

Более половины родителей (55,9% (95 ДИ (47,65% - 63,96%))) сами принимали витамин D, в то время как их дети в 79,6% (95 ДИ (72,32% - 85,7%)).

По результатам опроса установлено, что более половины детей (66,4% (95 ДИ (58,35% - 73,89%))) получали витамин D как монотерапию, 13,2% (95 ДИ (8,226% - 19,59%)) – в комплексе с мультивитаминами.

Анализ сроков приема детьми препаратов витамина D показал, что 52,6% (95 ДИ (44,38% - 60,78%)) получали их сезонно в осенне-зимне-весенний период, 13,8% (95 ДИ (8,76% - 20,34%)) – непрерывно в течение года, 13,2% (95 ДИ (8,226% - 19,59%)) – только после перенесенных заболеваний. Установлено, что 38,21% (95 ДИ (30,41% - 46,38%)) детей получали их в первой половине дня (до 15.00), 36,2% (95 ДИ (28,56% - 44,36%)) – в любое время суток, 5,3% (95 ДИ (2,299% - 10,11%)) – во второй половине дня (после 15.00).

Среди лекарственных форм витамина D 44,1% (95 ДИ (36,04% - 52,35%)) респондентов предпочли форму таблеток / капсул, в то время как их дети получали жидкий масляный раствор (41,4% (95 ДИ (33,52% - 49,71%))), таблетки / капсулы - 23,7% (95 ДИ (17,17% - 31,25%)), жидкий водный раствор - 14,5% (95 ДИ (9,298% - 21,09%)).

Практически все респонденты (95,4% (95 ДИ (90,74% - 98,13%))) отметили, что не наблюдали побочных эффектов во время приема препаратов как ими, так и их детьми, однако 4,6% (95 ДИ (1,871% - 9,258%)) имели побочные явления.

Выводы. Большинство родителей (98,7%) осведомлены о витамине D, более половины из них (55,9%) принимают препараты сами и дают своим детям (79,6%), отмечают предпочтительное применение препаратов в осенне-зимне-весенний период. Большинство детей получают витамин D в первой половине дня, отдельным препаратом, в форме жидкого масляного раствора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коденцова, В. М. Обеспеченность детей витамином D. Сравнительный анализ способов коррекции / В. М. Коденцова, Д. В. Рисник // Лечащий врач. – 2020. – № 2. – С. 35-43.
2. Marino, R. Extra-Skeletal Effects of Vitamin D / R. Marino, M. Misra // Nutrients. – 2019. – Vol. 11, № 7. – P.11-23.

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Косцова Л. В.¹, Косцова А. З.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – распространенное эндокринное расстройство, основными проявлениями которого

являются овариальная гиперандрогения с нарушением менструальной и генеративной функций [1].

Заболевание встречается у 11% женщин репродуктивного возраста и занимает до 70% в структуре эндокринного бесплодия [1].

К началу третьего тысячелетия СПКЯ начали рассматривать как глобальную проблему соматического здоровья женщин – эндокринно-метаболического статуса и высокого риска развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, поэтому изучение современных подходов к диагностике СПКЯ, своевременная постановка диагноза необходимы для создания программы профилактики и лечения данных нарушений [2, 3].

Цель. Изучить подходы к диагностике синдрома поликистозных яичников в репродуктивном возрасте.

Методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 105 амбулаторных карт женщин в возрасте 18-40 лет с СПКЯ.

Результаты исследования внесены в компьютерную базу данных. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. При анализе выявлено, что 58,67% пациенток с СПКЯ находились в возрасте 20-30 лет, в возрасте 31-40 лет – 33,98% и 7,42% в возрасте 18-20 лет.

У всех обследованных женщин возраст наступления менархе приходился на 12-13 лет. У 68,13% женщин отмечается нарушение менструального цикла по типу олигоменореи (68,31%), реже встречаются дисфункциональные маточные кровотечения (7,92%).

У 45,39% женщин в анамнезе первичное бесплодие, у 52,14% – гирсутизм, у 24,21% – акне.

У 76,82% пациенток индекс массы тела находился в норме, у 6,82% – снижен и у 30,0% был обнаружен избыток массы тела. При этом у 3,67% женщин была выявлена инсулинорезистентность.

У большинства пациенток повышена концентрация лютеинизирующего гормона, тестостерона, дегидроэпиандростерон сульфата, 17-оксипрогестерона, антимюллерова гормона и снижена концентрация половых стероидов связывающего глобулина.

Важная роль в диагностике СПКЯ отводится ультразвуковому исследованию (УЗИ) малого таза на 3-5 день менструального цикла, так как сонографическая верификация овариального поликистоза выделена в качестве одного из возможных критериев данного диагноза.

Для специалистов УЗ-диагностики разработано детализированное руководство «Ультразвуковая семиотика поликистозных яичников (ПКЯ): дефиниции Международного консенсуса», где представлены основные положения для постановки диагноза ПКЯ [2].

В настоящее время современные технологии, позволяющие применять высокочастотные ультразвуковые датчики ($\geq 8\text{МГц}$) в УЗИ, повышают визуализацию количества определяемых фолликулов в яичниках, кроме того, в целях демонстрации увеличенного объема яичников может быть использован трехмерный ультразвук [4].

По данным УЗИ у 81,63% обследованных пациенток наблюдалось поражение обоих яичников, у 8,05% – только левого яичника, у 10,32% – только правого. У большинства пациенток выявлено наличие в яичниках 12 и более фолликулов, имеющих диаметр 2-9 мм и увеличение площади гиперэхогенной стромы. Наблюдается характерное увеличение овариального объема: при поражении обоих яичников овариальный объем составил $16,05\text{ см}^3$ при поражении только левого яичника – $13,65\text{ см}^3$, при поражении правого яичника – $11,0\text{ см}^3$. У 40,5% женщин наблюдалось диффузное расположение фолликулов по отношению к гиперэхогенной строме в поликистозных яичниках (I тип) и у 59,5% – периферическое (II тип).

Окончательное заключение о наличии СПКЯ может быть сформулировано только клиницистом после описание ультразвуковой картины в совокупности с клинической оценкой репродуктивного статуса женщины и/или клинических (реже – лабораторных) признаков гиперандрогении.

В 2012 году группой экспертов Национального института здоровья США (NIH) принято решение об универсальном использовании диагностических критериев ESHRE/ASRM, предложенных в Роттердаме в 2003 г.: – олигоменорея и/или ановуляция; – гиперандрогения; – эхографические признаки поликистозных яичников. Наличие двух из трех утвержденных критериев позволяет после исключения иных состояний верифицировать диагноз СПКЯ [4].

Выводы. В настоящее время для диагностики синдрома поликистозных яичников после исключения других известных нарушений, которые проявляются универсальными клиническими признаками гиперандрогении, наиболее целесообразно использовать диагностический консенсус, принятый в Роттердаме, поскольку подходы к диагностике, отраженные в нем, с одной стороны, включают классические критерии, а с другой – позволяют идентифицировать все возможные клинические варианты синдрома поликистозных яичников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология. Национальное руководство. Краткое руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 704 с.
2. Соснова, Е. А. Синдром поликистозных яичников / Е. А. Соснова // Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. – 2016. – Т.3. – №3. – С. 116-129.
3. Белодед, О. А. Синдром поликистозных яичников. Управление рисками, или риск-менеджмент / О. А. Белодед // Журнал «Женский доктор». – 2018. – № 4 (78). – С. 8-14.

4. Лизнева, Д.В. Современные тенденции диагностики и лечения синдрома поликистозных яичников (обзор международных рекомендаций / Д.В. Лизнева, А.И. Сеницына, Д.М. Яранов // Журнал: «Проблемы репродукции». –2014». – № 4. – С. 21-27.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФИКСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ АРТРОРИЗА ПОДТАРАННОГО СУСТАВА

Кошман Г. А., Бритько А. А., Квятковская О. А., Зубко О. Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Нефиксированная форма плоскостопия является весьма частой ортопедической патологией у детей [1]. При уплощении продольного свода наблюдается нарушение всех функций стопы, биомеханики нижней конечности, таза и позвоночника. Консервативные методы не всегда позволяют достичь желаемого результата, а существующие методики хирургической коррекции являются весьма травматичными с длительным реабилитационным периодом.

Цель. Изучить результаты коррекции нефиксированной формы плоскостопия у детей методом артрориза подтаранного сустава.

Методы исследования. Были изучены результаты 300 операций артрориза подтаранного сустава на обеих стопах у 150 детей в возрасте от 4 до 16 лет. Показаниями к операции являлись: наличие симптоматической деформации II-III степени в сочетании с признаками дисплазии соединительной ткани, прогрессирование деформации и отсутствие эффекта от консервативной терапии в течении 1 года. Сущность предложенного метода заключалась в блокировании избыточной пронации подтаранного сустава путем имплантации спонгиозного винта в латеральный отросток тела таранной кости.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде дети начинали ходить с полной нагрузкой на стопы по мере уменьшения болевого синдрома (в среднем на 3 сутки). В результате лечения болезненность в стопах и голенях исчезла у всех пациентов, эверсия пятки уменьшилась в среднем с $16,5^{\circ} \pm 3,8$ перед оперативным вмешательством, до $Me=14^{\circ}$ (7,8/21,4) после $Me=5,1^{\circ}$ (0/10,3) (критерий Вилкоксона; $p < 0,0001$). На рентгенограммах угол продольного свода уменьшился с $156,3^{\circ} \pm 5,4$ до $141,3^{\circ} \pm 4,8$ ($t=14,5$; $p < 0,0001$), таранно-I-плюсневый угол $Me_{\text{агу}}$ до оперативного вмешательства в среднем составил $158,5^{\circ} \pm 6,9$ и $174,7^{\circ} \pm 5,3$ после коррекции ($t=13,9$; $p < 0,00001$). Значительно улучшились плантографические (ширина отпечатков стопы в переднем, среднем и заднем отделах, индекс продольного свода Staheli, Chiriaux-Smirak, передней и задней опоры, длина наружного и внутреннего отдела отпечатка стопы, угол Clarke) и педобарографические (график интегральной нагрузки, снижение давления в зоне