

Около половины женщин с предлежанием плаценты имеют хронические заболевания ЖКТ и заболевания почек, в то время как у женщин без предлежания плаценты данные заболевания встречается реже.

Литература

1. Белоцерковцева, Л. Д. Современные техники снижения массивных кровотечений при предлежании плаценты, аномалии плацентации / Л. Д. Белоцерковцева, Л. В. Коваленко В. В. Панкратов, П. А. Пастернак, Т. Г. Петрова, Д. Ш. Бакурадзе, С. Е. Иванников // Вестник Новгородского государственного университета. – 2017. – № 3. – С.45-50.
2. Девятова, Е. А. Аномалии расположения и прикрепления плаценты – факторы риска недонашивания беременности, кесарева сечения и неблагоприятных перинатальных исходов / Е. А. Девятова // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 3. – С. 17-24.
3. Балмагаметова, Г. Н. Операционные исходы при предлежании плаценты. Г.Н. Балмагаметова, А. Б. Айдымбекова, М. И. Мимитниязова, А. Джакипова, А. Дуйсенова, А. Джакипова // Вестник. – 2016. – № 1. – С. 18-20.
4. Оппенхаймер, Л. Клиническое практическое руководство ассоциации акушеров-гинекологов Канады: диагностика и ведение предлежания плаценты / Л. Оппенхаймер // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2015. – № 1. – С. 77-84.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ

Кириллова Е. Н., Павлюкова С. А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Актуальность. В крупных современных популяционных исследованиях, изучающих содержание витамина Д в сыворотке крови, было показано, что от 20 до 80% женщин имеют дефицит витамина Д. Большой разброс данных обусловлен этнической принадлежностью, местом проживания, возрастом обследованных [1]. В то же время в странах Восточной Европы проведено ограниченное количество исследований распространенности дефицита витамина Д в разных возрастных группах.

Необходимо отметить, что все больше внимания уделяется внескелетным эффектам витамина Д, включая иммунные заболевания, сахарный диабет 2 типа, кардиоваскулярные нарушения, инфекционную и онкологическую патологию. В том числе обсуждается его возможная роль в патогенезе

репродуктивных нарушений, формировании гинекологических заболеваний, так как рецепторы к витамину Д обнаружены в гипофизе, матке и яичниках [2].

Взаимосвязь дефицита витамина Д с синдромом поликистозных яичников и возможными метаболическими нарушениями широко обсуждается, однако остается недостаточно изученной и спорной.

Цель – изучить статус витамина Д у пациенток репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и у девочек-подростков с риском его формирования.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование уровня витамина Д у 68 женщин репродуктивного возраста (19-35 лет) с диагнозом СПКЯ и 24 здоровых женщин, а также у 54 девочек-подростков (12-18 лет): 34 из них имели риск формирования СПКЯ, 20 – гинекологически здоровые. Женщины с диагнозом СПКЯ и здоровые пациентки были сопоставимы по возрасту – $25,3 \pm 2,1$ года против $24,9 \pm 2,2$ года. В группе СПКЯ у 12 пациенток (17,6%) отмечена избыточная масса тела (ИМТ $25,1-29,9$ кг/м²), 14 (20,5%) пациенток – ожирение 1 степени, 9 (13,2%) пациенток – ожирение 2 степени и у 1 (1,5%) женщины – ожирение 2 степени, в то время как у здоровых женщин у 2 (8,3%) избыточная масса тела, и у 2 (8,3%) – ожирение 1 степени.

Для подтверждения диагноза СПКЯ у женщин репродуктивного возраста использованы критерии Роттердамского консенсуса.

Менструальный возраст девочек-подростков на момент обследования составлял 2 года, половое развитие оценивалось по Таннеру, особое внимание уделялось срокам и последовательности появления вторичных половых признаков, наличию избыточной массы тела.

Оценка репродуктивной системы включала ультразвуковое исследование органов малого таза, определение гормонального профиля: лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), пролактина (Прл), 17-гидроксипрогестерона (17-ОП), эстрадиола (Е2), тестостерона (Т), дегидроэпиандростерон сульфата (ДГЭА-с), дигидротестостерона (ДГТ), а также глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС). Для выявления нарушений углеводного обмена у девушек исследованы уровень С-пептида, гликозилированного гемоглобина, базальные уровни глюкозы венозной крови и инсулина. Для оценки степени инсулинорезистентности (ИР) использовался гомеостатический индекс ИР (IR-HOMA).

Учитывая то, что критерии Роттердамского консенсуса, используемые для постановки диагноза у взрослых, не могут быть напрямую применены к подростковому возрасту, нами в качестве диагностических критериев СПЯ в пубертатном возрасте использовались критерии, предложенные С. Sultan [3], которые отличаются большей требовательностью:

- олиго- или аменорея;
- клиническая гиперандрогения (дермопатия, гирсутизм);
- биохимическая гиперандрогения;
- поликистоз яичников (по данным УЗИ);

- инсулинорезистентность/гиперинсулинемия.

Наличие 3 признаков из 5 нами учитывалось как риск формирования СПКЯ и рассматривалось как необходимость дальнейшего диспансерного наблюдения у гинеколога.

Содержание витамина Д учитывали по уровню его промежуточного метаболита 25(ОН)D в сыворотке крови. Уровень 25(ОН)D в диапазоне от 30 до 50 нг/мл принимали за адекватный, от 20 до 30 нг/мл расценивали как недостаточность витамина Д, ниже 20 нг/мл – как дефицит витамина Д.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно результатам нашего исследования, средний уровень 25(ОН)D в сыворотке крови обследованных девочек-подростков в группе риска по формированию СПКЯ составил 24,01 нг/мл (от 9,06 до 41,30 нг/мл), в группе здоровых девочек-подростков – 38,52 нг/мл (от 17,04 до 49,08 нг/мл) ($p < 0,05$). При этом нами отмечено, что у большинства девочек в группе риска по формированию СПКЯ уровень витамина Д находился в пределах ниже минимальных нормальных значений (30 нг/мл): у 13 (38,2%) выявлен дефицит, у 16 (47%) – недостаточность витамина Д. В группе здоровых девочек гиповитаминоз Д выявлялся у 6 (30%) девочек, у 4 (20%) – недостаточность и только у 2 (5%) – дефицит витамина Д.

Анализ зависимости обеспеченности витамином Д от массы тела показал, что наиболее часто Д-гиповитаминоз встречался у пациенток с повышенной массой тела. Так, из 34 девочек-подростков с риском формирования СПКЯ 21 (61,7%) имела повышенную массу тела, у 13 (38,2%) – нормальный вес. При этом недостаточность и дефицит витамина Д выявлен чаще при избыточной массе тела – в 19 (90,5%) случаях при повышенной массе тела и в 9 (69,2%) случаях при нормальной массе тела.

В группе пациенток репродуктивного возраста с подтвержденным диагнозом СПКЯ средний уровень витамина Д был также снижен по сравнению со здоровыми пациентками, составив $18,6 \pm 3,4$ нг/мл против $27,4 \pm 2,2$ нг/мл ($p < 0,05$). При этом отмечено значительное превалирование недостаточности и дефицита витамина Д при СПКЯ по сравнению с контролем (51,4% против 25,0%, $p < 0,05$, и 30,9% против 16,6%, $p < 0,05$, соответственно).

При анализе показателей витамина Д у пациенток с СПКЯ в зависимости от ИМТ установлено значительное снижение данного параметра при избыточной массе тела и ожирении по сравнению с нормальной массой тела – $12,3 \pm 5,9$ нг/мл против $25,2 \pm 4,2$ нг/мл ($p < 0,05$). При этом частота дефицита витамина Д при наличии избыточной массы тела и ожирения была значительно выше, чем у пациенток с СПКЯ и нормальной массой тела – 52,7% против 21,9%, $p < 0,01$.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что как у пациенток с установленным диагнозом СПКЯ, так и у девочек-подростков с риском его формирования отмечается высокий уровень распространенности недостаточности и дефицита витамина Д. В пубертатном периоде у девочек с риском формирования СПКЯ недостаточность витамина Д выявляется в 47%

случаев, дефицит витамина Д – в 38%. У здоровых подростков недостаточность и дефицит витамина Д нами были выявлены только в 20 и 5% случаев, соответственно. При этом отмечена зависимость недостаточности витамина Д и массы тела со значительным повышением частоты данных нарушений при избыточной массе тела и ожирении как у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ, так и у девочек-подростков с риском формирования овуляторных нарушений, что указывает на возможную зависимость дефицита витамина Д, овуляторной дисфункции и метаболических нарушений, обусловленных ожирением.

Полученные данные указывают на необходимость обследования пациенток с СПКЯ и девочек-подростков с риском его формирования на наличие гиповитаминоза Д, своевременной и адекватной его коррекции, что может способствовать улучшению репродуктивного прогноза у этих пациенток.

Литература

1. Ganji, V. Serum 25-hydroxyvitamin D concentrations and prevalence estimates of hypovitaminosis D in the U.S. population based on assay-adjusted data/ V. Ganji, X. Zhang, V. Tangpricha // J. Nutr. – 2021.- Vol. 142, N 3. – P. 498-507.
2. Зайдиева, Я. З. Витамин Д и репродуктивное здоровье женщин / Я. З. Зайдиева, В. Е. Балан // Медицинский совет. – 2018. - № 12. - С. 164-172.
3. Sultan, C. Clinical expression of polycystic ovary syndrome in adolescent girls / C. Sultan, F. Paris // Fertil. Steril. – 2006. – Vol. 86, Suppl. 1. – P. 6. (16).

ВЛИЯНИЕ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

**Колесникова Т. А.¹, Сайковская В. Э.¹, Корончик Ю. В.¹, Кутас С. Н.¹,
Ганчар Е. П.²**

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Основная задача современного акушерства – разработка эффективных мер по профилактике перинатальной и материнской смертности. В связи с этим особую ценность представляют современные методы исследования, позволяющие оценить состояние фетоплацентарного комплекса и выбрать оптимальную тактику ведения беременности и родов [1, 2]. Внедрение в акушерскую практику высокоинформативных технологий (ультразвуковое исследование, доплерометрия) позволило расширить диагностические возможности в изучении состояния плода и плаценты во время беременности [3]. Среди причин, оказывающих отрицательное влияние на течение беременности и состояние фетоплацентарной системы, немаловажную роль играют аномалии прикрепления плодного яйца [1, 4].