



А.Л. Тихомиров, Н.А. Катаев

В поисках золотой середины

Антагонисты ГнРГ в лечении миомы матки

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского

StatusPraesens
profmedia

2026

А.Л. Тихомиров, Н.А. Катаев

В поисках золотой середины

Антагонисты ГнРГ в лечении миомы матки

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского

StatusPraesens
profimedia

2026

Москва

УДК 618
ББК 57.15
Т46

Авторы:

Александр Леонидович Тихомиров, засл. врач РФ, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины Научно-образовательного института клинической медицины им. Н.А. Семашко РосУниМеда, президент Межрегионального исследовательского общества миомы матки, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники (Москва); *Никита Андреевич Катаев*, StatusPraesens (Москва).

Т46 В поисках золотой середины. Антагонисты ГнРГ в лечении миомы матки : Информационный бюллетень / А.Л. Тихомиров, Н.А. Катаев ; под ред. В.Е. Радзинского. — М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2026. — 16 с.

ISBN 978-5-907814-37-0

Миома матки — одно из самых распространённых новообразований, с которым сталкивается значительная часть женщин репродуктивного возраста. Она нередко выступает причиной существенного снижения качества жизни за счёт рецидивирующих кровотечений, анемии, тазовой боли и нарушения фертильности. Долгое время выбор терапевтической стратегии был ограничен: либо краткосрочные медикаментозные курсы, сопряжённые с выраженными гипоэстрогенными эффектами, либо хирургическое вмешательство, которого многие пациентки хотели бы избежать.

В последние годы появилась новая возможность для долгосрочного медикаментозного контроля. Комбинированная терапевтическая стратегия обеспечивает устойчивое уменьшение клинических проявлений при благоприятном профиле переносимости и может быть рассмотрена как полноценная альтернатива традиционным подходам. Она позволяет осуществить индивидуальный выбор тактики ведения пациенток с учётом их возраста, репродуктивных планов и сопутствующих заболеваний.

Издание предназначено для акушеров-гинекологов и руководителей женских консультаций, родильных домов и перинатальных центров, гинекологических отделений многопрофильных стационаров, сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей всех форм непрерывного медицинского образования, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов.

УДК 618
ББК 57.15

ISBN 978-5-907814-37-0

© Тихомиров А.Л., 2026
© ООО «Медиабюро Статус презенс», 2026

Миома матки (ММ) — наиболее распространённое доброкачественное **гормонозависимое новообразование** у женщин репродуктивного возраста¹, остающееся одной из ведущих причин обращения к акушеру-гинекологу. Именно его эндокринная природа определяет механизмы роста и одновременно очерчивает круг **терапевтических мишеней**. Рецепторы к прогестерону и эстрогенам в ткани ММ делают её крайне чувствительной к гормональной регуляции, открывая возможности для медикаментозного управления её поведением.

При высокой популяционной частоте заболевание протекает **удивительно гетерогенно**. У одних пациенток узлы десятилетиями **остаются немymi**, обнаруживаясь лишь при профилактическом ультразвуковом исследовании. У других — **стремительно прогрессируют**, формируя клиническую картину, которая существенно снижает качество жизни: рецидивирующие **кровотечения**, анемию, хроническую тазовую боль, синдром компрессии соседних органов и нарушение фертильности².

Долгое время выбор тактики был жёстко ограничен: либо выжидательная с определённой вероятностью усугубления симптомов, либо радикальная — чаще всего гистерэктомия, особенно при крупных узлах и отсутствии репродуктивных планов. Миомэктомия оставалась уделом женщин, заинтересованных в беременности, но несла риски рецидива и технические сложности³. Однако появление новых медикаментозных опций расширяет границы консервативной терапии — они позволяют облегчать симптомы без тотальной гормональной блокады, сохраняя физиологический фон. Это предоставляет возможность персонализировать стратегию для каждой пациентки с учётом возраста, коморбидности и ожиданий.

Корни болезни

Гормональная зависимость ММ — не плоская схема «половые гормоны → рост», а многоуровневый процесс, в котором переплетены **системные влияния** и **локальные механизмы**. Два стероида — **эстрадиол** и **прогестерон** — определяют судьбу узла⁴. Первый усиливает экспрессию рецепторов половых гормонов и факторов роста, а второй повышает митотическую активность клеток ММ и подавляет апоптоз. При этом не менее интригующая ситуация разворачивается внутри самого узла: **ароматаза** и **сульфатазы** обеспечивают синтез активных стероидных соединений

[Миоматозные узлы нередко стремительно прогрессируют, формируя клиническую картину, которая существенно снижает качество жизни: рецидивирующие кровотечения, анемию, хроническую тазовую боль, синдром компрессии соседних органов и нарушение фертильности.]

прямо на месте, создавая относительную автономию. Ткань ММ получает способность поддерживать пролиферацию **даже при колебаниях** системного эндокринного фона⁵.

Однако гормонозависимая ось — **лишь часть картины**. Факторы риска указывают на сложное переплетение генетических, инфекционных, средовых и метаболических влияний, которые модулируют эндокринную среду и чувствительность тканей⁶.

Расовая принадлежность — один из самых мощных предикторов. У женщин негроидной расы ММ встречается чаще и проявляется раньше: к 35–49 годам частота достигает **6ф%**, к 50 годам — **8ф%**. Для сравнения: у представительниц европеоидной расы соответствующие показатели составляют **4ф и 7ф%**⁷. Причины такой разницы до конца не ясны, но предполагают участие генетических полиморфизмов, особенностей метаболизма стероидов и различий в сигнальных путях. Так же как женщинам с более тёмной кожей необходима более длительная экспозиция на солнце для синтеза **нужного количества витамина D**.

В последние годы дефицит D-гормона всё чаще рассматривают в качестве возможного триггера и непосредственного регулятора роста миоматозных узлов, что может объяснить, почему у женщин негроидной расы ММ встречается в разы чаще⁷.

[**Расовая принадлежность — один из самых мощных предикторов миомы матки. У женщин негроидной расы узлы встречаются чаще, а проявляются раньше: к 35–49 годам распространённость достигает 6ф%, а к 50 годам — 8ф%. Для сравнения: у представительниц европеоидной расы показатели составляют 4ф и 7ф% соответственно.]**

Возраст тоже вносит свой вклад, причём нелинейно. У пациенток моложе 35 лет ММ, как правило, растут быстрее, чем у женщин старше 45 лет. Это связывают с более высокой гормональной активностью в молодом возрасте. Раннее менархе увеличивает вероятность ММ — возможно, из-за более продолжительного воздействия «морфологически драматических» ежемесячных циклических воздействий на миометрий. **Беременность и лактация**, напротив, демонстрируют защитный эффект, хотя их точные механизмы пока остаются предметом изучения⁷.

Немаловажное место занимают метаболические факторы. **Ожирение и артериальная гипертензия** — признанные «спутники» ММ. Избыточная масса тела увеличивает периферическую конверсию андрогенов в эстрогены, что создаёт благоприятный гормональный фон для роста узлов⁸. Высокое потребление **кофеина**⁹, **алкоголя**¹⁰ и **красного мяса**^{9,11} тоже связывают с повышением риска этого состояния. Примечательно, что **курение**, напротив, снижает вероятность, причём механизм этого феномена пока не нашёл убедительного объяснения¹². Ещё один ограничивающий исследования фактор — этнические различия, поскольку многие из упомянутых выше исследований выполнены в афроамериканской популяции.

Возможные сценарии

В большинстве ситуаций ММ не даёт о себе знать — её **обнаруживают случайно**: при диспансеризации, профилактическом осмотре или при обращении к специалисту с проблемами зачатия ребёнка. Однако приблизительно у **25–30%** женщин симптомы всё же возникают и требуют своевременного вмешательства⁷.

Клинические проявления способны кардинально менять качество жизни, и именно они диктуют необходимость активных действий. И здесь на первое место выходит **обильное менструальное кровотечение**, характеризующееся увеличением продолжительности менструации свыше 8 дней и кровопотерей более 80 мл.

При этом важна не столько количественная оценка, сколько **понимание механики** самого процесса⁵. Увеличение площади полости матки, снижение эффективности миометриального сокращения из-за узлов, локальная сосудистая перестройка, застойные изменения и нарушение гемостаза в участках гиперплазированного эндометрия рядом с ММ — все эти факторы формируют условия для чрезмерной кровопотери. Итог предсказуем: хронический **ферродефицит**, утомляемость, слабость, одышка, снижение работоспособности. Именно кровотечение — главная причина **ухудшения качества жизни** и в дальнейшем один из основных триггеров обсуждения плановой гистерэктомии¹³.

Другая сторона проявлений — **болевой синдром**, который не сводится к одной лишь дисменорее. При ММ нередко доминируют ощущение тяжести и давления внизу живота и в малом тазу, боли в пояснице, диспареуния. Когда узлы достигают крупных размеров, на первый план выходят **симптомы объёмного воздействия**: учащённое мочеиспускание, признаки обструкции мочевых путей, запоры¹⁴.

В репродуктивном контексте ММ также нередко даёт о себе знать: она ассоциирована с **бесплодием**, нарушением имплантации и повышенным риском осложнений гестации (особенно при субмукозной локализации)¹⁵. Особую клиническую остроту проблема приобретает у пациенток с нереализованными репродуктивными планами.

Спектр жалоб широк: от бессимптомного течения до тяжёлой анемии, хронической тазовой боли, невынашивания беременности — и каждый из этих сценариев **требует своей стратегии**. Ключевым элементом индивидуального подхода выступает точное знание анатомии и расположения миоматозного узла или узлов.

Маршрут точного диагноза

Визуализация ММ опирается прежде всего на **трансвагинальное ультразвуковое исследование**. Именно этот метод позволяет быстро и достаточно точно оценить число узлов, их размеры, топографию, а также отношение к полости матки, эндо-

[В большинстве ситуаций миома не даёт о себе знать — её обнаруживают случайно: при диспансеризации или при обращении к специалисту с проблемами зачатия ребёнка. Однако у 25–30% женщин симптомы всё же возникают и требуют своевременного вмешательства.]

Таблица 1. Классификация миомы матки по FIGO¹⁰

Тип по FIGO	Название и локализация узла	Характеристика
0	Субмукозная ММ на ножке	Узел полностью выступает в полость матки, соединён с миометрием тонкой ножкой
1	Субмукозная ММ (менее 50% интрамурального компонента)	Более чем наполовину выступает в полость матки, но частично расположен в мышечном слое
2	Субмукозная ММ (более 50% интрамурального компонента)	Большая часть узла находится в мышечном слое, в полость матки выступает менее чем на половину
3	Интрамуральная ММ, контактирующая с эндометрием (интерстициально-субмукозный узел)	Полностью расположен в миометрии, но прилегает к эндометрию, деформируя его
4	Интрамуральная ММ	Узел расположен строго в толще мышечного слоя матки, не деформируя полость и наружную поверхность
5	Субсерозная ММ (более 50% интрамурального компонента)	Большая часть узла — в мышечном слое, выступает в брюшную полость менее чем на 50%
6	Субсерозная ММ (менее 50% интрамурального компонента)	Более чем наполовину выступает за пределы матки в брюшную полость, соединён с маткой основанием
7	Субсерозная ММ на ножке	Узел полностью выступает в брюшную полость, прикреплён к матке тонкой ножкой
8	Другие локализации (гибридные или неопределённые формы)	Включает редкие или атипичные формы, например миому шейки матки или узлы, одновременно контактирующие с эндометрием и серозной оболочкой

[Увеличение площади полости матки, снижение эффективности её сокращения, сосудистая перестройка, застойные изменения и нарушение гемостаза в гиперплазированном эндометрии — все эти факторы формируют условия для обильного менструального кровотечения.]

метрию и серозной оболочке. При сложной анатомии, подозрении на саркому или перед органосохраняющей операцией возможно воспользоваться **магнитно-резонансной томографией**. Кроме этого при субмукозной локализации ценную информацию даёт **гистероскопия**, а в ряде ситуаций полезна и **гистеросонография**. Такой

[Итог чрезмерной кровопотери предсказуем: хронический ферродефицит, слабость, одышка, снижение работоспособности. Именно кровотечение — главная причина ухудшения качества жизни и один из основных триггеров обсуждения плановой гистерэктомии.]

алгоритм даёт возможность перейти от простой констатации факта к персонализированному выбору лечебной тактики¹.

Однако одного лишь факта «есть узел» недостаточно. Для врача решающее значение имеет его **прицельная топография**: деформирует ли образование полость матки, затрагивает ли эндометрий или серозную оболочку, можно ли удалить его гистероскопически. Ответы на эти вопросы даёт **классификация**, разработанная Международной федерацией гинекологии и акушерства (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique; FIGO) (табл. 1, рис. 1).

Именно эта градация диктует выбор дальнейшей тактики. Для **субмукозных** узлов приоритетны гистероскопические подходы, для **интрамуральных и субсерозных** — взвешивают возможность медикаментозной коррекции, эмболизации маточных артерий или лапароскопической миомэктомии. При этом крупные узлы,

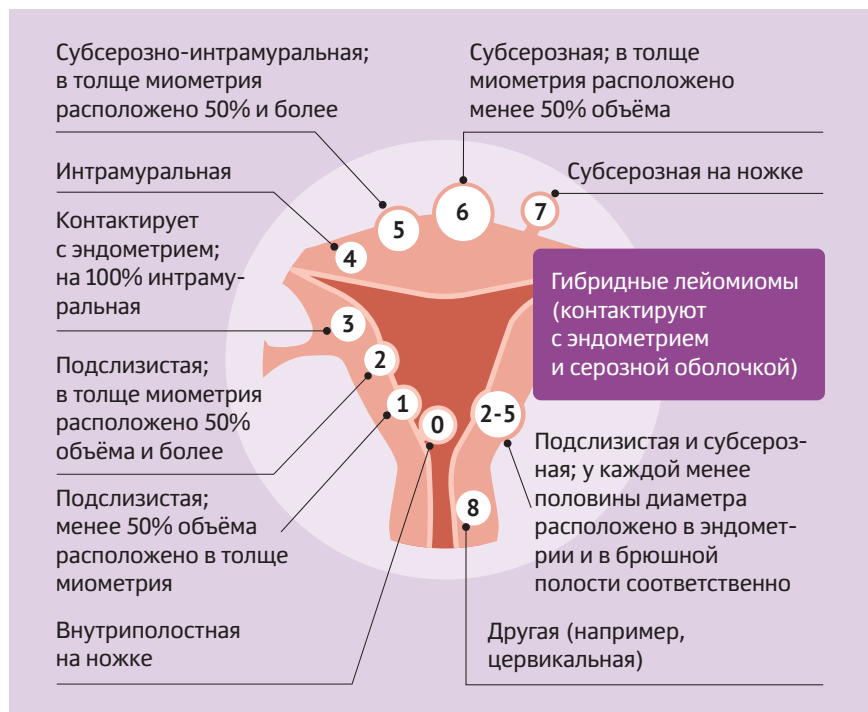


Рис. 1. Классификация миомы матки.

деформирующие полость или вызывающие компрессионные симптомы, нередко требуют предоперационной подготовки, способной уменьшить их объём и кровоснабжение¹.

Важную роль в решении этих задач играет **современная фармакотерапия**, предлагающая инструменты как для купирования проявлений, так и для создания оптимальных условий перед органосохраняющими вмешательствами.

Одна мишень — два заболевания

Потенциал комбинированного антагониста ГнРГ с add-back-терапией не ограничен ММ^{17,18}. Эту стратегию подробно изучили в программах SPIRIT^{19,20}, где оценивали комбинацию релуголикса 40 мг, эстрадиола 1 мг и норэтистерона ацетата 0,5 мг у женщин с **эндометриозом**.

В рамках SPIRIT 1 на 24-й неделе доля ответивших на лечение по дисменорее достигла **74,5%**: показатель по шкале NRS (0—10) снизился с 7,3 до 1,8 балла (73%). В SPIRIT 2 аналогичный ответ составил **75,2%** (снижение с 7,2 до 1,7 балла, 75%). Менструальная тазовая боль уменьшилась на **50** и **49%** соответственно. Качество жизни по шкале EHP-30* улучшилось на 58% в первом исследовании и на 57,3% во втором. Доля пациенток, отказавшихся от анальгетиков, составила 46,7 и 50% соответственно¹⁹.

Важно подчеркнуть: эффект терапии **сохранялся на всём протяжении** наблюдения. В долгосрочном исследовании SPIRIT 3 устойчивый ответ по дисменорее **через 52 нед** зафиксировали у 84,8% женщин, по менструальной тазовой боли — у 73,6%, а улучшение качества жизни по шкале EHP-30 **через 104 нед** достигало 88,6%²⁰. Профиль безопасности оставался благоприятным: потеря минеральной плотности костной ткани за 2 года **не превысила 1%**²⁰.

В клиническом смысле подобная терапия открывает широкие возможности для нескольких категорий пациенток. Прежде всего это женщины с **выраженной тазовой болью**, которые не планируют беременность в ближайшие годы и нуждаются в устойчивом облегчении симптомов без хирургического вмешательства. Высокий интерес вызывает и **послеоперационный сценарий**: после лапароскопического иссечения очагов врачу необходим надёжный инструмент для снижения риска возврата боли и повторной операции. Ещё одна значимая группа — пациентки с **глубоким инфильтративным эндометриозом**, при котором хирургический маршрут несёт высокую вероятность осложнений или технически крайне сложен. Наконец, у молодых женщин с **ранними формами болезни** и отложенными репродуктивными планами длительный медикаментозный контроль позволяет уменьшить болевую нагрузку и ограничить воспалительное микроокружение, не прибегая к раннему хирургическому вмешательству.

* EHP-30 (Endometriosis Health Profile-30) — специализированный опросник, разработанный для оценки влияния боли, вызванной эндометриозом, на повседневную деятельность и качество жизни.

Консервативная стратегия

Согласно актуальным клиническим рекомендациям при бессимптомном течении заболевания в случае небольших размеров матки **медикаментозное и/или** хирургическое лечение не показано¹.

Если в клинической картине доминируют дисменорея и кровотечение, в арсенале врача есть **симптоматические решения**: нестероидные противовоспалительные средства, транексамовая кислота, препараты железа. Гормональные подходы включают комбинированные оральные контрацептивы и прогестины, но их эффект при ММ **нередко ограничен**²¹.

На протяжении многих лет центральное место в медикаментозном контроле симптомов ММ занимали **агонисты ГнРГ**. Их действие (снижение продукции эстрогенов и прогестерона) ведёт к уменьшению кровотечения и объёма узлов. Впрочем, цена такого эффекта тоже хорошо известна — **гипоэстрогенное состояние** с вазомоторными проявлениями и потерей минеральной плотности костной ткани, что ограничивает курс лечения этими средствами обычно 3–6 мес. Дополнительную клиническую сложность создаёт стартовый **flare-эффект**: в начале лечения агонисты стимулируют секрецию лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, временно повышают концентрации эстрадиола и прогестерона и тем самым могут усиливать симптомы до наступления десенситизации гипоталамуса²².

Антагонисты ГнРГ предложили более тонкий фармакологический подход²³. Для этой группы характерно быстрое подавление секреции гонадотропинов без стартового flare-эффекта, что особенно ценно при выраженном кровотечении и необходимости быстрого контроля симптомов²⁴. В сочетании с **add-back-терапией** (низкими дозами эстрадиола и прогестерона) удаётся удерживать концентрацию гормонов в диапазоне ранней фолликулярной фазы. Такой режим уже закреплён в **зарубежных клинических рекомендациях**²⁵, поскольку он улучшает переносимость терапии, уменьшает риск гипоэстрогенных проявлений и сохраняет высокую эффективность²⁶. Именно эта концепция легла в основу исследований **LIBERTY**^{26,27}: было изучено действие препарата «Риэко»¹⁷, включающего релутоликс (40 мг), эстрадиол (1 мг) и норэтистерона ацетат (0,5 мг).

Следует также отметить, что достигнутый эффект не зависел от индекса массы тела, объёма матки, размера узлов и исходной кровопотери. При этом продолжение программы **LIBERTY** подтвердило сохранение эффективности и минимальное снижение минеральной плотности костной ткани на протяжении **52 нед наблюдения**²⁷.

Идеальные кандидаты

Исходя из вышеперечисленного, можно выделить несколько ключевых групп пациентов, для которых лечение комбинированным препаратом с антагонистом ГнРГ окажется наиболее целесообразным.

- **Молодые женщины с небольшими ММ**, откладывающие реализацию репродуктивных планов. Для них препарат может заменить симптоматическую терапию или пассивное наблюдение: он помогает купировать аномальные

Таблица 2. Хирургические методы лечения миомы матки¹

Метод	Показания	Уровень рекомендаций / достоверности	
Тотальная гистерэктомия	Отсутствие репродуктивных планов, наличие показаний к операции (анемия, боль, компрессия, размер более 12 нед, быстрый рост, подслизистый узел и др.)	C/5	
Миомэктомия (энуклеация узлов)	Дети, подростки, женщины, планирующие реализовать репродуктивную функцию	A/1	
Гистероскопическая миомэктомия	Подслизистые узлы до 4–5 см в диаметре	B/3	
Влагалищная тотальная гистерэктомия	Размер матки до 12 нед беременности, наличие условий (достаточная ёмкость влагалища, подвижность матки)	B/2	
Эмболизация маточных артерий	Высокий операционный риск, отсутствие планов беременности, желание сохранить матку	C/5	
МРТ-фокусированная ультразвуковая абляция (MRgFUS)	Органосберегающее лечение при наличии условий и отсутствии противопоказаний	C/5	

маточные кровотечения, стабилизирует или уменьшает размеры узлов. Дополнительное преимущество — контрацептивный эффект за счёт подавления овуляции.

- Пациентки, ранее проходившие консервативное лечение (в том числе с использованием селективных модуляторов рецепторов прогестерона). У этой группы высок риск рецидива ММ, поэтому релуголикс в комбинации с эстрадиолом и норэтистерона ацетатом подойдёт для длительной стабилизации достигнутого результата.
- Женщины в перименопаузе, стремящиеся избежать хирургического вмешательства. Для них оптимален пролонгированный приём комбинированного антагониста ГнРГ: безопасность и эффективность данной схемы подтверждены при

Комментарий

Единственный радикальный метод.

Возможна субтотальная гистерэктомия после исключения цервикальных патологических процессов.

При сочетании с аденомиозом субтотальный вариант нежелателен из-за риска рецидива

Выполняется лапароскопическим, гистероскопическим, лапаротомным, робот-ассистированным доступами.

Морцелляция — только в контейнере.

Доступ зависит от клинической ситуации и оснащения

Может сочетаться с аблацией/резекцией эндометрия.

Рождающиеся субмукозные узлы удаляют влагалищным доступом с ревизией полости матки

Часто сочетается с реконструктивно-пластическими операциями при опущении и стрессовом недержании мочи

Ассоциирована со снижением овариального резерва, особенно у пациенток старшего репродуктивного возраста.

Более низкая частота беременности и высокий риск неблагоприятных исходов, чем после миомэктомии

Метод требует тщательного отбора: доминантный узел не более 10 см, доступный для фокусированного ультразвука, без выраженного кальциноза. Исключают субсерозные узлы на ножке и подслизистые узлы 0—2-го типа.

Процедура не влияет на фертильность напрямую, но данные о гестационной безопасности после MRgFUS ограничены.

Эффективность зависит от гидратации и плотности ткани узла.

Не подходит при множественных крупных узлах, ожирении, рубцах на передней брюшной стенке

использовании на протяжении минимум 2 лет. Терапия позволяет контролировать проявления и сдерживать рост узлов вплоть до наступления постменопаузы.

- **Пациентки, готовящиеся к плановой операции по удалению ММ.** При аномальных маточных кровотечениях препарат назначают коротким курсом в рамках предоперационной подготовки, помогая восстановить гематологические показатели, в том числе на фоне приема препаратов железа.
- **Женщины после миомэктомии.** Поскольку рецидивы этого заболевания встречаются нередко, важно предусмотреть меры профилактики. Комбинированный антагонист ГнРГ подходит для послеоперационного противорецидивного лечения, в том числе при сопутствующем эндометриозе.

Когда без скальпеля не обойтись

Если медикаментозная терапия недостаточна или нецелесообразна, а симптоматика сохраняет клиническую значимость, выбор смещается в сторону **хирургических подходов**^{1,21,25}. Их спектр широк: от радикального удаления матки до органосохраняющих вмешательств, различающихся доступом, объёмом и инвазивностью. Ориентирами при выборе служат **репродуктивные планы** пациентки, размер, количество и топография узлов, наличие сопутствующих заболеваний и квалификация хирургической бригады. Основные методы и их характеристики представлены в табл. 2.



Современный взгляд на ММ требует от акушера-гинеколога **максимальной точности** в выборе стратегии лечения. В этом контексте терапия **комбинированным антагонистом ГНРГ с add-back-терапией** заслуживает особого внимания как инструмент, способный обеспечить быстрый контроль обильных менструальных кровотечений, уменьшить выраженность симптомов и выполнить предоперационную подготовку или предотвратить рецидив. **SP**

Литература

1. Миома матки: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. — М., 2024. — URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/257_2.
2. Bedggood E., Jie S., Ghosh S. et al. Evaluating treatment options for symptomatic uterine fibroids: A systematic review and meta-analysis of effectiveness, recovery, and long-term outcomes (MARIE WP1) // *Front. Glob. Womens Health.* — 2025. — Vol. 6. — P. 1601341. [PMID: 40821916]
3. Sparić R., Hatirnaz S., Tinelli A. Uterine fibroid surgery in gynecology and obstetrics and reproduction: lights and shadows // *Front. Surg.* — 2025. — Vol. 12. — P. 1698612. [PMID: 41079287]
4. Dolmans M.M., Petraglia F., Catherino W.H., Donnez J. Pathogenesis of uterine fibroids: current understanding and future directions // *Fertil. Steril.* — 2024. — Vol. 122. — №1. — P. 6–11. [PMID: 38453042]
5. Гинекология: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 1008 с.
6. Бабаева Н.И., Аталян А.В., Дмитриев В.Я., Сутурина Л.В. Факторы риска миомы матки: Библиометрический анализ // *Акушерство и гинекология.* — 2024. — №7. — С. 145–149.
7. Yang Q., Ciebiera M., Bariani M.V. et al. Comprehensive review of uterine fibroids: developmental origin, pathogenesis, and treatment // *Endocr. Rev.* — 2022. — Vol. 43. — №4. — P. 678–719. [PMID: 34741454]
8. Qin H., Lin Z., Vásquez E. et al. Association between obesity and the risk of uterine fibroids: A systematic review and meta-analysis // *J. Epidemiol. Community Health.* — 2021. — Vol. 75. — №2. — P. 197–204. [PMID: 33067250]
9. Tinelli A., Vinciguerra M., Malvasi A. et al. Uterine fibroids and diet // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* — 2021. — Vol. 18. — №3. — P. 1066. [PMID: 33504114]
10. Salmeri N., Cipriani S., Ricci E. et al. A systematic review and meta-analysis on alcohol consumption and uterine fibroids: An update from 2017 // *J. Nutr.* — 2026. — Vol. 156. — №5. — P. 101465. [PMID: 41786087]
11. Wise L.A., Palmer J.R., Rosenberg L. et al. FASN, dietary fat intake, and risk of uterine leiomyomata in the Black women's health study // *Fertil. Steril.* — 2016. — Vol. 106. — №5. — P. 1136–1141. [PMID: 27375065]
12. Wesselink A.K., Wegienka G., Coleman C.M. et al. A prospective ultrasound study of cigarette smoking and uterine leiomyomata incidence and growth // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2023. — Vol. 229. — №2. — P. 151.e1–151.e8. [PMID: 37148957]
13. Marsh E.E., Wegienka G., Williams D.R. Uterine fibroids // *JAMA.* — 2024. — Vol. 331. — №17. — P. 1492–1493. [PMID: 38598205]
14. Bulun S.E., Yin P., Wei J. et al. Uterine fibroids // *Physiol. Rev.* — 2025. — Vol. 105. — №4. — P. 1947–1988. [PMID: 40214304]
15. Краснопольская К.В., Коган И.Ю. Миома матки и бесплодие. Стратегии преодоления: Руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 144 с.
16. Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions / FIGO menstrual disorders committee // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2018. — Vol. 143. — №3. — P. 393–408. [PMID: 30198563]
17. ОХЛП «Ризко». — ЛП-№(012129)-(РГ-РУ)-161025.
18. Blair H.A. Relugolix/estradiol/norethisterone acetate: A review in endometriosis-associated pain // *Drugs.* — 2024. — Vol. 84. — №4. — P. 449–457. [PMID: 38592603]
19. Giudice L.C., As-Sanie S., Arjona Ferreira J.C. et al. Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: two replicate phase 3, randomised, double-blind, studies (SPIRIT 1 and 2) // *Lancet.* — 2022. — Vol. 399. — №10343. — P. 2267–2279. [PMID: 35717987]
20. Becker C.M., Johnson N.P., As-Sanie S. et al. Two-year efficacy and safety of relugolix combination therapy in women with endometriosis-associated pain: SPIRIT open-label extension study // *Hum. Reprod.* — 2024. — Vol. 39. — №3. — P. 526–537. [PMID: 38243752]
21. Bofill Rodriguez M., Dias S., Jordan V. et al. Interventions for heavy menstrual bleeding: overview of Cochrane reviews and network meta-analysis // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2022. — Vol. 5. — Art. №CD013180. [PMID: 35638592]
22. Pecorella G., Morciano A., Sparic R. et al. Insights on medical therapy for uterine fibroids:

A review // Adv. Ther. — 2026. — Vol. 43. — №5. — P. 1948–1966. [PMID: 41874853]

23. Syed Y.Y. Relugolix/estradiol/norethisterone (norethindrone) acetate: A review in symptomatic uterine fibroids // Drugs. — 2022. — Vol. 82. — №15. — P. 1549–1556. [PMID: 36331779]

24. Niaz R., Saeed M., Khan H. et al. Efficacy and safety of oral GnRh antagonists in patients with uterine fibroids: A systematic review // J. Obstet. Gynaecol. Can. — 2022. — Vol. 44. — №12. — P. 1279–1288. [PMID: 36368594]

25. Management of symptomatic uterine leiomyomas: ACOG practice bulletin №228 // Ob-

stet. Gynecol. — 2021. — Vol. 137. — №6. — P. e100–e115. [PMID: 34011888]

26. Al-Hendy A., Lukes A.S., Poindexter A.N. 3rd et al. Treatment of uterine fibroid symptoms with relugolix combination therapy // N. Engl. J. Med. — 2021. — Vol. 384. — №7. — P. 630–642. [PMID: 33596357]

27. Al-Hendy A., Venturella R., Arjona Ferreira J.C. et al. Relugolix combination therapy for heavy menstrual bleeding associated with uterine fibroids: LIBERTY randomized withdrawal study // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2023. — Vol. 229. — №6. — P. 662.e1–662.e25. [PMID: 37666383]

Научно-практическое издание

Тихомиров Александр Леонидович, **Катаев** Никита Андреевич

В ПОИСКАХ ЗОЛОТОЙ СЕРЕДИНЫ

Антагонисты ГнРГ в лечении миомы матки

Информационный бюллетень

Под редакцией **Радзинского** Виктора Евсеевича

Генеральный директор: канд. мед. наук Маклецова Светлана Александровна

Креативный директор: Кристал Виталий Генрихович

Редакционный директор: канд. мед. наук Раевская Ольга Анатольевна

Заместитель редакционного директора по науке: Дьяконов Сергей Александрович

Ответственный редактор: Катаев Никита Андреевич

Ответственный секретарь редакции: Васильева Надежда Михайловна

Арт-директор: Латипов Абдулатип Абдуллаевич

Препресс-директор: Демкова Нелли Владимировна

Выпускающий редактор: Либит Виктория Юрьевна

Руководитель группы вёрстки: Скуточкина Юлия Сергеевна

Вёрстка: Григорьева Елена Владимировна

Корректоры: Соседова Елена Анатольевна, Фридовская Эльнара Умалатовна

Дизайнер: Качалина Татьяна Витальевна

Принт-менеджер: Мацнева Елена Дмитриевна

Подписано в печать 07.07.2026. Бумага мелованная. Печать офсетная.
Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 1. Тираж 15 000 экз.

Ответственность за содержание рекламы и публикаций
«На правах рекламы» несут рекламодатели.

ООО «Медиабюро Статус презенс»
105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1
Тел.: +7 (499) 346 3902;
e-mail: info@praesens.ru.

Отпечатано в типографии ООО «МИНИН»
603104, Нижний Новгород, ул. Краснозвёздная, д. 7а, оф. 3



9 785907 814370 >



ГЕДЕОН РИХТЕР

Отмечаем 125 лет

РИЭКО® ИННОВАЦИОННЫЙ ПРЕПАРАТ НОВОГО КЛАССА ДЛЯ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА И МИОМЫ МАТКИ¹

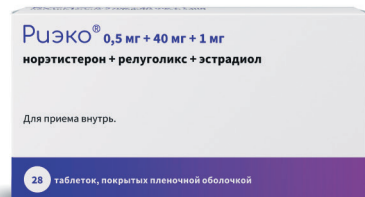


Риэко®

релуголикс, эстрадиол, норэтистерон

Антагонист ГнРГ* в комбинации с add-back-терапией**¹

- для лечения среднетяжелых и тяжелых симптомов миомы матки¹
- для симптоматического лечения эндометриоза у женщин, которые ранее получали лекарственное лечение или перенесли хирургическую операцию по поводу эндометриоза¹
- удобный режим приема —
одна таблетка один раз в день¹



РЕКЛАМА

*ГнРГ – гонадотропный релизинг-гормон. **Терапия прикрытия.

1. Общая характеристика лекарственного препарата Риэко®. Регистрационный номер ЛП-№ (012129)-(РГ-РУ) от 16.10.2025.

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА», 119049, г. Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-1880, e-mail: GRFarma@g-richter.ru. Представительство ОАО «Геден Рихтер» (Венгрия) г. Москва: 119049, г. Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-1555, e-mail: centr@g-richter.ru, www.gedeonrichter.com/ru/ru.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

KEDP/DAFVHT

