

УРОВЕНЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D И КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У СПОРТСМЕНОВ

КАРОНОВА Т.Л., ГЛОБА П.Ю., АНДРЕЕВА А.Т., ШИШКИН С.А., БУДАНОВА М.В., БАЙРАМОВ А.А.

ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург
ГБОУ ВПО «ПСПБГМУ им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Введение. Дефицит витамина D играет важную роль роли в патологии опорно-двигательной системы, однако данные о его влиянии на композиционный состав тела у профессиональных спортсменов весьма противоречивы.

Цель исследования – определить уровень 25(OH)D у молодых спортсменов и сопоставить с показателями количества жировой, соединительно-мышечной и костной ткани для уточнения распространенности дефицита витамина D и его вклада в формирование композиционного состава тела.

Материал и методы. В исследование включено 186 спортсменов, 74 девушки и 112 юношей в возрасте от 16 до 20 лет (средний возраст $17,7 \pm 1,4$ лет). Всем определено измерение роста, веса, рассчитан индекс массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$). Уровень 25(OH)D в сыворотке крови определен у 119 атлетов с помощью иммунохемилюминесцентного метода на анализаторе Architect 8000. Сорока семи спортсменам была выполнена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА) в режиме total body с определением количества жировой, соединительно-мышечной и костной ткани.

Результаты исследования продемонстрировали низкий уровень 25(OH)D в сыворотке крови у 103 обследованных атлетов (86,6%), в том числе у 51,3% человек диагностирован дефицит витамина D. Гендерных различий в уровне 25(OH)D в сыворотке крови выявлено не было. Уровень

25(OH)D крови у атлетов, занимающихся в зале и более 2-х часов ежедневно на улице достоверно не отличался ($21,9 \pm 1,2$ и $21,1 \pm 0,9$ нг/мл, $p > 0,05$). Наименьший уровень 25(OH)D был у баскетболистов, волейболистов, гандболистов, по сравнению с данным показателем у других атлетов ($16,8 \pm 1,1$ и $21,7 \pm 1,6$ нг/мл, $p < 0,05$). Результаты проведенной ДРА не выявили снижение минеральной плотности костной ткани у обследованных спортсменов, и показали более высокие показатели количества костной ткани у спортсменов игровых видов спорта (баскетболисты, волейболисты, гандболисты) по сравнению с данным показателем у пловцов, гимнастов и велосипедистов ($3916,76 \pm 146,39$ & $3235,24 \pm 88,27$ г, $p < 0,01$)

Уровень 25(OH)D не был ассоциирован ни с количеством жировой ткани ($r = -0,161$, $p > 0,05$), ни с количеством соединительно-мышечной и костной ткани у обследованных спортсменов ($r = -0,062$, $p > 0,05$).

Выводы. Дефицит витамина D широко распространен среди спортсменов; тренировки на улице не влияют на уровень 25(OH)D крови; атлеты командных видов спорта представляют группу риска по дефициту витамина D; дефицит витамина D не ассоциирован с меньшим количеством костной и мышечной массы у атлетов.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ДОРОФЕЙКОВ В.В.^{1,3}, ЗАДОРЖНАЯ М.С.², ПЕТРОВА Н.Н.², КАЙСТРЯ И.В.³

¹Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург.

²Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург.

³ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург.

В зарубежной литературе в последние годы появились важные данные о связи дефицита витамина D и психического состояния пациентов.

Целью нашего исследования было проанализировать взаимосвязь уровня витамина D в крови и особенностей клинической картины эндогенных депрессивных состояний у пациентов психиатрического стационара молодого возраста.

Материал и методы. В исследование включено 41 больной в возрасте от 18 лет до 27 лет, из них 17 мужчин и 24 женщины. Исследование проводили на базе отделения интенсивного оказания психиатрической помощи и Дневного стационара ГПНДС №7 Санкт-Петербурга. Полученные данные показывают, что чаще заболевание дебютирует в возрасте 18-20 лет (58,5%). После забора венозной крови натощак у пациентов определяли уровень витамина 25(OH)D в плазме крови с помощью автоматизированного иммуноанализа (анализатор «Architect I 1000SR», США). По результатам обследования больные были разделены на 3 группы: пациенты с авитаминозом D (концентрация 25(OH)D ниже 10 нг/мл, 29% от общего числа), пациенты с гиповитаминозом (от 10 до 30 нг/мл, 62%) и пациенты с нормальным уровнем содержания 25(OH)D (более 30 нг/мл, 9%).

Результаты. Данные по оценке степени тяжести депрессий молодого возраста по Клинической шкале депрессии

Гамильтона по группе в целом, показали, что в структуре депрессий молодого возраста преобладали депрессивные расстройства средней степени тяжести (46%) при меньшей выраженности расстройств лёгкой степени (27%) и тяжёлых депрессивных расстройств (17%). Крайне тяжёлые депрессивные расстройства среди пациентов встречались в 9% случаев, которые встречались только у пациентов с авитаминозом D, так же с равной частотой у них были выявлены тяжёлые депрессивные расстройства и расстройства средней тяжести. У пациентов с гиповитаминозом D преобладали депрессивные расстройства средней степени, а у пациентов с нормальным содержанием 25(OH)D в плазме крови – лёгкие и средние депрессивные расстройства, тяжёлые и крайне тяжёлые формы у них не встречались.

При авитаминозе D клиническая картина в большем количестве случаев была представлена большим депрессивным эпизодом, в меньшей степени – умеренным депрессивным эпизодом; малый депрессивный эпизод при авитаминозе D не встречался ни в одном из случаев. При гиповитаминозе D с равной частотой клиническая картина была представлена малым и умеренным депрессивным эпизодами. При нормальном содержании 25(OH)D в плазме крови клиническая картина депрессии была представлена только малым депрессивным эпизодом.