

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 эстрогенов влияет на резистентность 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-

незе. У обследованных женщин не наблюдалось существенных отклонений от возрастной нормы в содержании триглицеридов. Только в 26,5% в 1-ой группе, в 28,8% во 2-ой группе и в 16,7% в контрольной они превышали верхние допустимые значения. Средние значения в 1 группе составили  $2,02 \pm 0,78$ , во 2 группе  $1,57 \pm 0,92$ , это все равно достоверно выше, особенно в первой группе, чем в контрольной, где уровень ТГ в среднем равнялся  $1,17 \pm 0,58$ ,  $P < 0,05$ . Содержание ХС ЛПВП в первой группе  $1,23 \pm 0,24$  ммоль/л, во второй  $1,12 \pm 0,28$  ммоль/л, в контрольной группе  $1,30 \pm 0,39$  ммоль/л., т.е. средние показатели находились в рамках нормальных значений, однако содержание ХС ЛПВП в первых двух группах ниже, чем в контрольной, особенно у пациенток с удаленными яичниками. Концентрация ХС ЛПОНП превышала норму у 21,51% в 1 группе, у 22,72% во 2 группе, 16,67% в контрольной группе. Средние показатели в 1 группе  $0,70 \pm 0,19$ , во 2 группе  $0,56 \pm 0,03$ , в контрольной группе  $0,42 \pm 0,21$ , но разница была статистически значимой  $P < 0,05$ . Прогностическим признаком риска развития атеросклероза служат не столько абсолютные значения концентраций липидов, сколько их соотношение между собой, частности индекс атерогенности (ИА), определение этого показателя выявило, что средний уровень в 1 группе  $3,35 \pm 1,05$ , во второй группе  $4,38 \pm 1,91$  достоверно выше нормы, чем в контрольной, где ИА равен  $2,75 \pm 0,18$ ,  $P < 0,05$ . Таким образом, у обследованных пациенток имелись некоторые особенности липидного состава крови. Эти изменения выражались в основном гиперхолестеринемией. Лишь средние значения содержания ХС ЛПНП были выше нормативных показателей для женщин этой возрастной категории, остальные находились в рамках нормы, но были достоверно выше, чем в контрольной группе. Вместе с тем, обращает на себя внимание увеличение уровня ИА, что свидетельствует о повышении атерогенного потенциала крови. Проведена оценка зависимости гиперхолестеринемии от анамнестических и соматических данных. Оказалось, что степень гиперхолестеринемии не зависит от тяжести течения посткастрационного синдрома. Уровень ОХС достоверно не отличался у пациенток с легкой, средней, тяжелой степенью тяжести ПКС,  $P < 0,05$ . Также не выявлено зависимости степени гиперхолестеринемии от особенностей становления менструальной функции. У пациенток, указывающих на

позднее менархе, и с нормальным становлением менструальной функции средние показатели ОХС достоверно не различались,  $P < 0,05$ . Однако выявлена четкая корреляционная зависимость между частотой экстрагенитальной патологии и степенью гиперхолестеринемии. Средний уровень ОХС статистически был выше у пациенток, имеющих два и более соматических заболеваний.

Проведенные исследования позволили установить определенные нарушения липидного обмена у пациенток после гистерэктомии с придатками, с одним яичником или без придатков матки в перименопаузальном периоде. Эти изменения характеризовались гиперхолестеринемией и повышением уровня ХС ЛПНП (атерогенная фракция). Остальные показатели липидного профиля не выходили за рамки физиологических возрастных норм, однако статистически значимо отличались от контрольной группы. Факторами, влияющими на степень гиперхолестеринемии, являются экстрагенитальная патология, наличие артериальной гипертонии, объема оперативного вмешательства.

#### **Влияние возрастного фактора на течение гепатита А после экстренной прививки вакциной «Хаврикс» в условиях водной вспышки инфекции**

Лефтерова О.А., Шульдяков А.А., Бабиченко О.Е., Царева Т.Д., Решетников А.А., Петренко Т.Н.

*Саратовский государственный медицинский университет*

Арсенал средств специфической профилактики гепатита А в конце 20 века существенно расширился за счет появления вакцин, производство коммерческих препаратов которых осуществляется зарубежными («Хаврикс», «Аваксим» и др.) и отечественными производителями. В настоящее время подходы при ликвидации вспышек гепатита А пересматриваются и для ликвидации их используют экстренную вакцинацию против гепатита А. Необходимо отметить, что при проведении экстренной активной профилактики с применением вакцин в ряде случаев возможно осуществление прививки в инкубационном периоде заболевания с последующим развитием манифестных или атипичных форм болезни. В этом случае важно оценить, не повлияла ли вакцинация на развитие патологического процесса при гепатите.