

произошло снижение изначально повышенного уровня ХС ЛПНП на 19,38%. Несмотря на то, что исходные показатели ХС ЛПОНП изначально находились в пределах нормальных значений, отмечалось достоверное снижение этого показателя на 22,03% к 6 месяцам лечения ($P < 0,05$). После 12 лечебных циклов концентрация ХС ЛПОНП возросла, в конечном итоге она достоверно не отличалась от исходного уровня этой фракции, но все же была меньше его на 6,4%. Нами получено статистически достоверное снижение концентрации ТГ на 31,11% к 6-му и на 29,7% к 12-му месяцу лечения. Изменения содержания ХС ЛПВП на фоне лечения не произошло. Отмечались лишь колебания уровня в сторону повышения на 4,12% после 6 месяцев и на

1,99% после года ЗГТ, но они были недостоверными. Отсутствие снижения концентрации ХС ЛПВП является положительным моментом и свидетельствует о том, что левоноргестрел в используемой дозе не оказывает влияния на антиатерогенную фракцию липидов. Проведен анализ изменений показателя индекса атерогенности, как наиболее значимого показателя, чем абсолютные значения липидов крови в отдельности. К 6 месяцам статистически значимых изменений ИА не произошло, но тенденция к снижению составила 10,78%. Статистически значимое снижение показателя констатировано после года приема климонорма, когда его уровень снизился на 19,57% (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей липидного спектра крови на фоне ЗГТ в первый год наблюдения (ммоль/л)

Показатели липидного спектра	До лечения, n=400	Через 6 месяцев, n=400	Через 12 месяцев, n=400
ОХС	6,59±0,43	5,67±0,13*	4,90±0,05*
ХС ЛПВП	1,02±0,08	1,06±0,09	1,04±0,05
ХС ЛПНП	4,45±0,34	4,15±0,14	3,59±0,62*
ХС ЛПОНП	0,76±0,03	0,59±0,01*	0,71±0,28
ТГ	1,57±0,02	1,08±0,05*	1,10±0,15*
ИА	4,38±1,91	3,91±0,04	3,47±0,97*

* — статистически значимое снижение показателей липидного спектра крови на фоне терапии климонормом, $P < 0,05$.

Достоверных изменений липидного обмена после 3 и 5 лет терапии не выявлено. После 7 лет ЗГТ зарегистрировано статистически значимое увеличение уровня ЛПВП на 24,22%. Это крайне важно т.к. это один из основных механизмов защитного влияния женских половых гормонов на сердечно-сосудистую систему. Таким образом, проводимая ЗГТ, привела к изменению липидного спектра крови в антиатерогенном направлении, в первый год терапии и стабилизации показателей в последующие годы лечения.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Гальченко А.И., Аккер Л.В.,
Набугорнова Т.В.

ГОУ ВПО Алтайский государственный
медицинский университет,
Барнаул, Россия

Эффективность заместительной гормональной терапии (ЗГТ) при менопаузальных расстройствах доказана во многих крупных исследованиях. ЗГТ купирует симптомы климактерического синдрома, ослабляет симптомы вызванные атрофией влагалища, предотвращает разрушение костной ткани, снижает риск развития

сердечнососудистых заболеваний и уменьшает общую смертность женщин в постменопаузе. Однако по-прежнему остается открытым вопрос о возможности использования ЗГТ у больных с миомой матки. Критерии безопасности гормонотерапии при лейомиоме не определены. Данная опухоль является наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью в климактерическом возрасте. Различные исследования указывают на распространенность лейомиомы матки среди женщин в климактерии от 15 до 30%. Высокая частота встречаемости данного заболевания, необходимость обеспечения контроля и безопасности лечения, риск возможного роста миомы матки, ограничивают применение гормонотерапии (ГТ) для купирования тяжелых менопаузальных расстройств в данной когорте пациенток.

Целью нашего исследования явилось оценка влияния ЗГТ в длительном режиме на состояние миомы матки малых размеров у женщин с климактерическим синдромом (КС) в пери- и постменопаузе.

Материалы и методы исследования. Основу работы составили результаты комплексного клинико-лабораторного и инструментального проспективного обследования и лечения 200 пациенток с климактерическим синдромом средней и тяжелой степени тяжести. Средний возраст пациенток на момент начала исследования составил $48,7 \pm 1,02$ г. Длительность менопаузы $3,6 \pm 0,25$ г. Длительность наблюдения составила 10 лет. Находившаяся под наблюдением группа пациенток являлась строго выборочным контингентом больных для проведения гормонотерапии. На этапе обследования пациенток были тщательно проанализированы анамнез и состояние больных, исключены основные противопоказания к проведению гормональной терапии. ЗГТ осуществлялась назначением климонорма в первые 2 года лечения, затем в течение 3 лет климадиена и последние 5 лет пациентки получали анжелик. Оценка состояния матки и миоматозных узлов производили с помощью ультразвукового исследования при помощи прибора «MEDISON SA 8000» с использованием

трансабдоминального и трансвагинального датчиков и методики ЦДК (с интервалом в 6 месяцев — в первый год лечения и 12 месяцев в последующие годы гормонотерапии (комбинированной фазы приема препаратов).

Результаты исследования. В результате обследования 200 пациенток у 58 (29%) была обнаружена бессимптомная миома матки, представленная 1-3 узлами интерстициальной, интерстицио-субсерозной и шейечной (1 случай, диаметр узла 11 мм, пациентка категорически отказалась от оперативного лечения) локализации. Диаметр выявленных узлов не превышал 2-2,5 см, (средний размер узла $20,8 \pm 2,09$ мм) при нормальных размерах матки т.е. противопоказаний к использованию ЗГТ не было. Все больные с миомой матки не принимали гормональных препаратов в течение ближайших 6 месяцев.

Менструальноподобные кровотечения в первые 2 года циклической терапии у 57 (98,28%) обследованных с миомой матки были регулярными и нормальными по продолжительности, у 1(1,72%) были регулярными и продолжительными. Кровянистых выделений на фоне приема ациклической ГТ в последующие годы наблюдений не было выявлено. Спустя 6 месяцев лечения у ряда пациенток выявлено увеличение размеров матки, как ее длины, так и ширины в среднем на 5,2% и 6,01% соответственно, что было статистически недостоверно. В последующем изменений размеров матки не отмечалось. При детальном анализе объема миоматозных узлов на фоне гормонотерапии отмечено отсутствие их увеличения у 48 обследованных (82,76%). У 10 (17,24%) наблюдаемых зафиксировано увеличение объема узлов. Через 6 месяцев приема климонорма он увеличился на 13,22%, через 12 мес. лечения его увеличение составило 10,41%. Важно, что данные показатели не превышали допустимых значений, заболевание носило бессимптомный характер и не требовало оперативного лечения. В дальнейшем исследованием зафиксирована стабилизация объема узлов (таб. 1).

Таблица 1

Динамика объема миоматозных узлов у наблюдаемых больных

Показатели	До лечения	Через 6 мес. ГТ	Через 12 мес. ГТ	Через 2 год ГТ	Через 3 года ГТ	Через 5 лет ГТ	Через 7 лет ГТ	Через 10 лет ГТ
Объем миоматозных узлов, n = 10	$9,22 \pm 0,2$ P>0,05	$10,44 \pm 0,2$ P>0,05	$10,18 \pm 0,2$ P>0,05	$10,11 \pm 0,4$ P>0,05	$9,88 \pm 0,4$ P>0,05	$9,87 \pm 0,4$ P>0,05	$9,89 \pm 0,2$ P>0,05	$9,86 \pm 0,1$ P>0,05

Крайне важными, на наш взгляд, являются данные, касающиеся васкуляризации матки и миоматозных узлов. Согласно полученным результатам на фоне проводимой в течение 10 лет гормонотерапии доплерометрические параме-

тры маточного кровотока у всех больных достоверно не отличались от исходных, не зависели от длительности лечения и получаемого препарата, демонстрируя тенденцию к снижению маточной перфузии (таб. 2).

Таблица 2

Динамика показателей маточного кровотока на фоне ЗГТ

Показатели	До лечения	Через 2 года ЗГТ (климонорм)	Через 5 лет ЗГТ (+ 3 года климадиен)	Через 10 лет ЗГТ (+ 5 лет анжелик)
ППС, n=200	18,97±2,05	18,78±3,31 P>0,05	18,45±1,99 P>0,05	18,21±3,56 P>0,05
П И, n=200	1,21±0,20	1,28±0,30 P>0,05	1,37±0,1 P>0,05	1,39±0,19 P>0,05
ИР, n=200	0,67±0,01	0,69±0,07 P>0,05	0,77±0,1 P>0,05	0,79±0,09 P>0,05

Анализ доплерометрических показателей кровотока в миоматозных узлах на фоне ЗГТ также не выявил достоверных изменений скорости кровотока и индексов периферического со-

противления в сосудах, кровоснабжающих опухоль (табл. 3). Эти показатели не зависели ни от длительности лечения, ни от получаемого препарата.

Таблица 3

Динамика показателей кровотока в сосудах, кровоснабжающих миоматозные узлы

Показатели	До лечения	Через 2 года ЗГТ (климонорм)	Через 5 лет ЗГТ (+ 3 года климадиен)	Через 10 лет ЗГТ (+ 5 лет анжелик)
ППС, n=58	15,42±1,25	15,38±1,46 P>0,05	15,29±1,09 P>0,05	15,21±3,27 P>0,05
П И, n=58	1,44±0,12	1,48±0,29 P>0,05	1,57±0,31 P>0,05	1,59±0,19 P>0,05
ИР, n=58	0,76±0,01	0,79±0,03 P>0,05	0,78±0,21 P>0,05	0,75±0,11 P>0,05

Учитывая полученные результаты комбинированную заместительную гормональную терапию можно признать приемлемым, эффек-

тивным и безопасным методом лечения климактерических расстройств у пациенток с миомой матки.