

как на молекулярном, так и на поведенческом уровне, и сильно зависят от клеток-мишеней, от особенностей метаболизма половых стероидов, от возраста и экзогенных факторов (например, фармакологическое воздействие)[1].

Учитывая значимость влияния женских половых гормонов на клинико-психопатологические проявления, течение и прогноз психических расстройств, с целью оптимизации и повышения эффективности индивидуально-ориентированной фармакотерапии психических расстройств у женщин, представляется необходимым дальнейшее изучение роли половых стероидов в патогенезе психических расстройств и возможности их применения в комплексной психофармакотерапии психических расстройств.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Rubinow, D.R. Gonadal steroids, brain, and behavior: role of context / D.R. Rubinow, P.J. Schmidt // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2002. – Vol. 4, №2. – P. 123–138.
2. DonCarlos, L.L. Neuroprotective actions of selective estrogen receptor modulators / L.L. DonCarlos, I.Azcoitia, L.M. Garcia-Segura // Psychoneuroendocrinology. – 2009. – Vol. 34, №1. – P. 113–122.
3. Dubal, D.B. Estrogen and neuroprotection: from clinical observations to molecular mechanisms / D.B. Dubal, P. M. Wise // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2002. – Vol. 4, №2. – P. 149–162.
4. Hoff, A.L. Association of estrogen levels with neuropsychological performance in women with schizophrenia / A.L. Hoff, W.S, Kremen, M.H. Wieneke // Am J Psychiatry. – 2001. – Vol. 7. – P. 1134–1139.
5. Riecher-Rössler, A Estrogens and gonadal function in schizophrenia and related psychoses / A. Riecher-Rössler, J. Kulkarni // Curr Top Behav Neurosci. – 2010. – Vol. 8. – P. 155–171.
6. Agius, M. Is oestrogen neuroprotective? / M. Agius, H. Hockings, Ch. Wilson, // Psychiatria Danubina. – 2009. – Vol. 21, №1. – P. 120–127.

### **ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ 25(OH)D В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРИЕМА ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Янковская Л.В., Курбат М.Н., Кежун Л.В., Шулика В.Р.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Согласно рекомендациям по поступлению витамина Д и лечению его дефицита в Центральной Европе [2], разработанных с учетом внескелетных эффектов витамина Д, добавление препаратов витамина Д взрослым рекомендуется в дозе 800-2000 МЕ/сут в зависимости от массы тела с сентября по апрель. Для взрослых с концентрацией 25(OH)D ниже 20 нг/мл рекомендованы терапевтические дозы 7000-10000 МЕ/сутки витамина Д в течении 1-3 месяцев, в зависимости от массы тела. Аналогичные рекомендации отражены в инструкции по применению, утвержденной МЗ РБ «Методы диагностики, профилактики и дифференцированного лечения дефицита витамина Д» [1]. Так, профилактические дозы витамина Д для взрослых рекомендованы до 2000 МЕ в сутки, при уровне 25(OH)D в сыворотке крови 20-30 нг/мл (недостаточность) 800 - 2000 МЕ в день в зависимости от веса, при

умеренном дефиците 25(OH)D 10-20 нг/мл рекомендована доза витамина Д от 800 МЕ до 4000 МЕ в день на протяжении 1 года в зависимости от веса, с контролем уровня 25(OH)D, щелочной фосфатазы в плазме крови, кальция в плазме и моче через 6-12 мес.

Целью настоящего исследования явилась оценка уровня общего 25(OH)D в плазме крови с учетом, как его исходного уровня, так и длительности приема витамина Д.

Материалы и методы. На базе кафедры поликлинической терапии ГрГМУ проведено проспективное когортное исследование 112 лиц с АГ II степени, средний возраст  $51,0 \pm 6,9$  года, длительность АГ в среднем составила  $7,1 \pm 4,9$  года. В 2013г. по завершению набора пациентов нами был составлен алфавитный список лиц с АГ II степени и каждому второму пациенту в слепую (без результатов исходного уровня 25(OH)D в плазме крови) в дополнение к гипотензивной терапии был рекомендован прием витамина Д в виде лекарственного средства холекальциферол, водный раствор («Аквадетрим») в суточной дозе 2000 МЕ на протяжении 3 месяцев. Через 3 месяца пациенты приглашались в поликлинику по телефону для оценки уровня 25(OH)D в плазме крови. На протяжении 3 месяцев препарат принимали 72 человека. Прием холекальциферола в суточной дозе 2000 МЕ на протяжении 6 месяцев продолжили 20 лиц с АГ II степени. Прием холекальциферола в суточной дозе 2000 МЕ продолжили 7 лиц с АГ II степени, длительность приема препарата у них составила в среднем  $9,3 \pm 2,03$  месяца.

Группу сравнения составили 36 лиц с АГ II степени, средний возраст  $48,3 \pm 8,6$  лет, которые не принимали холекальциферол от момента включения в исследование и пришли на повторное обследование через год наблюдения.

Содержание общего 25(OH)D в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием оригинальных реагентов «DRG» (Germany, Marburg) на базе научно-исследовательской части ГрГМУ. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 7.0».

Результаты: Уровень 25(OH)D после 3 месяцев терапии достоверно ( $p=0,000002$ ) увеличился и составил  $46,4 \pm 19,9$  нг/мл против  $24,7 \pm 12,8$  нг/мл исходно. При этом наибольшая динамика 25(OH)D в плазме крови была у лиц с исходным его дефицитом ( $n=27$ ;  $12,7 \pm 4,9$  нг/мл) составив  $46,6 \pm 29,7$  нг/мл после терапии ( $p=0,000006$ ). Увеличение уровня 25(OH)D в плазме крови было в 89% случаев. У лиц с исходно недостаточным уровнем витамина Д в плазме крови ( $n=26$ ;  $24,9 \pm 2,8$  нг/мл) его уровень также достоверно ( $p=0,000013$ ) увеличился и составил  $51,7 \pm 18,9$  нг/мл. Увеличение уровня 25(OH)D в плазме крови было в 81% случаев. У лиц с оптимальным уровнем витамина Д в плазме крови ( $n=19$ ;  $37,6 \pm 15,9$  нг/мл) не произошло достоверного увеличения его уровня, составив  $42,4 \pm 9,5$  нг/мл.

Прием холекальциферола в суточной дозе 2000 МЕ на протяжении 6 месяцев продолжили 20 лиц с АГ II степени. Повторный контроль

уровня 25(OH)D общего в плазме крови не показал его достоверного увеличения по сравнению с 3 месяцами терапии –  $54,5 \pm 24,6$  нг/мл против  $53,6 \pm 19,6$  нг/мл через 6 месяцев. Прием холекальциферола в суточной дозе 2000 МЕ продолжили 7 лиц, у которых уровень 25(OH)D общего в плазме крови увеличился достоверно ( $p=0,02$ ) только по сравнению с исходным и составил в среднем  $59,9 \pm 14,3$  нг/мл, в 100% случаев достигнув оптимального уровня.

После 3-х месяцев приема холекальциферола динамика уровня 25(OH)D (разница между уровнем 25(OH)D через 3 месяца и исходным его содержанием) в плазме крови лиц с АГ составила  $15,26[8,2;37,3]$  нг/мл и достоверно не различалась ( $p=0,62$ ) от группы лиц принимавших холекальциферол более 3 месяцев, составив  $18,77[-2,11;46,9]$  нг/мл. Вместе с тем установлена прямая корреляционная связь между длительностью приема холекальциферола (месяцы) и динамикой уровня 25(OH)D в плазме крови при его приеме более 3 месяцев ( $R=0,26$ ;  $p=0,008$ ).

Таким образом, прием холекальциферола в дозе 2000 МЕ на протяжении 3 месяцев позволяет восполнить дефицит витамина Д в плазме крови у лиц с АГ в 89% случаев, недостаточность в 81% случаев и не изменяет содержание 25(OH)D в плазме крови при его исходно оптимальном уровне.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция по применению. Методы диагностики, профилактики и дифференцированного лечения дефицита витамина Д / Э.В.Руденко, Н.С.Сердюченко, Л.И.Алехнович [и др.] // БЕЛМАПО. - Минск 2013. – 15 с.
2. Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe — recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency / P. Piudowski, E. Karczarewicz, M. Bayer [et al.] // Endokrynol Pol. – 2013. - №64. – P.319–327.

## НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Янковская Н.И.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) – одно из наиболее частых серьезных приобретенных воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта у недоношенных новорожденных, сопряжено с большим риском осложнений и высокой летальностью [1].

В период новорожденности НЭК встречается в 2-16% случаев в зависимости от гестационного возраста, около 80% из них приходится на недоношенных детей, причем 90% – на недоношенных с массой тела менее 1500г, поэтому НЭК называют «болезнью выживших недоношенных». У недоношенных НЭК встречается в 10-25% случаев. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, и колеблется в пределах от 28 до 54%, а после оперативных вмешательств – 60%, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также применение современных технологий выхаживания и лечения новорожденных [1, 2].