КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН С АНОВУЛЯТОРНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

© Шалина М.А.[1], Абашова Е.И.[1], Ярмолинская М.И.[1,2]

[1]ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», г. Санкт-Петербург
[2]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Распространенность ановуляторного бесплодия, ассоциированного с различными эндокринными заболеваниями, составляет до 85% от всех нарушений функции яичников. К заболеваниям, наиболее часто приводящим к развитию нормогонадотропной недостаточности яичников, проявляющихся ановуляцией, относят СПЯ, эндометриоз, ожирение, сахарный диабет 1 или 2 типа, хронический сальпингоофорит. Дефицит витамина D способствует снижению минерализации костной ткани, ассоциирован с повышенным риском развития эндокринных, сердечно-сосудистых, аутоиммунных заболеваний. В настоящее время изучается связь между дефицитом витамина D и развитием сахарного диабета, ожирения, эндометриоза, СПЯ.

Цель исследования: оценить эффективность применения нативного витамина D (таблетированного холекальциферола) в суммарной насыщающей дозе у больных с недостаточностью и дефицитом витамина D при ановуляторном бесплодии.

Материалы и методы: в исследование вошли 48 женщин репродуктивного возраста (средний возраст 30,1±3,8года) с нормогогонадотропной, нормопролактинемической недостаточностью яичников и ановуляторным бесплодием. Уровень прогестерона в крови (на 20-23 день менструального цикла) составил 4,5 ± 1,6 пмоль/л. Первичное бесплодие было у 29 (60,4%) женщин, вторичное - у 19 (39,6%); невынашивание беременности в анамнезе имелось у 14,6 % женщин. Ановуляторное бесплодие было ассоциировано с СПЯ – у 20 женщин; НГЭ – у 16 женщин; хроническим сальпингоофоритом – у 12 женщин. У обследованных женщин не было выраженного ожирения (в среднем ИМТ=24,4 ±2,7 кг/м^2) и сахарного диабета 1 или 2 типа. Однако, у 22 (45,8%) имелся избыток массы тела (ИМТ=27,0 ±1,2 кг/м^2). По данным ГТТ выявлено нарушение толерантности к глюкозе у 13 (27,1%) больных. У всех женщин выявлен дефицит или недостаточность витамина D. Уровень 25(OH)D в сыворотке крови определяли методом иммунохимического анализа при помощи лабораторных и контрольных наборов фирмы Abbott (США) на анализаторе Abbott Architect.

Результаты: Полученные данные были проанализированы с учетом рекомендаций РАЭ. В зависимости от исходного уровня витамина D в сыворотке крови больные были распределены на 2 группы. В I группу вошли 28 женщин с дефицитом витамина D: уровень 25(OH)D менее <20 нг/мл (в среднем составил 12,4±2,8 нг/мл), из них у 10 пациенток имелся выраженный дефицит витамина D (уровень 8,6 ± 1,3 нг/мл). Во II группе было 20 женщин с недостаточностью витамина D (25(OH)D – 22,8 ± 2,1 нг/мл). Адекватными считали уровень 25(OH)D более 30 нг/мл.

Пациенты I группы (с дефицитом витамина D) применяли по 6000 ЕД таблетированного холекальциферола ежедневно в течение 8 недель (суммарная насыщающаяся доза 336000 ЕД за 8 недель), в дальнейшем была рекомендована поддерживающая доза витамина D таблетированного холекальциферола ежедневно 2000 ЕД в течение следующих 8 недель. Пациенты II группы (с недостаточностью витамина D) применяли по 4000 ЕД таблетированного холекальциферола ежедневно в течение 8 недель (суммарная насыщающаяся доза 224000 ЕД за 8 недель), в дальнейшем была рекомендована поддерживающая доза витамина D таблетированного холекальциферола ежедневно 2000 ЕД в течение последующих 8 недель. Все женщины отметили хорошую переносимость, удобство применения таблетированного холекальциферола.

Уровень 25(OH)D в сыворотке крови определяли через 2 и 4 месяца от начала лечения. В обеих группах было отмечено увеличение уровня 25(OH)D уже через 2 месяца в среднем на 65,3% (в I группе - увеличение на 89,5 %, что составило 23,5 ± 5,9 нг/мл; во II группе – увеличение было на 40,4 % и составило 32,0 ± 3,7 нг/мл.). Увеличение уровня 25(OH)D продолжалось и на фоне поддерживающей дозы витамина D (2000 ЕД) в течение последующих 8 недель. Через 4 месяца от начала лечения средний уровень 25(OH)D в сыворотке крови увеличился на 89,2% (составил 31,6 ± 2,8 нг/мл).

Заключение. Проведенное исследование показало высокую эффективность применения таблетированного холекальциферола в дозе 4000-6000 ЕД течение 8 недель (суммарная насыщающаяся доза), с дальнейшей поддерживающей дозой 2000 ЕД в течение последующих 8 недель, для коррекции дефицита витамина D у больных с ановуляторным бесплодием.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Ановуляторное бесплодие; витамин D; колекальциферол.

© Russian Association of Endocrinologists, 2020

CORRECTION OF VITAMIN D DEFICIENCY IN WOMEN WITH ANOVULATORY INFERTILITY

© Shalina M.A.[1], Abashova E I.[1], Yarmolinskaya M.I.[1,2]

[1] The Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology named after D.O. Ott, Saint Petersburg
[2] North-Western state medical University named after I. I. Mechnikov, Saint Petersburg

KEYWORDS: Anovulatory infertility; vitamin D; cholecalciferol.