИ.

Характеристика МЦ (длительность, интенсивность, болезненность) после проведенного лечения приведена в *таблице 4*, на *рисунках 1, 2*. Отмечается статистически значимое ($p < 0,001$) уменьшение длительности менструаций и интенсивности кровотечения, снижение выраженности болевого синдрома. На фоне лечения наступление аменореи отмечено у 85 женщин (60,3%; 95% ДИ: 51,4–69,1%). Среди пациенток, у которых аменорея не наступила, отмечено статистически значимое ($p < 0,001$) уменьшение длительности и интенсивности менструаций, снижение выраженности болевого синдрома.

Количество больных с жалобами на диспареунию на фоне проведенного лечения сократилось с 66 (46,8%; 95% ДИ: 37,8–55,8%) до 25 (17,7%; 95% ДИ: 10,7–24,8%) человек ($\chi^2 = 35,56$; $p < 0,001$). Динамика выраженности диспареунии после курса терапии приведена на *рисунке 3*.

Анализ результатов УЗИ до лечения и после 3 месяцев терапии показал следующее: на фоне лечения отмечалось статистически значимое ($p < 0,001$) уменьшение линейных размеров и объема как миоматозных узлов, так

Таблица 2. Характеристика менструальной функции у обследуемых пациенток до лечения

	M ± SD	95% ДИ	Me	Min-Max	LQ-UQ
Длительность менструации, сут. *	5,5 ± 0,8	5,4–5,7	6	3–7	5–6
Объем кровотечения (количество использованных прокладок) *	21,9 ± 10,0	20,2–23,6	20	3–49	15–29
Максимальная интенсивность болевого синдрома по ВАШ, баллов *	5,5 ± 2,5	5,0–5,9	6	0–10	4–7

* Распределение выборки не является нормальным (тест Шапиро – Уилка, $p < 0,01$)

Таблица 3. Выраженность болевого синдрома по ВАШ (до лечения)

	n	%	95% ДИ
Выраженная боль (7–10 баллов по ВАШ)	58	41,1	32,2–50,0%
Умеренная боль (3–6 баллов по ВАШ)	64	45,4	36,4–54,4%
Слабая боль/отсутствует (0–2 балла по ВАШ)	19	13,5	-
Всего	141	100,0	

Таблица 4. Характеристика менструаций у обследуемых пациенток после лечения

	M ± SD	95% ДИ	Me	Min-Max	LQ-UQ
Длительность менструации, сут. *	1,5 ± 2,0	1,2–1,8	0	0–6	0–3
Объем кровотечения (количество использованных прокладок) *	3,0 ± 4,6	2,2–3,8	0	0–22	0–6
Максимальная интенсивность болевого синдрома по ВАШ, баллов *	1,0 ± 1,6	0,7–1,2	0	0–7	0–2

* Распределение выборки не является нормальным (тест Шапиро – Уилка, $p < 0,01$)

Рисунок 1. Динамика длительности и интенсивности кровотечения на фоне проводимой терапии ($p < 0,001$)

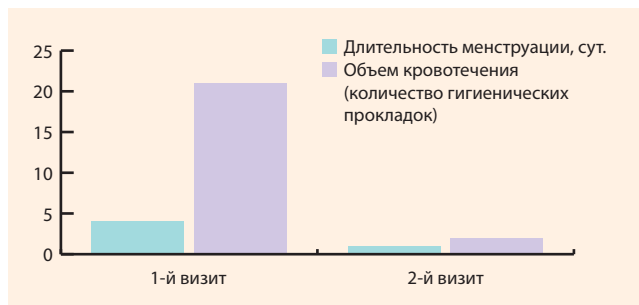


Рисунок 2. Динамика выраженности болевого синдрома в баллах по ВАШ ($p < 0,001$)

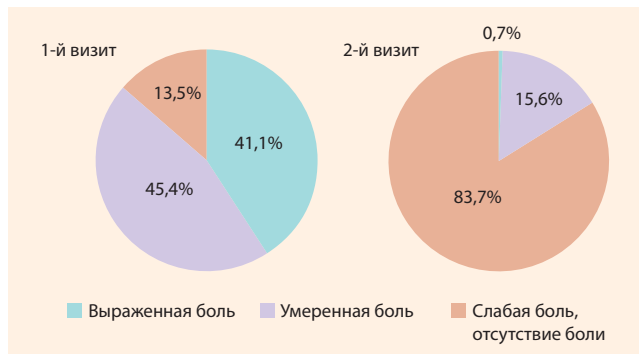
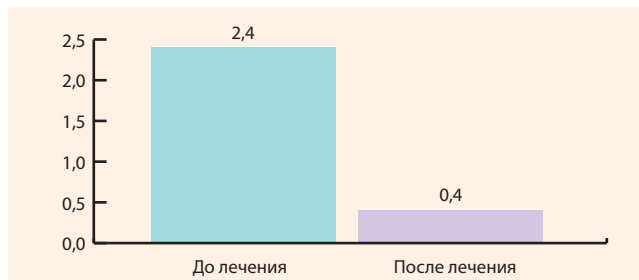


Рисунок 3. Динамика выраженности диспареунии в баллах по ВАШ ($p < 0,001$)



и самой матки. Количество визуализируемых узлов также статистически достоверно сократилось (рис. 4, табл. 5–7)

Нами проведена также оценка удовлетворенности женщин результатами лечения, которая оценивалась по 10-балльной ВАШ (рис. 5), где 0 – очень низкое качество жизни и неудовлетворенность проведенным лечением, 10 – высокая оценка пациенткой состояния своего здоровья и качества жизни, удовлетворенность проведенным лечением. Согласно мнению пациенток, высокая оценка качества жизни и удовлетворенность терапией достигнуты у подавляющего большинства пациенток (99,9%).

Анализ безопасности лечения показал, что основными побочными проявлениями терапии, наблюдаемыми лишь у 7,1% женщин, были тошнота, головокружение, головная боль, нарушения МЦ, которые не приводили к отмене курса лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, медикаментозная терапия пациенток с миомой матки препаратом Гинестрил® (мифепристон 50 мг) в течение 3 месяцев позволила получить статистически достоверное ($p < 0,001$) улучшение по всем оцениваемым параметрам:

- у подавляющего большинства пациенток удалось достичь контроля над менструальной кровопотерей (уменьшение длительности и объема кровотечения), причем у 85 пациенток (60,3%) достигнута обратимая медикаментозная аменорея и у 43 пациенток (30,5%) – олигоменорея;

- у подавляющего большинства пациенток удалось достичь уменьшения степени выраженности болевого синдрома по ВАШ, причем у 118 (83,7%) пациенток после проведенного лечения данный параметр оценен как «слабая боль/отсутствие боли»;

- количество пациенток с жалобами на диспареунию значительно сократилось с 66 (46,8%) до 25 (17,7%) женщин;

- по данным УЗИ отмечено статистически значимое уменьшение количества визуализируемых миоматозных узлов (в среднем с 2,1 до 1,9), объема доминантного миоматозного узла (в среднем на 65% – с 37,34 до 13,27 см³) и самой матки (в среднем на 35% – с 182,71 до 118,09 см³).

Кроме того, согласно мнению пациенток, высокая оценка качества жизни и удовлетворенность терапией

достигнуты у подавляющего большинства пациенток (99,9%). При этом нежелательные явления возникали лишь в 7,1% случаев и не требовали отмены препарата. Таким образом, результаты данного исследования показали, что препарат Гинестрил® высокоэффективен, безопасен и перспективен в медикаментозной терапии миомы матки.

Однако проведение дальнейших исследований в данном направлении целесообразно для определения частоты и сроков рецидивирования миомы матки, оценки наличия и/или выраженности клинических симптомов

Таблица 5. Динамика УЗ-характеристик матки

	1-й визит		2-й визит		p
	М	95% ДИ	М	95% ДИ	
Наибольший линейный размер матки, мм	75,0	72,2–77,8	65,1	62,7–67,5	<0,001
Объем матки (по формуле эллипсоида), см ³	182,71	161,18–204,24	118,09	104,26–131,92	<0,001
Объем матки (по формуле Brunn), см ³	167,15	147,45–186,84	108,03	95,38–120,68	<0,001
Объем матки (по формуле Živković), см ³	193,27	170,75–215,78	125,86	110,82–140,89	<0,001

Таблица 6. Динамика УЗ-характеристик миоматозных узлов

	1-й визит		2-й визит		p
	М	95% ДИ	М	95% ДИ	
Количество миоматозных узлов	2,1	1,9–2,3	1,9	1,7–2,1	<0,001
Линейный размер миоматозных узлов, мм	30,6	28,7–32,4	20,9	19,5–22,4	<0,001
Объем миоматозных узлов (по формуле эллипсоида), см ³	23,50	19,14–27,86	8,32	6,45–10,18	<0,001
Объем миоматозных узлов (по формуле Brunn), см ³	21,50	17,51–25,49	7,61	5,90–9,31	<0,001
Объем миоматозных узлов (по формуле Živković), см ³	24,93	20,22–29,63	9,10	6,90–11,30	<0,001
Общий объем миоматозных узлов, см ³	48,50	39,44–57,55	17,16	13,21–21,11	<0,001
Общий объем миоматозных узлов (по формуле Brunn), см ³	44,37	36,08–52,65	15,70	12,08–19,32	<0,001
Общий объем миоматозных узлов (по формуле Živković), см ³	51,44	41,74–61,15	18,78	14,16–23,39	<0,001

Таблица 7. Динамика УЗ-характеристик доминантного миоматозного узла

	1-й визит		2-й визит		p
	М	95% ДИ	М	95% ДИ	
Наибольший линейный размер доминирующего узла, мм	37,8	34,98–40,62	26,6	24,42–28,73	<0,001
Объем доминирующего узла (по формуле эллипсоида), см ³	37,34	29,19–45,50	13,27	9,70–16,85	<0,001
Объем доминирующего узла (по формуле Brunn), см ³	34,16	26,70–41,62	12,14	8,88–15,41	<0,001
Объем доминирующего узла (по формуле Živković), см ³	39,79	30,94–48,64	14,67	10,41–18,94	<0,001

Рисунок 4. УЗ-динамика объема матки и доминантного миоматозного узла в см³ (по формуле эллипсоида)

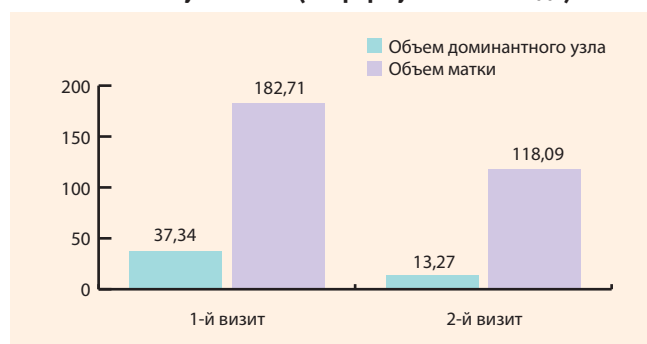
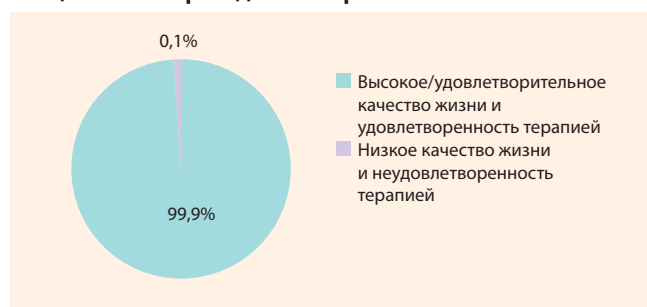


Рисунок 5. Оценка качества жизни и удовлетворенности пациентками проведенной терапией



заболевания и эхографического контроля в отдаленном после лечения периоде. Это позволит всем пациенткам с миомой матки, желающим сохранить фертильность и менструальную функцию, иметь возможность выбрать альтернативный хирургическому вмешательству способ лечения – медикаментозную терапию мифепристон 50 мг в непрерывном режиме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леваков С.А., Гуриев Т.Д., Шешукова Н.А. и др. Миома матки. Учебное пособие. М., 2015. 62 с.
2. Миома матки: диагностика, лечение, реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения). М., 2016.
3. Волков В.Г., Гусева Н.В., Горшкова И.А. Оптимизация консервативного лечения миомы матки антипрогестеронами и оценка влияния проводимой терапии на качество жизни женщин. *Вестник новых медицинских технологий*, 2011, XVIII(1): 93.
4. Самойлова Т.Е., Аль-Сейкал Т.С. Перспективы применения мифепристона в лечении гормонально-зависимых заболеваний у женщин (обзор литературы). *Проблемы репродукции*, 2004, 6: 35-42.
5. Фаткуллин И.Ф., Баканова А.Р. Эффективность адъювантной терапии после консервативной миомэктомии у пациенток репродуктивного возраста. *Приложение к «Доктор.Ру»*, 2011, 9(68): 6-10.
6. Wiener JJ, Newcombe RG. Measurements of uterine volume: A comparison between measurements by ultrasonography and by water displacement. *J Clin Ultrasound*, 1992, 20: 457-460; Вихляева Е.М. Лейомиомы матки: Руководство по диагностике и лечению. М., 2004. С.164.
7. Brunn J, Block U, Ruf G et al. Volumetrie der Schilddrüsenlappen mittels Real-time-Sonographie. *Dtsch Med Wochenschr*, 1981, 106: 1338-1340.
8. Živković N, Živković K, Despot A, Pačić J, Zelić A. Measuring the volume of uterine fibroids using 2- and 3-dimensional ultrasound and comparison with histopathology. *Acta Clin Croat*, 2012, 51: 579-589.

ГИНЕСТРИЛ®

Мифепристон 50 мг

Новые возможности органосохраняющей терапии миомы матки

- **Уменьшает** узлы на 50% и более (по данным исследования на 160 пациентках)⁴ и **предотвращает** появление новых¹
- Позволяет провести **органосохраняющее** лечение и сохранить репродуктивную функцию²
- **Не вызывает** эстрогенного дефицита и тромботических осложнений²
- Однократный суточный **пероральный** прием³



Способ применения и дозы:³

По 1 таблетке 1 раз в день.
Курс лечения — 3 месяца.

1. Самойлова Т.Е., Гус А.И., Аль-Сейкал Т.С. Применение Мифепристона в лечении лейомиомы матки. Тезисы второго Российского Конгресса по менопаузе и гинекологической эндокринологии 14-17 сентября 2004 г.
2. Самойлова Т.Е. Медикаментозное лечение лейомиомы матки антигестагенами: возможности и перспективы // *Гинекология* 2011, Том 13, №3, С. 62-68.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата ГИНЕСТРИЛ®, РУ Р N002340/02.
4. Радзинский и соавт. Лечение миомы: вариативность как проблема // *Статус презенс* №6, 2015)



www.stada.ru

Дата выхода: 1 квартал 2017 г.

603950, Россия, Нижний Новгород, ул.Саганская, 7. +7 (831) 278-80-88, +7 (831) 430-72-13. med@stada.ru

Реклама