

РОЛЬ АГОНИСТОВ/АНТАГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОНА В СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ МИОМ МАТКИ

Бартош А.Н., Александрович В.Д.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Беларусь*

Актуальность. Миома является доброкачественным гормоночувствительным образованием, обнаруживаемым у до 29% женщин в возрасте 15–54 года. С учетом текущей демографической ситуации и возрастающей тенденции планирования беременности в старшем репродуктивном возрасте, органосохраняющий подход в лечении миом становится приоритетным [1].

Цель. Анализ эффективности и безопасности а/антГнРГ у пациенток с миомой с целью совершенствования медикаментозной терапии.

Методы исследования. Анализ результатов клинических исследований и соответствующих публикаций по изучению эффективности и безопасности а/антГнРГ.

Результаты и их обсуждение. Миомы представляют собой отдельные, круглые, плотные, часто множественные опухоли матки, состоящие из гладкой мускулатуры и соединительной ткани. Миома является прогестерон-зависимым образованием, что подтверждается преимущественным увеличением миоматозных узлов в размерах в секреторную фазу менструального цикла. Прогестерон является важнейшим митогеном для роста и развития миомы. Наиболее часто используемая классификация миом основана на их анатомическом расположении: (1) интрамуральные, (2) подслизистые, (3) субсерозные и (4) цервикальные [1, 3].

Одним из распространенных методов лечения миом являются аГнРГ, которые подавляют секрецию эстрогенов, останавливают маточное кровотечение, а также вызывают регресс миоматозных узлов. Назначение аГнРГ не сопряжено с возникновением стероидных и андрогеноподобного эффектов [1, 2]. К распространенным препаратам аГнРГ относятся лейпрорелин (Луприд Депо) и трипторелин (Диферелин). Однако их использование сопровождается менопаузальными симптомами вследствие гипофункции яичников, что обуславливает необходимость вспомогательной терапии эстрогенами. Также недостатками применения аГнРГ являются снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и быстрый рост миоматозных узлов при отмене или нерегулярном приеме препаратов. В качестве примеров попыток улучшения спектра эффективность/безопасность аГнРГ были предложены снижение дозы препаратов, а также комбинации с прогестинами, анаболическими стероидами или антиэстрогенами (ралоксифеном). Результативность этих вариантов имела переменный характер и поэтому аГнРГ в настоящее время используются как средства кратковременной предоперационной подготовки у пациенток с тяжелыми аномальными маточными кровотечениями или как самостоятельный

вариант терапии у женщин с миомами матки и аденомиозом, вплотную приближающихся к возрасту менопаузы и имеющих противопоказания к оперативному лечению или отказывающихся от него [1,2]. Различные исследования показали, что терапия аГнРГ перед оперативным вмешательством приводит к уменьшению объема матки, симптомов, связанных с миомой, и улучшению гематологических показателей. Прием аГнРГ перед оперативным лечением создавал, по данным ряда авторов, больше возможностей для выполнения органосохраняющих вмешательств. Тем не менее, имеются данные клинического исследования, указывающего на то, что после 27–38 месяцев наблюдения рецидивы не были связаны с предоперационной медикаментозной терапией или предоперационным объемом матки. Свои особенности имеет адъювантная терапия при лапароскопической миомэктомии: в случае интрамуральных опухолей предварительное лечение аГнРГ может сделать проблемным удаление узлов из-за худшей их визуализации, что может подвергать пациенток более высокому риску рецидива [1, 2, 3].

Очевидным прогрессом явилось создание перорально активных антГнРГ. В 2008 году представлен мощный непептидный антГнРГ элаголикс. Элаголикс после приема внутрь дозозависимо (5–200 мг) подавлял секрецию ЛГ в постменопаузе. Подавление ФСГ являлось менее выраженным, и препарат показал хороший профиль безопасности. Первое клиническое применение элаголикса было у пациенток с эндометриозом, где его эффекты (внутри по 75 мг два раза в день) сравнивали с эффектом подкожных инъекций депо-медроксипрогестерона ацетата в течение 24 недель лечения и 24 недель послеоперационного наблюдения. Было обнаружено, что все виды лечения вызывали минимальные средние изменения МПКТ. В течение первого месяца лечения приливы наблюдались у 40–50% пациенток, в дальнейшем этот процент достиг 70–82%. В двух исследованиях оценивали эффекты элаголикса (150 мг/день и 200 мг два раза в день) по сравнению с плацебо у пациенток с эндометриозом и сильной болью. У всех пациенток, получавших элаголикс, отмечена более высокая частота приливов (в основном легкой или средней степени тяжести), более высокий уровень липидов в сыворотке крови и значительное снижение от исходного уровня МПКТ, чем у пациенток группы плацебо.

В исследованиях отмечена высокая эффективность терапии: снижение выраженности дисменореи, неменструальной боли в области таза и диспареунии. Элаголикс позволяет контролировать концентрации гонадотропинов и гормонов яичников в крови женщин с частичным подавлением при низких дозах и почти полным подавлением – при более высоких. После этих обнадеживающих результатов элаголикс был протестирован у женщин в пременопаузе с миомами и тяжелым менструальным кровотечением в трехэтапном исследовании: элаголикс против плацебо и элаголикс + низкие дозы эстрогена или прогестина (аддитивная терапия). Элаголикс значительно уменьшал менструальные кровотечения у женщин с миомой. Приливы являлись наиболее частым побочным эффектом, частота которого снижалась на фоне аддитивной терапии. Дальнейший поиск

непептидных анГнРГ выявил целый ряд перспективных соединений с большей селективностью и улучшенными фармакокинетическими характеристиками по сравнению с элаголиксом [2].

В настоящее время одобрено два комбинированных метода лечения до 24 месяцев с использованием анГнРГ для лечения обильных менструальных кровотечений, связанных с миомой матки у женщин в пременопаузе: релуголикс 40 мг, эстрадиол 1 мг и норэтиндрона ацетат 0,5 мг один раз в день (Myfembree; исследования фазы 3 LIBERTY-1 и LIBERTY-2) и элаголикс 300 мг два раза в день в сочетании с эстрадиолом 1 мг и норэтиндроном 0,5 мг один раз в день (OriaHnn; исследования Elaris Uterine Fibroids – UF-1 и UF-2). Линзаголикс (Yselty), пероральный анГнРГ (выпускается в виде таблеток по 100 мг или 200 мг для приема один раз в день), доступен в Европе для лечения умеренных и тяжелых симптомов миомы [3, 4].

Выводы. На сегодняшний день консервативные и оперативные методы лечения миомы должны дополнять друг друга с целью достижения наилучших клинических результатов. Одними из наиболее перспективных препаратов, в том числе, в виде комбинированных лекарственных средств, являются непептидные анГнРГ. Актуальными также остаются попытки улучшения эффективности и безопасности терапии аГнРГ. Лечение миомы матки должно быть индивидуализировано, но следующие факторы могут помочь в определении тактики: 1) при бессимптомных миомах лечение не требуется, но продолжатся наблюдение за пациенткой; 2) при наличии симптоматических миом, особенно если в будущем планируется беременность, рассмотреть медикаментозное лечение или миомэктомию; 3) при тяжелом течении, когда другие методы лечения оказались неэффективными, особенно если беременность нежелательна, рассмотреть возможность эмболизации маточных артерий или гистерэктомии; 4) пациентки с постменопаузальным кровотечением должны быть обследованы на наличие рака матки, и если результаты показывают, что новообразование доброкачественное или если основной проблемой являются только симптомы давления, целесообразной будет пробная выжидательная тактика (поскольку симптомы, как правило, исчезают по мере уменьшения размеров миомы после менопаузы) [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Преимущества, недостатки и оптимизация органосохраняющих методов лечения миомы матки / А. Л. Тихомиров В. В. Казенасhev, О. В. Максимова [и др.] // Акушерство, Гинекология и Репродукция. – 2024. – Т. 18, № 5. – С. 635–647.
2. Карева, Е. Н Миома матки: новые и перспективные варианты медикаментозного лечения / Е. Н. Карева, Т. Е. Самойлова // Медицинский Совет. – 2020. – № 3. – С. 49–58.
3. Papadakis, M. A. Current Medical Diagnosis&Treatment / M. A. Papadakis, M. V. Rabov, K. R. McQuaid ; ed.: K. Conerly, J. Bernstein, S. Choi. – 64nd ed. – 2025. – P. 752–756.

4. Elagolix, Estradiol, Norethindrone (ORIAHNN) Mini-Monograph / VA Pharmacy Benefits Management Services and National Formulary Committee. – 2024. URL: https://www.va.gov/formularyadvisor/DOC_PDF/MON_Elagolix_estradiol_norethindrone_ORIAHNN_Monograph_Mar_2024.pdf. (date of access: 07.12.2025).

ДВУХУРОВНЕВАЯ ОЦЕНКА ВИТАМИННОГО СТАТУСА ЕДИНОБОРЦЕВ 18-29 ЛЕТ РАЗНЫХ КВАЛИФИКАЦИЙ

**Бекетова Н.А., Кошелева О.В., Вржесинская О.А., Выборная К.В.,
Раджабкадиев Р.М., Жилинская Н.В.**

*Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии
и безопасности пищи, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Занятия такими видами спорта, как бокс, вольная борьба, дзюдо, смешанные боевые единоборства (ММА) характеризуются большим объемом и интенсивностью физической нагрузки, травматичностью. Характерные для этих дисциплин высокие энерготраты, оцениваемые на уровне 4750 ккал/сут, сопровождаются снижением обеспеченности организма витаминами В₁ и В₂, участвующими в энергетическом обмене. Дополнительным фактором риска развития микронутриентного дефицита является вызванный физической и психологической нагрузкой окислительный стресс, ухудшающий обеспеченность антиоксидантами (АО), включая витамины С (аскорбиновая кислота – АК) и Е (токоферолы и токотриенолы), а также каротиноиды [1]. Кроме того, агрессивные стратегии управления массой тела для поддержания соответствующей весовой категории, в том числе за счет уменьшения потребления жидкости, исключения из рациона одной или нескольких групп пищевых продуктов, сопровождаются нарушением структуры питания и развитием патологических изменений пищевого статуса, повышая риск развития у спортсменов сердечно-сосудистой патологии, остеопороза и др. [2]. Согласно эпидемиологическим исследованиям, синхронно оптимальные уровни в крови микронутриентов – витамины С и Е, каротиноиды – уменьшают риск развития алиментарно-зависимых заболеваний [6]. В то же время имеются данные о негативном влиянии избыточного потребления АО на адаптацию к тренировкам [5]. Таким образом, мониторинг и оптимизация витаминного статуса является актуальной задачей нутрициологии на всех этапах спортивной деятельности единоборцев.

Цель – на основе биохимических критериев сниженной и оптимальной обеспеченности оценить витаминный статус лиц, занимающихся различными видами боевых единоборств и имеющих разную спортивную квалификацию.

Материалы и методы исследования. В зимний период (2026 г.) проведено одномоментное обследование витаминного статуса 45 спортсменов-мужчин в возрасте 18-29 лет с массой тела (МТ) – 61-107 кг и индексом МТ – 19,0-34,4 кг/м², занимающихся классическими и восточными боевыми