

ного средства значительно увеличивало количество АОК, а следовательно, антигенпрезентирующую активность макрофагов, как относительно воздействия иммунодепрессанта, так и интактных животных.

Таким образом, проведенные исследования показали, что полученное липосомальное средство в значительной степени оказывает влияние на систему мононуклеарных фагоцитов, стимулируя функциональную активность перитонеальных макрофагов во всех иммунологических тестах. Вероятнее всего, благодаря своей мембранной структуре и содержанию высокоактивных жирных кислот в жире нерпы, липосомы способствуют активации мембран макрофагов, что в дальнейшем приводит к запуску иммунной реакции.

Влияние заместительной гормонотерапии на состояние липидного профиля крови у женщин после гистерэктомий

Лемешко А.А.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Алтайского государственного медицинского университета, Барнаул

После гистерэктомии с придатками или без придатков в перименопаузе происходят изменения липидного спектра крови в атерогенном направлении: повышаются уровни холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности, снижается концентрация липопротеидов высокой плотности. Снижение уровня эндогенных эстрогенов приводит также к неблагоприятным изменениям в системе гемостаза, увеличивающих риск тромбообразования (повышается агрегация тромбоцитов, уровень фибриногена и др. факторов коагуляции, снижается активность естественных антикоагулянтов и фибринолиза), повышается резистентность к инсулину и тонус сосудов. Все эти факторы способствуют развитию или быстрому прогрессированию атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний. Имеющиеся на сегодняшний день данные многочисленных исследований по первичной и вторичной профилактике ИБС показывают, что ЗГТ способствует снижению риска развития ИБС у женщин в перименопаузе на 30–40%. У женщин с ангиографически подтвержденными нарушениями коронарного кровообращения и у женщин после перенесенного ранее инфаркта миокарда риск смерти от ИБС снижается на 80%.

Оценка состояния липидного обмена на фоне ЗГТ климонормом производилась путем динамического контроля за уровнем ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, ТГ, ИА. Определение данных показателей производилось до лечения у 60 женщин после гистерэктомии с одним или без придатков перименопаузального возраста – 1 группа наблюдения, у 50 женщин после гистерэктомии с придатками – 2 группа наблюдения, затем через 3, 6, 9, 12 месяцев гормонотерапии. При проведении статистического анализа в течение периода наблюдения установлено, что показатели липидного спектра крови достоверно отличались от исходных через 6 месяцев лечения. Это выражалось в статистически значимом снижении изначально повышенного уровня общего холестерина на 10,7 % в первой группе и на 14,09% во второй группе, к году от начала терапии снижение холестерина составило 17,2% в первой группе, 15,81% во второй группе, $P < 0,05$. Снижение ХС ЛПНП является важнейшим условием профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку данная фракция является атерогенной. Проведенное исследование выявило снижение ХС ЛПНП после 6 месяцев ЗГТ на 8,3% в первой группе и на 13,1% во второй группе, однако это снижение как в первой так и во второй группе было недостоверным ($P < 0,05$). Статистически значимые изменения этой фракции отмечены после 12 месяцев приема препарата, когда произошло снижение изначально повышенного уровня ХС ЛПНП на 19,8% в первой группе и на 18,2% во второй группе, ($P < 0,05$). Несмотря на то, что исходные показатели ХС ЛПОНП изначально находились в пределах нормальных значений, отмечалось достоверное снижение этого показателя на 28,5% в первой группе и на 25,9% во второй группе после 6 месяцев лечения ($P < 0,05$). После 12 лечебных циклов концентрация ХС ЛПОНП продолжала снижаться в первой группе на 31% от исходного уровня, это снижение было достоверным, во второй группе концентрация ХС ЛПОНП возросла и после приема климонорма 12 месяцев лечения она достоверно не отличалась от исходного уровня этой фракции, но все же была меньше его на 7,5%. Одним из наиболее значимых показателей при анализе липидного спектра на фоне ЗГТ являются ХС ЛПВП. Это антиатерогенная фракция, по разным данным, прогестины, входящие в состав препаратов для ЗГТ, в частности, в климонорм, могут оказывать

на нее различный эффект, в том числе негативный. Значительных изменений содержания ХС ЛПВП на фоне лечения не произошло. Отмечались лишь колебания уровня в сторону повышения на 2,4% в первой группе и на 3,5% во второй после 6 месяцев терапии, после года терапии климонормом повышение ХС ЛПВП произошло в первой группе на 1,6% от исходного уровня и на 1,8% во второй группе, это повышение было недостоверным ($P > 0,05$). Отсутствие снижения концентрации ХС ЛПВП на фоне ЗГТ является положительным моментом и свидетельствует о том, что левоноргестрел в используемой дозе не оказывает влияния на антиатерогенную фракцию липидов. Следовательно, прогестагены не ослабляют влияние эстрогенов на сердечно-сосудистую систему, липидный обмен. Повышение уровня ТГ положительно коррелирует с повышением риска инфаркта миокарда и инсультом. Их содержание, кроме того является важным показателем эффективности и безопасности препаратов ЗГТ. Повышение ТГ может явиться неблагоприятным результатом действия гормонов, поэтому изучение динамики концентрации этого компонента очень важно. Нами получено статистически достоверное снижение концентрации ТГ на 30,6% в первой группе и на 34,2% во второй группе после 6 месяцев лечения, через год ЗГТ снижение ТГ произошло на 35,6% в первой группе и на 27,6% во второй группе. Проведен динамический анализ показателя индекса атерогенности, как наиболее значимого показателя, чем абсолютные значения липидов крови в отдельности. После 6 месяцев терапии статистически значимых изменений ИА не выявлено, но тенденция к снижению составила 13,3% в первой группе наблюдения и на 11,5% во второй группе ($P > 0,05$). Статистически значимое снижение показателя констатировано после года лечения климонормом, когда уровень ИА снизился на 19,8% в первой группе и на 17,9% во второй группе ($P < 0,05$).

Проводимая ЗГТ климонормом привела к изменению липидного профиля крови в антиатерогенном направлении, это выражалось в снижении ОХС, ХС ЛПНП, ТГ, ИА, тенденции к повышению ХС ЛПВП.

Влияние гистерэктомий на изменение липидного спектра крови

Лемешко А.А., Аккер Л.В.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Алтайского государственного медицинского университета, Барнаул

Неблагоприятное влияние хирургической менопаузы на риск развития заболеваний сердца и сосудов, в частности ИБС, связывают с происходящими в переходном возрасте изменениями в липидном спектре крови в "атерогенном" направлении – снижением липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и повышением уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и содержания холестерина. Снижение уровня эстрогенных влияний после гистерэктомий приводит к увеличению резистентности стенок артериальных сосудов кровотоку и развитию микроциркуляторных нарушений.

Нами обследовано 150 женщин после гистерэктомий перименопаузального периода:

1-я группа – 60 женщин после гистерэктомии без придатков или с одним яичником.

2-я группа – 60 женщин после гистерэктомии с придатками.

3-я группа (контрольная) – 30 женщин с естественной менопаузой.

Сердечно-сосудистая патология в структуре заболеваемости обследованных нами больных занимает первое место: в первой группе – 46 женщин (76,7%) страдали данной патологией, а во второй группе ССЗ имели 55,3% (35) пациенток.

Гиперхолестеринемия выявлена в первой группе у 65,7% женщин, во второй группе у 71,21% женщин и в контрольной группе – у 40%. Показатели в первых двух группах были достоверно выше, чем в контроле, где ОХС в среднем был равен $4,87 \pm 0,93$ ммоль/л, $P < 0,05$. У женщин после гистерэктомии с яичниками ОХС был выше, чем после гистерэктомии без яичников или с одним яичником: $6,02 \pm 1,43$ и $5,8 \pm 0,78$ на 3,7%. Исследование ХС ЛПНП в группах выявило повышенное содержание у 35 женщин (58,3%) в первой группе, у 40 женщин (60,61%) во второй группе и 12 женщин (43,33%) в контрольной группе. Средний показатель ХС ЛПНП в первой группе составил $3,37 \pm 0,94$ ммоль/л, во второй – $4,15 \pm 1,34$ ммоль/л, в контрольной – $3,33 \pm 0,91$ ммоль/л, этот показатель достоверно выше в группах прооперированных женщин, чем у женщин, не имеющих оперативного лечения в анам-