

УДК: 618.3-06:616391:577.161.2

МІЩЕНКО В.П., РУДЕНКО І.В., ЗАПОРОЖЧЕНКО М.Б., ЛАВРИНЕНКО Г.Л.

Одеський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології
№1, м. Одеса

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ДЕФІЦИТОМ ВІТАМІНУ D

При вагітності відмічається зниження вмісту у крові вітаміна D. Низькі рівні вітаміну D у крові вагітних можуть сприяти невиношуванню вагітності. Мета дослідження полягала у вивченні особливостей перебігу вагітності в першому триместрі у жінок зі зниженим вмістом вітаміну D у крові.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 63 вагітних. Визначення вмісту загального вітаміну D у венозній крові проводилось методом ECLIA.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведення запропонованих лікувально-профілактичних заходів на етапі передконцепційної підготовки та протягом I-го триместру вагітності дозволило знизити частоту субклінічного гіповітамінозу D у 5,0 разу, загрози викидня у термін до 8 тижнів - у 2,5 разу, ознак раннього гестозу середнього ступеня - у 4,0 разу, кандидозного вагініту та анемії легкого ступеня - у 3,7 та 8,9 разів відповідно по відношенню до стандартного ведення вагітності.

Висновки. Комплексне обстеження жінок на етапі планування вагітності та під час вагітності має включати визначення вмісту вітаміну D. Лабораторне підтвердження гіповітамінозу вітаміну D є показанням до корекції його вмісту в організмі жінки. Субклінічний гіповітаміноз вітаміну D може бути однією із причин ускладненого перебігу вагітності: загрози переривання вагітності, викидня, раннього гестозу, кандидозного вагініту, анемії.

Ключові слова: перебіг вагітності, вітамін D, дефіцит

У практично здоровому організмі майбутньої матері гестаційні процеси переважно перебігають за фізіологічним типом. Загальноновизнано, що перебіг вагітності залежить від вихідного стану гомеостазу організму жінки, який включає насиченість вітамінами, макро-, мікроелементами, окисно-відновні процеси, в тому числі фолатний цикл та трикарбонових кислот тощо [1].

Серед багаточисельної кількості різних вітамінів, макро-, мікроелементів важливе значення для формування зародка, розвитку плода, фето-плацентарного комплексу має життєво необхідний вітамін D [2].

Існує дві основні форми загального вітаміну D - холекальциферол (вітамін D3) і ергокальциферол (вітамін D2). D3 утворюється головним чином у шкірі під дією ультрафіолетових променів, у той час як джерелом D2 є харчові продукти [1]. Основна роль вітаміна D в організмі пов'язана з регуляцією кальцієвого обміну.

За даними науковців [3, 4], вітамін D за своїми функціями доцільно називати стероїдним гормоном. Метаболізм цієї групи речовин відбувається подібно статевим гормонам і кортикостероїдам. Добова потреба людини у вітаміні D становить 15 мкг.

Дослідження ролі вітаміну D має свою історію. Попередник вітаміну D був відкритий у 1928 році групою німецьких хіміків під керівництвом Адольфа Виндауса, який був нагороджений Нобелівською премією [2].

Доведено зв'язок вітаміну D з виникненням кандидозного вагініту. Механізм цієї дії полягає у продукції антимікробного пептиду кателицидину [4].

При вагітності відмічається зниження вмісту у крові вітаміна D. Низькі рівні вітаміну D у крові жінок можуть сприяти невиношуванню вагітності [1, 3, 4].

Мета дослідження - полягала у вивченні особливостей перебігу вагітності в першому триместрі у жінок зі зниженим вмістом вітаміну D у крові.

Матеріал та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебувало 63 жінки репродуктивного віку (23 ± 4 років) із числа мешканок міста Одеси, європеоїдної раси, схожими за антропометричними даними (ріст - 165 ± 5 см, маса тіла - 61 ± 6 кг), вперше вагітних. Обстежувані були поділені на клінічні групи: контрольна (А) з фізіологічним перебігом вагітності, основна

(Б), порівняння (В) з ускладненим невиношуванням анамнезом по 21 особі в кожній. Усі жінки проходили обстеження згідно Наказу МОЗ України №417 від 15.07.2011 року «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Усі жінки групи В проходили обстеження та у них застосовували профілактичні, лікувальні заходи до вагітності на етапі передконцепційної підготовки: вітамін D містивні препарати, морепродукти, телячу печінку, молочні продукти. Під час вагітності жінкам основної і групи порівняння призначали комплекс вітамінів, макро-, мікроелементів та вони отримували добову потребу у вітаміні D з харчовими продуктами.

Визначення вмісту загального вітаміну D у венозній крові проводилось імунохіміч-

ним з електрохемілюмінісцентною детекцією (ECLIA) методом на аналізаторі Cobas 6000 (e 601 модуль) тест-системою Roche Diagnostics (Швейцарія) для діагностики дефіциту вітаміна D при вагітності. Референтні значення: жінки 6,23-49,9 нг/мл.

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно отриманих даних (таблиця 1), у контрольній групі А вміст вітаміну D не виходив за межі референтних величин (6,23-49,9 нг/мл), однак у 18(85,7 %) випадків його рівень у середньому склав 6,56 нг/мл, що наближалось до нижньої границі норми і свідчило про зниження вмісту вітаміну D під час вагітності.

Таблиця 1

Частота субклінічного гіповітамінозу D

Групи спостереження	Частота субклінічного гіповітамінозу D	
	Абс.	%
Група А, І-й триместр	0	0
Група Б, І-й триместр	18	85,7
Група В, до вагітності	15	71,4
Група В, І-й триместр	3	14,3*

Примітка: * - $p < 0,001$ по відношенню до вихідного рівня

У основній групі Б під час взяття на облік по вагітності у 85,7 % випадків за низьким вмістом вітаміна D у крові діагностовано субклінічний гіповітаміноз D. Таким вагітним у комплексному лікуванні застосовували вітамін D містивні препарати згідно рекомендацій до застосування та вони отримували добову потребу у вітаміні D з харчовими продуктами.

Жінки групи В планували вагітність. При первинному дослідженні рівня вітаміна D у даної групи жінок у 71,4 % було діагностовано низький вміст вітаміну D. На етапі

передконцепційної підготовки вони отримували вітамін D містивні препарати, морепродукти, телячу печінку, молочні продукти. Це дозволило знизити частоту субклінічного гіповітамінозу D у 5,0 разу ($p < 0,001$).

Нами досліджено взаємозв'язок між наявністю низького вмісту вітаміну D та частотою ускладнень перебігу вагітності у І-му триместрі (таблиця 2).

У контрольній групі вагітних А перебіг вагітності у І-му триместрі відбувався за фізіологічним типом.

Таблиця 2

Частота ускладнень перебігу І-го триместру вагітності

Вид ускладнення	Частота ускладнень					
	Група А		Група Б		Група В	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Загроза викидня до 8 тижнів	-	-	10	47,6	4	19,0*
Ранній гестоз середнього ступеня	-	-	8	38,1	2	9,5**
Кандидозний вагініт	-	-	11	52,4	3	14,3**
Анемія легкого ступеня	-	-	9	42,9	1	4,8**

Примітки: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$ по відношенню до групи Б

Наявність субклінічного гіповітамінозу D у групі Б супроводжувалась загрозою викидня у терміні до 8 тижнів у 47,6 % випадків. Ранній гестоз середнього ступеня протягом I-го триместра був притаманний 38,1 % вагітних. У I-му триместрі кандидозний вагініт та анемію легкого ступеня діагностовано у 52,4 % та 42,9 % випадків відповідно.

Проведення запропонованих лікувальних-профілактичних заходів на етапі передконцепційної підготовки та протягом I-го триместру вагітності у групі Б дозволило знизити частоту загрози викидня у терміні до 8 тижнів у 2,5 разу по відношенню до групи Б ($p < 0,05$). Ознаки раннього гестозу середнього ступеня спостерігались у 4,0 разу менше ніж у групі Б ($p < 0,001$). Частота кандидозного вагініту та анемії легкого ступеня діагностувались у 3,7 та 8,9 разів менше у порівнянні до групи Б ($p < 0,001$).

Висновки

Комплексне обстеження жінок на етапі планування вагітності та під час вагітності має включати визначення вмісту вітаміну D.

Лабораторне підтвердження низького вмісту вітаміну D у крові є показанням до корекції його вмісту в організмі жінки.

Субклінічний гіповітаміноз вітаміну D може бути однією із причин ускладненого перебігу вагітності в ранні терміни: загроза переривання вагітності, ранній гестоз, кандидозний вагініт, анемія.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дефіцит та недостатність вітаміну D у жителів України / В. В. Поворознюк, Н. І. Балацька, В. Я. Муц, О. О. Вдовіна. // Боль. Суставы. Позвоночник. – 2011. – №4. – С. 10–25.
2. Перспективы изучения биологической роли витамина D / С. Г. Семин, Л. В. Волкова, А. Б. Моисеев, Н. В. Никитина // Педиатрия. – 2012. – №2. – С. 122–131.
3. Ota K. Vitamin D deficiency may be a risk factor for recurrent pregnancy / K. Ota, S. Dambaeva, A. Han. // Hum Reprod. – 2014. – №2. – P. 1–18.
4. Tulic M. Vitamin D in pregnancy and early life / Meri K Tulic. // Expert Rev Clin Immunol. – 2013. – №9. – P. 817–820.

Поступила 21.06.2016

РЕЗЮМЕ

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D

МИЩЕНКО В.П., РУДЕНКО И.В.,

ЗАПОРОЖЧЕНКО М.Б.,

ЛАВРИНЕНКО А.Л.

При беременности отмечается снижение содержания в крови витамина D. Низкие уровни витамина D в крови беременных способствуют невынашиванию беременности. Цель исследования состояла в изучении особенностей течения беременности в первом триместре у женщин со сниженным содержанием витамина D в крови.

Материал и методы исследования. Обследовано 63 беременных.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведение предложенных лечебно-профилактических мероприятий на этапе передконцепционной подготовки и в течение I-го триместра беременности позволило снизить частоту субклинического гиповитаминоза D в 5,0 раза, угрозы выкидыша в срок до 8 недель - в 2,5 раза, признаков раннего гестоза средней степени - в 4,0 раза, кандидозного вагинита и анемии легкой степени - в 3,7 и 8,9 раз соответственно по отношению к стандартному ведению беременности.

Выводы. Комплексное обследование женщин на этапе планирования беременности и во время беременности должно включать определение содержания витамина D. Лабораторное подтверждение гиповитаминоза витамина D является показанием к коррекции его содержания в организме женщины. Субклинический гиповитаминоз витамина D может быть одной из причин осложненного течения беременности в ранние сроки: угроза прерывания беременности, ранний гестоз, кандидозный вагинит, анемия.

Ключевые слова: течение беременности, витамин D, дефицит

SAMMARY

FLOW OF PREGNANCY AT WOMEN WITH DEFICIENCY VITAMIN D

MISCHENKO V.P., RUDENKO I.V., ZAPOROZHCHENKO M. B., LAVRINENKO A.L.

Decrease maintenance vitamin D in blood is marked at pregnancy. Low levels of vitamin D in blood of pregnant women promote not bear to pregnancy. The research objective consisted in studying of features of flow of pregnancy in the first trimester at women with the reduced maintenance of vitamin D at blood. Stuff and research methods. 63 pregnant women are surveyed. Findings of investigation and their discussion. Carrying out of the offered treatment-and-prophylactic actions at a stage preconception preparations and

during I- th trimester of pregnancy has allowed to reduce frequency subclinical hypovitaminosis D in 5,0 times, threats of an abortion till 8 weeks - in 2,5 times, signs of early gestosis of middle degree - in 4,0 times, candida vaginitis and anemias of easy degree - in 3,7 and 8,9 times accordingly in relation to standard conducting pregnancy. Conclusions. Complex inspection of women at a stage of planning of pregnancy and during pregnancy should include definition of the maintenance of vitamin

D. Laboratory acknowledgement hypovitaminosis of vitamin D is the indication to correction of its maintenance in an organism of the woman. Subclinical hypovitaminosis of vitamin D can be one of the causes of the complicated flow of pregnancy in early terms: threat of interruption of pregnancy, gestosis, candida vaginitis, an anemia.

Key words: pregnancy flow, vitamin D, deficiency

УДК 618.3-06:618.15-022.7]-07-085

НАГОРНАЯ В.Ф., МОСКАЛЕНКО Т.Я., ГРИЦЕНКО А.А.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №1, г.Одесса

КОМПЛЕКСНАЯ ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТИПОВ ВЛАГАЛИЩНОГО БИОТОПА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Представления о микробиоте претерпело за последние годы существенные изменения: от полного отрицания возможности присутствия патогенной, условно-патогенной, анаэробной флоры до умеренно лояльного, когда допускается наличие этой флоры в определенной концентрации (103).

Цель исследования. Сформулировать комплексную оценку разных типов влагалищного биоценоза по результатам разных методов исследования, определить наиболее оптимальные из них.

Материал и методы исследования. Применены цитологический, стандартные микробиологические методы, ПЦР в реальном времени, измерение pH влагалищного отделяемого. Обследовано 123 беременных и 20 небеременных женщин.

Результаты исследования и их обсуждение. Выделено V типов влагалищной микробиоты, показано четкую связь значения pH с количественной характеристикой микрофлоры, высокую обратную корреляционную связь с содержанием эстрадиола, соответствие числу осложнений гестации и числу воспалительных заболеваний общесоматического плана.

Выводы. Авторы рекомендуют pH влагалищного отделяемого как индикатор состояния влагалищного биотопа в динамике беременности.

Ключевые слова: pH влагалищного секрета, влагалищный биотоп, беременность.

Влагалищный секрет (fluor vaginalis) представляет собой транссудат с примешанными к нему клетками влагалищного эпителия, а также микрофлорой, облигатной защитной, транзитной условно-патогенной, аэробной и анаэробной. В условиях повышенной секреции желез трудно дифференцировать норму от патологии по наличию и количеству белей сложно и самой беременной, и врачу без дополнительного обследования [3]. Все существующие методы диагностики грешат малой информативностью, некоторые профессионально зависимы, другие связаны с долабораторными ошибками (нарушение правил подготовки к забору материала, некорректность забора), другие финансово обременительны. Врач, интерпретирующий результаты исследова-

ний, встретится с трудностями анализа [4]. В настоящее время применяются следующие методы исследования:

Цитологические методы - мазок влагалищного секрета является порой первым и единственным методом диагностики, который обеспечивает качественную или в очень малой степени количественную характеристику влагалищного биотопа и эмпирический подход к лечению. Позволяет ли мазок, в котором подсчитаны лейкоциты в поле зрения, определена принадлежность к коккам или палочкам, к окраске по Грамму, идентифицированы «ключевые клетки», при том, что врач ориентирован на количество лейкоцитов. В определенной степени позволяет, но в то же время является источником суще-