

Прегравидарная подготовка больных с миомой матки

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ
д.м.н. профессор

Боровкова Людмила Васильевна

- 
- **«Презентация подготовлена при поддержке АО «Нижфарм» (группа компаний STADA). Мнение автора может не совпадать с мнением компании»**

Миома матки. Эпидемиология

Миома матки – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки

40%



женщин репродуктивного возраста подвержены этому заболеванию

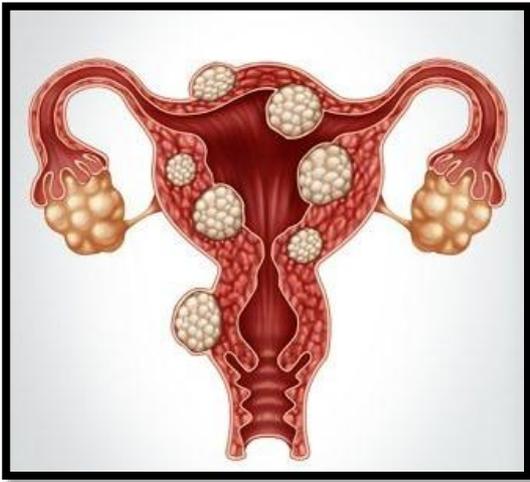
Частота встречаемости миомы матки, по данным разных авторов, колеблется в очень большом диапазоне:

- Л.В. Адамян с соавт. находят, что она диагностируется у 30–35% женщин репродуктивного возраста [1]
- А.Е. Кармон с соавт. считают, что миома матки встречается у 70% женщин [2]

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В. и др. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. М., 2015.

2. Karmon A.E., Cardoso E.R., Rueda B.R., Styer A.K. MicroRNAs in the development and pathobiology of uterine leiomyoma: is this evidence of support for future strategies for clinical intervention? Hum. Reprod. Update. 2014; 20 (5): 670–87.

3. Линде В.А., Татарова Н.А., Резник М.В. и др. К вопросу об этиопатогенезе миомы матки (обзор литературы). Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга, №2, 2018.



Осложнения беременности при миоме матки:

В 1-ом триместре – рост миомы, угрожающий выкидыш, неразвивающаяся беременность, кровотечение, гипоплазия хориона

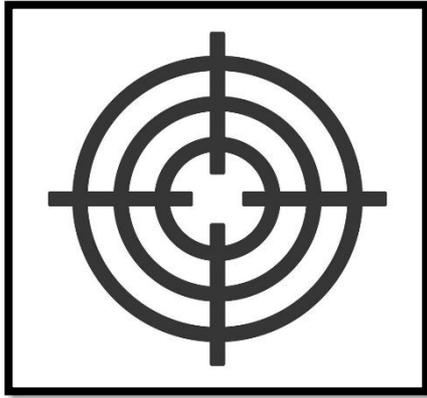
Во 2-ом триместре- быстрый рост и нарушение питания узла миомы, низкая плацентация, ИЦН, плацентарная недостаточность, ПОНРП, преэклампсии

В 3-ем триместре – неправильное предлежание и положение плода, угрожающие преждевременные роды, гипоксия и гипотрофия плода, преэклампсия



Осложнения родов при миоме матки:

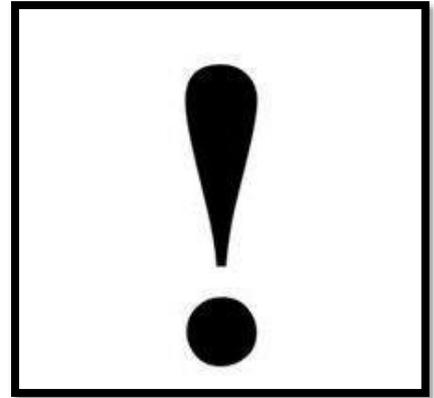
Аномалии родовой деятельности, острая интранатальная гипоксия плода, разрыв матки, ПОНРП, плотное прикрепление плаценты, раннее послеродовое кровотечение, нарушение кровообращения узла миомы



Показания к миомэктомии во время беременности:

Большие размеры опухоли, перекрут ножки узла миомы, ущемление опухоли в малом тазу, быстрый рост опухоли, некроз миоматозного узла

Требования при проведении миомэктомии во время беременности:



Срок беременности 15-19 недель, нижнесрединная лапаротомия или срединный разрез над пупком, вертикальный разрез над миоматозным узлом, миометрий закрывать 2-мя слоями узловых швов викриловой нитью размер 2/0, дренирование брюшной полости, УЗИ плода после операции, обезболивание (эпидуральная анестезия или эндотрахеальный наркоз)



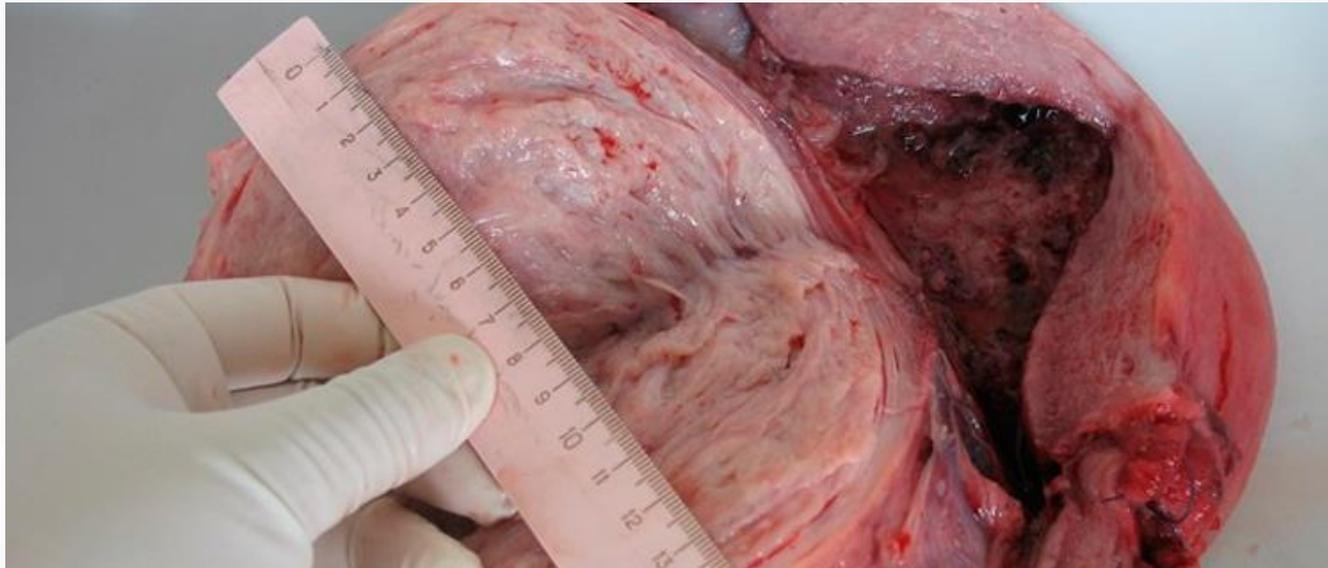
Механизмы влияния миомы матки на фертильность:

Деформация шейки матки и цервикального канала при перешеечных локализации узлов, увеличение площади и деформация полости матки, обструкция проксимальных отделов маточных труб, повышенная сократительная активность миометрия, продукция эндометрием вазоактивных провоспалительных цитокинов, хронический эндометрит, изменение кровотока в миометрии

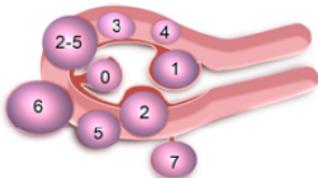
Прегравидарная подготовка при миоме матки

1. Гиперпластические процессы эндометрия и хронический эндометрит (пайпель кюретаж, ИЛ-6 менструальной крови)
2. Постгеморрагическая анемия
3. Патология шейки матки
4. Патология ЖКТ (УЗИ брюшной полости, почек, биохимия крови)
5. Патология щитовидной железы (УЗИ, ТТГ)
6. Патология молочных желез
7. Метаболический синдром

Миома матки больших размеров – диагноз упущенных возможностей



Классификация миомы матки



Leiomyoma subclassification system

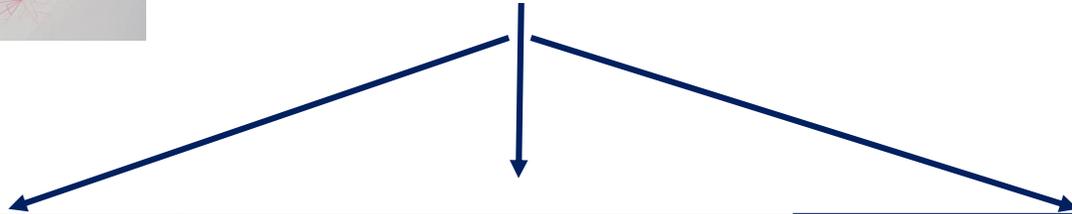
Субмукозная миома	0	Узел в полости на «ножке»
	1	< 50% интрамуральный компонент
	2	≥ интрамуральный компонент
Другие	3	Контактирует с эндометрием, 100% интрамуральный узел
	4	Интрамуральная
	5	Субсерозная интрамуральная ≥50%
	6	Субсерозная интрамуральная <50%
	7	Субсерозная на «ножке»
8	Другая	
Гибридная (контактирует с эндометрием и серозной оболочкой)	2-5	Субмукозная и субсерозная

Новая классификация миомы матки:

1. Клинически незначимые миомы или малых размеров (до 2-2,5 см)
2. Малые множественные миомы
3. Миомы матки средних размеров (до 4 см)
4. Множественная миома со средним размером доминантного узла
5. Миома матки больших размеров (более 5 см)
6. Субмукозная миома матки
7. Субсерозная миома матки на ножке
8. Сложная миома матки



Современные методы лечения миомы матки



Хирургическое

Виды хирургического
лечения:

Миомэктомия:

- лапаротомная,
- лапароскопическая;
- гистероскопическая.

Гистерэктомия

Консервативное

медикаментозные
препараты:

- СМПР

(модуляторы прогестеронных рецепторов)

- аГнРг

Альтернативные

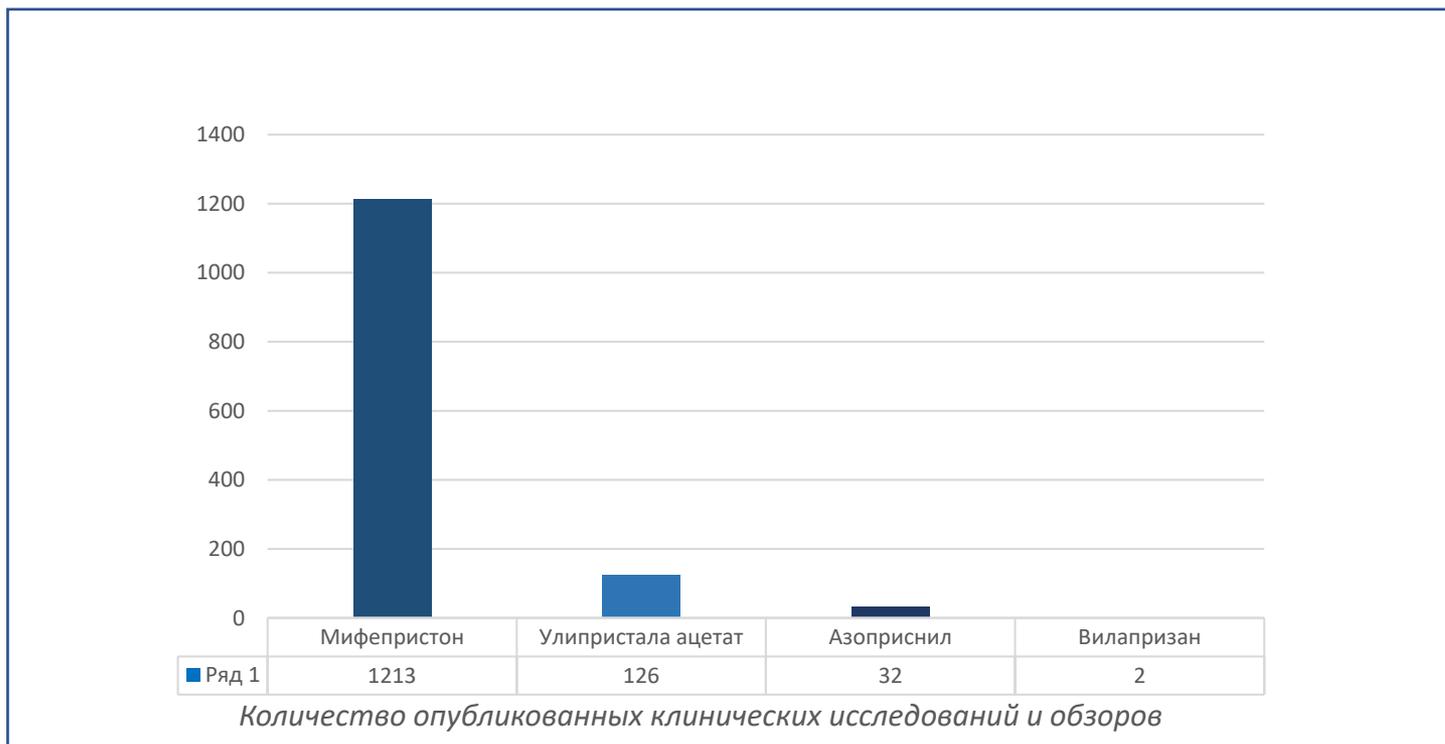
- ЭМА

- ФУЗ-абляция узлов
МИОМЫ

Выбор стратегии терапии миомы матки



Опубликованные исследования и обзоры СМГР



Мифепристон - самая изученная молекула среди препаратов СМГР

Источник: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Мифепристон в клинических рекомендациях

Для пациенток с миомой матки и АМК

**Уровень убедительности рекомендаций А
(уровень достоверности доказательств – 1).**

Применение мифепристона в течение 3-6 месяцев уменьшает объем кровопотери при миоме и улучшает качество жизни.



Клинические рекомендации

Миома матки

МКБ 10:D25, D26, O54.1

Год утверждения (частота пересмотра):2020

ID:KP257/1

URL

Профессиональные ассоциации

• ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Миома матки. Лекарственные препараты.

Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона эффективно уменьшают размеры миоматозных узлов, при этом продолжительность лечения ограничена 6 месяцами в связи с побочными эффектами (гипоэстрогения, потеря минеральной плотности костной ткани).

Длительность предоперационного лечения ограничивается 3 месяцами.

Модуляторы прогестероновых рецепторов (мифепристона) – современная альтернатива при выборе средств для медикаментозного лечения пациенток с миомой матки. Не вызывают симптомов эстрогенного дефицита.

Курсовая терапия 3 месяца.

- Tristan M. et al. Mifepristone for uterine fibroids //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2012. – №. 8.
- Shen Q. et al. Effects of mifepristone on uterine leiomyoma in premenopausal women: a meta-analysis //Fertility and sterility. –2013. – Т. 100. – №. 6. – С. 1722-1726.
- Feng C., Meldrum S., Fiscella K. Improved quality of life is partly explained by fewer symptoms after treatment of fibroids with mifepristone //International Journal of Gynecology & Obstetrics. –2010. – Т. 109. – №. 2. – С. 121-124., doi: 10.1016/j.ijgo.2009.11.019.



Клинические рекомендации

Миома матки

МКБ 10:D25, D26, O54.1

Год утверждения (частота пересмотра):2020

ID:KP257/1

URL

Профессиональные ассоциации

- ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Таргетный выбор терапии миомы матки

основан на анализе эффекта препаратов и побочных действий

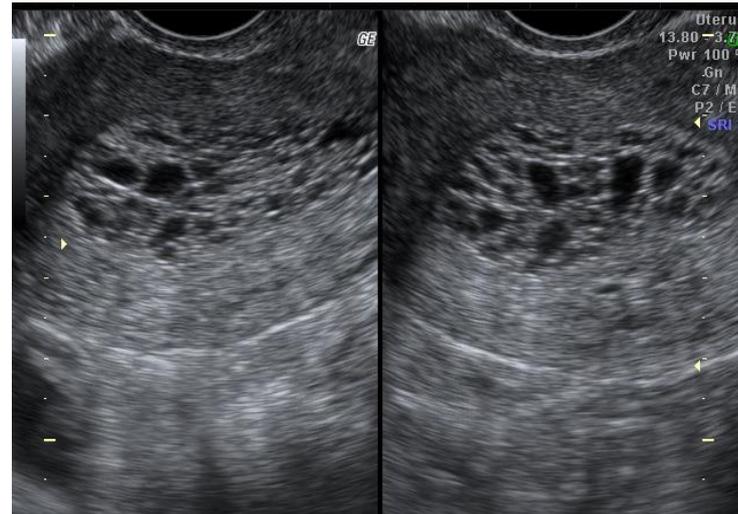


СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ АГНРГ И ГИНЕСТРИЛА

		аГНРГ	Гинестрил
Симптомы эстрогенного дефицита	Вегетативные и эндокринные симптомы >	+++	+
	Психо-эмоциональные нарушения >	+++	+
	Урогенитальные нарушения >	++	
	Изменения эндометрия >	<i>Атрофия</i>	<i>Железистая дилатация</i>
	Мышечно-суставные боли >	++	
	Потеря минеральной плотности костей >	++	
	Местные кожные реакции на введение ЛС	++	
	Тромботические осложнения >	++	
	Ребаунд-эффект >	+++	+

Влияние терапии мифепристонем на эндометрий

На фоне курсовой терапии мифепристонем наблюдается железистая дилатация эндометрия, не требующая вмешательства: отторжение эндометрия после окончания лечения.



Железистая дилатация эндометрия

Влияние Гинестрила на эндометрий

80 биопсий эндометрия до и после терапии Мифепристонем.

Доброкачественные изменения (железистая дилатация) самостоятельно разрешается у 13.9 % пациенток - через 6 мес., у 4.8 % - через 12 мес.

Eisinger et al, 2005*

Применение лекарственных средств перед миомэктомией: мета-анализ

SPRMs versus placebo

SPRMs (mifepristone, CDB-2914, ulipristal acetate and asoprisnil) were associated with greater reductions in uterine or fibroid volume than placebo (studies too heterogeneous to pool) and increased preoperative haemoglobin levels (MD 0.93 g/dL, 0.5 to 1.4; 2 studies; 173 participants; $I^2 = 0\%$; high-quality evidence). Ulipristal acetate and asoprisnil were also associated with greater reductions in bleeding before surgery (ulipristal acetate 5 mg: OR 41.41, 95% CI 15.3 to 112.4; 1 study; 143 participants; low-quality evidence;

Применение SPRMs связано с уменьшением объема матки и/или миоматозных узлов и повышением уровня гемоглобина

A rationale for the use of preoperative medical therapy before surgery for fibroids is to make surgery easier. There is clear evidence that preoperative GnRHa reduces uterine and fibroid volume, and increases preoperative haemoglobin levels, although GnRHa increases the incidence of hot flushes. During hysterectomy, blood loss, operation time and complication rates were also reduced. Evidence suggests that ulipristal acetate may offer similar advantages (reduced fibroid volume and fibroid-related bleeding and increased haemoglobin levels) although replication of these studies is advised before firm conclusions can be made. Future research should focus on cost-effectiveness and distinguish between groups of women with fibroids who would most benefit.

Росздравнадзор приостанавливает обращение улипристала ацетата 5 мг для лечения миомы матки на период обзора в связи с риском повреждения печени



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(РОСЗДРАВНАДЗОР)

Славянская пл. 4, стр. 1, Москва, 109074
Телефон: (495) 698 45 38; (495) 698 15 74

30.03.2020 № 040-538/20

На № _____ от _____

О новых данных по безопасности
лекарственного препарата
Эсмия®

- На период проведения экспертизы обращение улипристала ацетата, таблетки 5 мг, временно приостанавливается.
- Новые пациенты не должны начинать лечение улипристала ацетатом, таблетки 5 мг.
- Пациентки, принимающие улипристала ацетат, таблетки 5 мг, должны прекратить лечение.
- Мониторинг показателей функции печени должен быть проведен в течение 2-4 недель после прекращения терапии.
- Пациентки должны быть информированы о необходимости немедленно сообщать о признаках и симптомах поражения печени (таких, как тошнота, рвота, боль в правом подреберье, анорексия, астения, желтуха).



Влияние мифепристона на уровень АСТ, АЛТ и щелочной фосфатазы в плазме крови пациенток с миомой матки

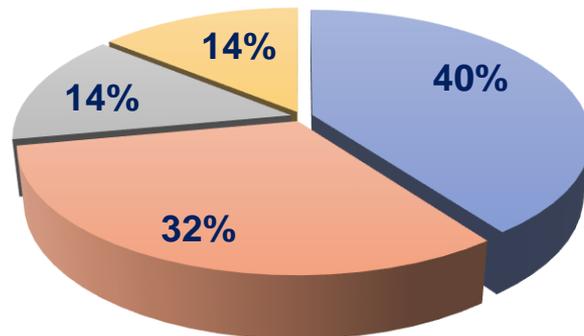


Трехмесячный курс Гинестрила не оказывает влияния на уровень печеночных ферментов

«Влияние мифепристона на экспрессию генов рецепторов стероидных гормонов в мононуклеарных клетках крови пациенток с миомой матки». Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Бехбудова Л.Х.

Регресс миоматозных узлов при приеме мифепристона

Итог терапии мифепристоном в течение 3 месяцев



- Уменьшение узлов до 100%
- Уменьшение узлов до 40%
- Уменьшение узлов до 20%
- Нет эффекта на размер узлов

Применение мифепристона позволяет уменьшить узлы до клинически не значимых у 8 из 10 пациенток

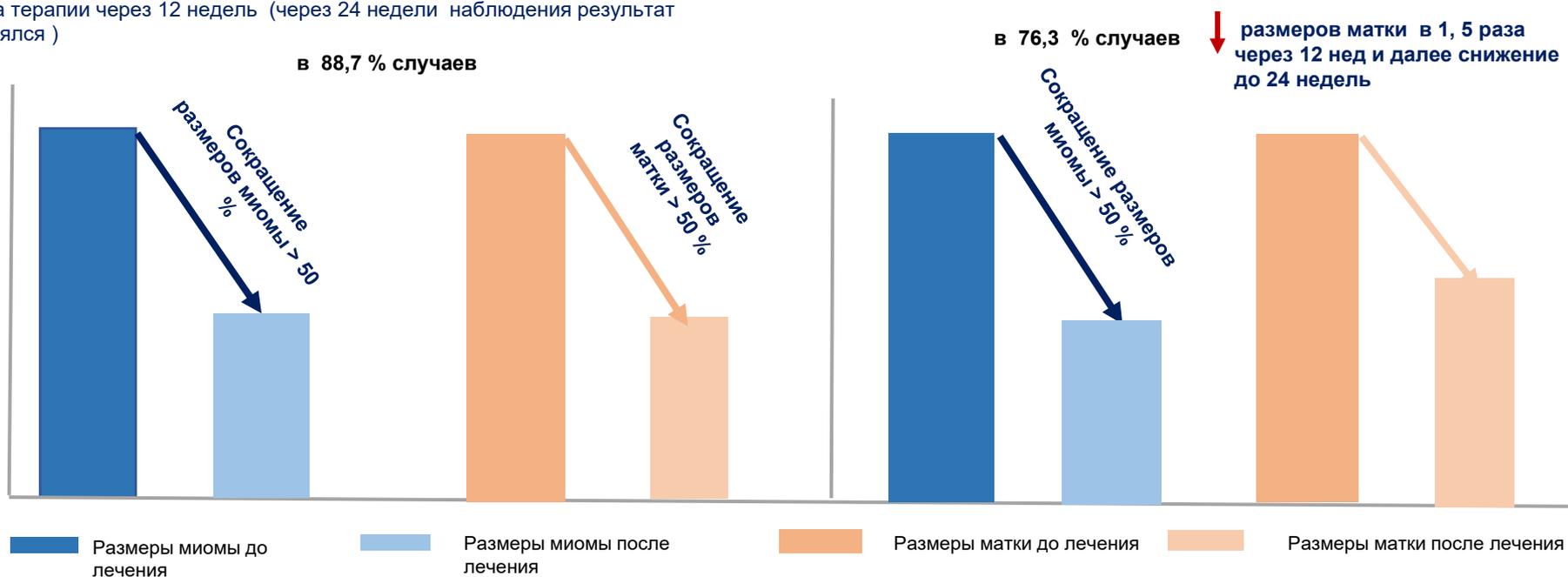
Многоцентровое исследование оценки результативности двух различных схем применения препарата Гинестрил при миоме матки (под рук. проф. Радзинского В.Е.)

Группа 1 – Гинестрил 50 мг в сутки 12 нед

Группа 2 – Гинестрил 25 мг в сутки или 50 мг ч/з день 24 нед

В обеих группах отмечено уменьшение болей в 2–2,5 раза

Оценка терапии через 12 недель (через 24 недели наблюдения результат сохранялся)



Радзинский В.Е., докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН; И. М. Ордянец, докт. мед. наук, проф. (Москва); В. А.Хорольский, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Кубанского ГМУ (Краснодар). Лечение миомы: вариативность как проблема//Статус презенс № 06, 2015

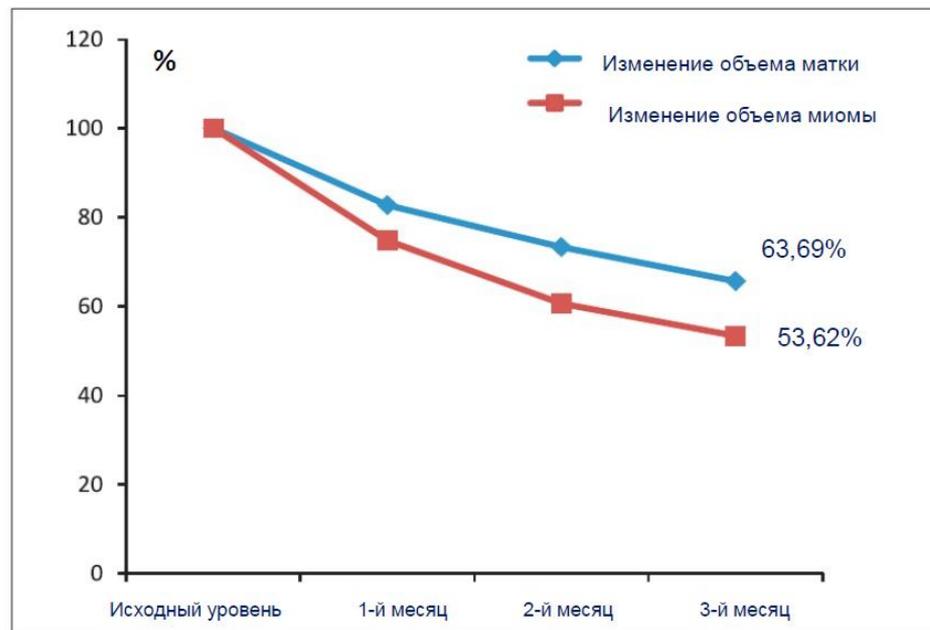
Регресс миоматозных узлов при приеме мифепристона

82 женщины

Средний возраст - 38.47 ± 4.9

После трех месяцев полного лечения:

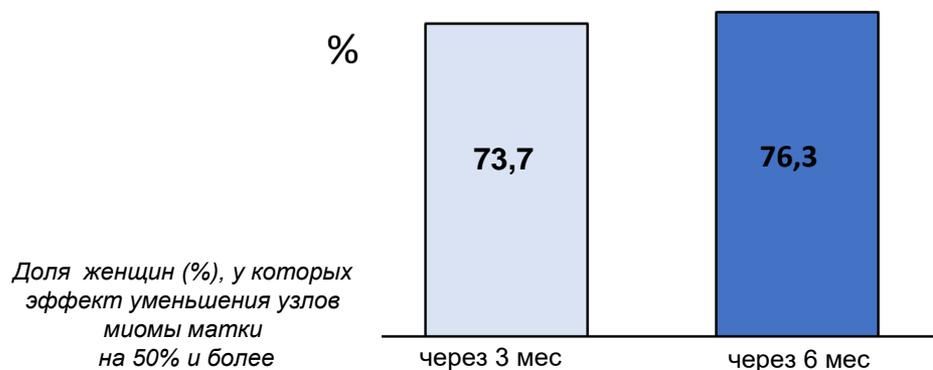
- Средний объем матки составил 63,69% от исходного
- Средний объем доминантного узла составил 53,62% от исходного



Возможности длительного медикаментозного ведения пациенток с миомой матки

Многоцентровое исследование применения Гинестрила в пролонгированном режиме в дозе 25 мг/сут в течение 6 месяцев и более (таблетки по 50 мг через день).

Итоги исследования применения Гинестрила по 25 мг/сут на протяжении 6 месяцев



Увеличение длительности курса терапии значимо не увеличивало % пациенток, эффективность терапии у которых составила более 50%.

В то же время, режим применения Гинестрила через день позволяет достичь уменьшения миоматозных узлов на 50% и более у более, чем 70% пациенток.

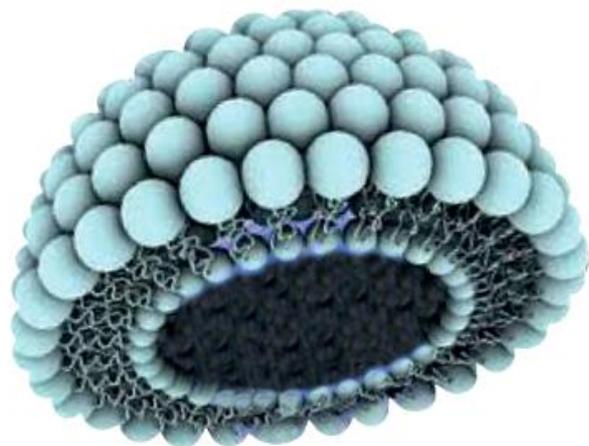
Симптоматическое лечение АМК при миоме матки.

Транексамовая кислота – уменьшение объемов кровопотери, без влияния на величину миоматозных узлов.

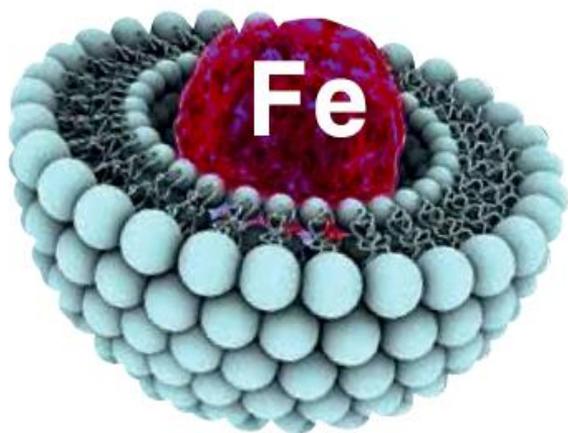
Транексамовая кислота (ТК)

Оптимальная СД ТК составляет 3,0 – 4,0 г в течение 4 - 5 дней. ТК способствует снижению менструальной кровопотери на 40% у пациенток с миомой матки.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) – при миоме с дисменореей и АМК для снижения болевого синдрома и объема кровопотери - off- label - !!!



СИДЕРАЛ
- это уникальный продукт,
который содержит
липосомальное железо™



ЗАПАТЕНТОВАНО



ТОРГОВАЯ МАРКА
ЗАРЕГИСТРИРОВАНА



ЛИПОСОМАЛЬНОЕ ЖЕЛЕЗО

Благодаря липосомальной технологии,
железо не контактирует со слизистой
кишечника



**ОТСУТСТВИЕ ПОБОЧНЫХ
ДЕЙСТВИЙ**

Терапия 1-й линии

Альтернативная терапия

2015¹



Метронидазол 500 мг per os 2 раза в день – 7 дн

или

Метронидазол 0,75% гель один полный аппликатор (5г) per vaginam однократ. – 5 дн

или

Клиндамицин 2% вагинальный крем один полный аппликатор (5 г) однократно -7 дн

Тинидазол 2 г per os 1 раз в день в течение 2 дней

или

Тинидазол 1 г per os 1 раз в день в течение 5 дней

или

Клиндамицин 300 мг per os 2 раза в день в течение 7 дн

или

Клиндамицин овули 100 мг вагинально 1 раз 3 дн

2018²



Метронидазол 400-500 мг per os 2 р в день от 5 до 7 дн.

или

Метронидазол 0,75% гель per vaginam однократ. –5 дн

или

Клиндамицин 2% вагинальный крем однократно -7 дн

Метронидазол 2 г per os- однократно

или

Тинидазол 2 г per os- однократно

или

Тинидазол 1г per os- 1 р в день - 5 дн

или

Клиндамицин 300 мг per os- 2 раза в день 7дн.

или

Деквалиния хлорид 10 мг ваг. таб.1 р\ день- 6 дн

2019³



Схемы - CDC 2015 г.

или

1-й этап

Хлоргекседин , супп и/или

Молочная к-та 100 мг по 1 супп 1 р в день-10 дн

2-й этап

Лактобактерии , ваг капс

Комбинированные препараты в лечении БВ 750 мг метронидазола и 200 мг миконазола

Схемы CDC 2015 г.

или

1-й этап

Орнидазол 500 мг + Неомицин 65000

МЕ+Эконазол 100 мг+ Преднизолон 3 мг

(комб.препарат) по 1 ваг табл в течение 6-9 дней

2 этап

Лактобактерии ацидофильные (*Lactobacillus acidophilus*) по 1 ваг супп 2 р в день в течение 5-10 дн

1.Guidelines Centers for Disease Control and Prevention, 2015 1-140, с.70

2 Guidelines.International Union against Sexually Transmitted Infections, IJ of STD&AIDS, 2018, 29, 1258-1272,

3.Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин (издание 2),Москва 2019 РОАГ,1-53,с17

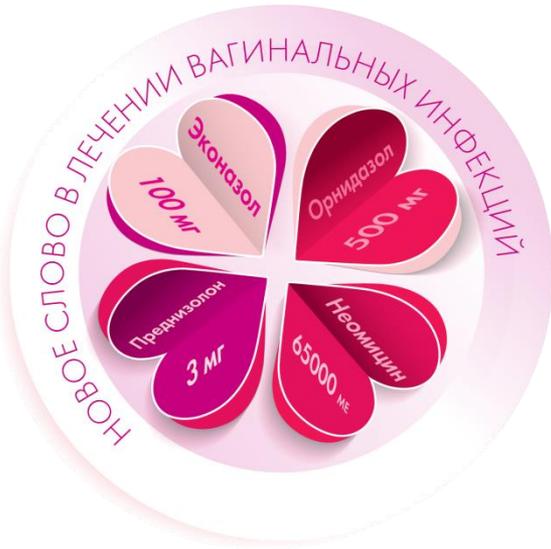
Сводный обзор препаратов – лидеров рынка

Препарат	Гарднерелла	Анаэробные бактерии	Аэробные бактерии	Грибы Candida	Воспаление, зуд, жжение
Эльжина	+++	+++	+++	+++	+++
Тержинан	++	++	+++	+	+++
Нео-Пенотран	+++	+++	-	+++	-
Полижинакс	-	-	+++	++	-
Гексикон	+++	+++	+++	-	-

Эльжина – новое поколение эффективной терапии вагинитов любой этиологии



Эльжина – точно в цель!

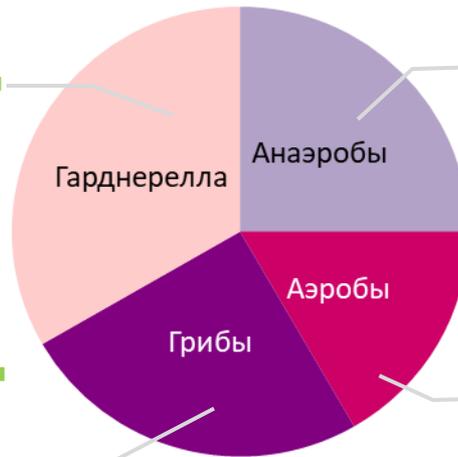


Эльжина – это максимальная эффективность, самый широкий спектр действия в своем классе и улучшение качества жизни женщины за счет моментального устранения зуда, жжения и воспаления

Анализ эффективности состава

Орнидазол

последнее поколение нитроимидазолов в отличие от метронидазола не вызывает побочных эффектов и совместим с алкоголем



Орнидазол

последнее поколение нитроимидазолов в отличие от метронидазола не вызывает побочных эффектов и совместим с алкоголем

Эконазол

Противогрибковый компонент последнего поколения с доказанной высокой эффективностью



Неомицин

Антибиотик широкого спектра действия, к которому не развивается устойчивость бактерий

**ВОСПАЛЕНИЕ,
ЗУД, ЖЖЕНИЕ**



Преднизолон

В микродозе моментально устраняет дискомфорт, снимает воспаление, ускоряет лечение

Безопасность 5-НИМЗ

Орнидазол – оптимальный выбор среди препаратов 5-нитроимидазолов по соотношению высокой эффективности и безопасности терапии

Побочные эффекты препаратов группы 5-НИМЗ*

Со стороны ЖКТ – неприятный (металлический) вкус или/и сухость во рту, тошнота, диарея, боли в животе, рвота. Со стороны ЦНС – головная боль, головокружение, нарушение сна и координации движений, атаксия. Кожно-аллергические – сыпи, кожный зуд.

**на фоне приема метронидазола - 59%,
на фоне приема орнидазола – 3,7%**



Совместимость с алкоголем

Метронидазол, тинидазол и др. ингибируют в организме фермент альдегид-дегидрогеназу и несовместимы с алкоголем, т.к. вызывают дисульфирамподобные реакции.

Орнидазол не влияет на активность альдегид-дегидрогеназы, поэтому он совместим с алкоголем, что очень важно для сохранения качества жизни пациентов



Эльжина с апликатором

- Правильное глубокое введение
- Повышение приверженности лечению
- Защита слизистой от микрповреждений





Показания к хирургическому лечению миомы матки

1. Кровотечение (анемия средней и тяжелой степени, не поддающиеся медикаментозной коррекции)
2. Сдавление смежных органов
3. Болевой синдром (нарушение питания в узле, сочетание с аденомиозом)
4. Рост миоматозных узлов (увеличение матки за 6 мес. до 2-4 нед. беременности). Злокачественной трансформации подвергаются 0,5-1% узлов.
5. Локализация миоматозных узлов (субмукозные узлы, атипично расположенные узлы – шейечная, перешеечная, интралигаментарная)
6. Бесплодие и невынашивание беременности (диаметр узла 4 см и более)

Миомэктомия:



- Гистероскопическая

1. Субмукозный узел T0 и T1 (при диаметре 5 см предоперационная подготовка)
2. Аномальное маточное кровотечение
3. Невынашивание беременности
4. Бесплодие

Осложнения: перфорация матки (1,5%), разрывы шейки матки (1-11%), кровотечения (2,4%), гипергидратация, внутриматочные синехии (10%)

- Лапароскопическая

1. Противопоказания (T4, удаление более 4-х узлов, диаметр узла более 6 см, низкое по задней стенке и перешеечное расположение узла)
2. Образование спаек составляет 82,1% (Desai P. 2015)

Миомэктомия:

- Лапаротомная

1. Формирование полноценного послеоперационного рубца
2. Образование спаек составляет 92,2% (Desai P.)

- Влагалищная

1. Размеры матки менее 16 недель беременности
2. Адекватная мобильность матки
3. Отсутствие выраженного спаечного процесса и стеноза влагалища

- Альтернативные методы лечения миомы матки

1. ФУЗ-абляция (импульсный фокусированный ультразвук)
2. Селективная эмболизация маточных артерий

ANGEL Awareness Study (ANti-adhesions in Gynecology Expert panel (Wallwiener-2014)

Европейский опрос осведомленности о послеоперационных спаечных процессах среди хирургов-гинекологов

Gynecol Surg (2014) 11:105–112
DOI 10.1007/s10397-013-0824-2

ORIGINAL ARTICLE

A European survey on awareness of post-surgical adhesions among gynaecological surgeons

Markus Wallwiener · Philippe Robert Koninckx · Andreas Hackethal · Hans Brölmann · Per Lunderoff · Michal Mara · Arnaud Wattiez · Rudy Leon De Wilde ·
for The Anti-Adhesions in Gynecology Expert Panel (ANGEL)

41 % участников опроса заявили о риске формирования послеоперационных спаек при лапаротомических вмешательствах и 19 % - при лапароскопических

ANGEL Awareness Study (ANti-adhesions in Gynecology Expert panel (Wallwiener-2014)

Европейский опрос осведомленности о послеоперационных спаечных процессах среди хирургов-гинекологов

Тип операции и параметры, влияющие на формирование спаек, наиболее цитируемые респондентами
(опрос ANGEL)

Тип операции	Параметры
Хирургическое вмешательство при эндометриозе	
Миомэктомия	Инфекция в брюшной полости
Адгезиолиз	Обширная травма тканей
Хирургия придатков	Послеоперационная инфекция
Гистерэктомия	Предыдущие операции
Внематочная беременность	
Кесарево сечение	

По отзывам, хирургия эндометриоза и миомэктомия представляют самый высокий риск образования спаек

ANGEL Awareness Study (ANti-adhesions in Gynecology Expert panel (Wallwiener-2014)

Европейский опрос осведомленности о послеоперационных спаечных процессах среди хирургов-гинекологов

Высокий приоритет - это профилактика спаек

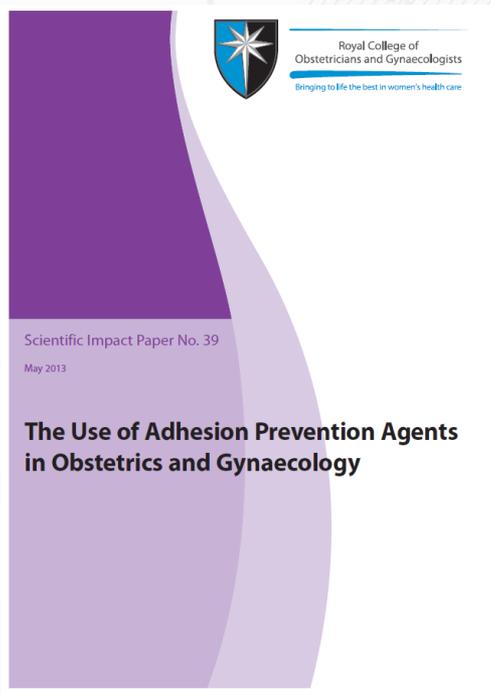
Практически все хирурги-гинекологи (94,8% респондентов) считают, что хорошая хирургическая практика важна для предотвращения послеоперационных спаек

60,5% и 55,3% соответственно считают приоритетным антиадгезионные барьеры и перитонеальное кондиционирование (температура, газовая среда и тип ирригационных растворов).

В заключение участники этого опроса показали хорошее знание факторов, вызывающих спайки.

Тем не менее, знания о рекомендуемых хирургических методах и антиадгезионных барьерах требуют улучшения

Профилактика спаечного процесса в гинекологии



Рекомендации Королевского колледжа акушерства и гинекологии (RCOG, Великобритания, 2013), посвященные профилактике спаечного процесса:

Любое хирургическое вмешательство на органах живота и малого таза ведет к образованию спаек и связанных с ними осложнений.

Это является основанием для использования противоспаечных средств во время любой открытой или лапароскопической операции, а также во время внутриматочных вмешательств.

Приоритет следует отдавать гиалуроно-содержащим противоспаечным средствам.

Уникальный состав гиалуроновая кислота (ГК) и карбоксиметилцеллюлоза (КМЦ)

Высокоочищенная натриевая соль ГК получена без использования генномодифицированных микроорганизмов.

ГК - естественный компонент внеклеточного матрикса. Полностью расщепляется в организме в течение 4-х суток с помощью фермента гиалуронидазы.

Эффекты Гиалуроновой кислоты

- ❖ Увлажняющий
- ❖ Регенерирующий
- ❖ Противовоспалительный



КМЦ - высокомолекулярный полисахарид, эффективное против средство. КМЦ не токсична, не канцерогенна.



Эффекты Карбоксиметилцеллюлозы

- ❖ Создает защитную плёнку
- ❖ Субстрат для закрепления и пролонгирования действия ГК

Механизм действия

- Антиадгезин разделяет соприкасающиеся поверхности только на период критической фазы раневого заживления и послеоперационного спайкообразования (=7 дней), создавая временный искусственный барьер между поврежденными тканями
- Гель прилипает, не растекаясь, к анатомическим поверхностям, образуя вязкое смазывающее покрытие и обеспечивая скольжение соседних поврежденных поверхностей, что предупреждает их слипание.
- Гель не влияет на нормально протекающие процессы регенерации.
- После применения полностью рассасывается.



Ранний этап реабилитации репродуктивной функции женщин после миомэктомии с использованием рассасывающегося геля Антиадгезин

84 пациентки 18 - 45 лет с миомой матки - на заключительном этапе операции на область послеоперационного рубца наносили Антиадгезин (5 г)

Через 12 месяцев после операции косвенные признаки спаечного процесса в органах малого таза диагностированы лишь у 8,3% больных.

У всех обследуемых отсутствовали перитубарные спайки

В течение года из 84 пациенток беременность наступила у 71,4% обследуемых: спонтанно – у 57,1% женщин; в программе ЭКО и переноса эмбриона – в 14,3% случаев с благополучным исходом у 46,4%

Родоразрешение путем операции кесарева сечения проведено у 44 (73,3%) из 60 пациенток. При этом **спаечный процесс I степени обнаружен у 3 пациенток, в то время как в подавляющем большинстве случаев признаки спаечного процесса отсутствовали.**

Благодарю за внимание!

