обеспеченности витамином D. Не было найдено ассоциации между уровнем 25(OH)D и возрастом. Лица с нормальным показателем ИМТ имели больший уровень 25(OH)D крови, чем лица с избыточной массой тела и ожирением (52,5±2,8 и 44,8±2,0 нмоль/л, p<0,05). Установлены отрицательные корреляционные связи между уровнем 25(OH)D и ИМТ (r=-0,17, p=0,03), ОТ (r=-0,15, p=0,02). Концентрация 25(OH) D крови у беременных не была ассоциирована ИМТ, приемом препаратов, содержащих витамин D, а также антропометрическими параметрами новорожденных. Результаты проведенной ДРА показали, что 18,6% женщин имели снижение МПК, однако чаще эти изменения были характерны для лиц с нормальной массой тела по сравнению с женщинами, имеющими ожирение. Результаты корреляционного анализа продемонстрировали, что МПК в проксимальном отделе бедра ассоциирована с ИМТ (r=0,43, p=0,008), ОТ (r=0,51, p=0,002). В тоже время, показали МПК находились в корреляционной зависимости с 25(OH)D только у женщин в возрасте до 40 лет (r=0,48, p=0,04). Наличие тревожного расстройства выявлено у 32,5%, депрессивного синдрома – у 11,0% обследованных. Результаты исследования продемонстрировали наличие отрицательной взаимосвязи между уровнем 25(OH)D и степенью выраженности тревожных нарушений (r=-0,11, p=0,03). Степень выраженности депрессивных нарушений была ассоциирована с возрастом обследованных (r=0,12, p=0,02), но не зависела от уровня обеспеченности витамином D (r=-0,08, p=0,09). Исключение таких факторов формирования психогенных нарушений как ожирение, артериальная гипертензия, нарушение метаболизма глюкозы, позволило определить самостоятельный вклад низкого уровня 25(OH)D в сыворотке крови в развитии тревожного расстройства в исследованной популяции (R2=0,02, p=0,01).

Выводы. Дефицит и недостаток витамина D широко распространены у жителей Северо-Западного региона РФ независимо от возраста. Наиболее низкий уровень 25(OH) D крови характерен для женщин и лиц с избыточным количеством жировой ткани. Дефицит витамина D вносит вклад в формирование остеопенического синдрома у женщин в возрасте до 40 лет, а также, возможно, является самостоятельным фактором, участвующим в развитии тревожного синдрома.

УРОВЕНЬ 25(OH) ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

ХРАМЦОВА Н.А[1, 2], МЕНЬШИКОВА Л.В.[1,2], ГРУДИНИНА О.В.[1]

[1]ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр»

[2]ГБОУ ДПО «Иркутская государственная академия последипломного образования», Иркутск

Витамин D относится к группе жирорастворимых витаминов, который естественным образом присутствует лишь в очень ограниченном количестве продуктов питания, а синтез в организме человека возможен только в определенных условиях, когда ультрафиолетовые лучи солнечного света попадают на кожу. Как известно, D-гормон обладает антипролиферативным эффектом на кератиноциты, поэтому оправдано применение витамина D при пролиферативных заболеваниях кожи, например, псориазе.

Цель. Изучение уровня 25(OH) витамина D у пациентов с псориазом и псориатическим артритом в зависимости от состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Материал и методы. На базе Иркутского областного диагностического центра были обследованы 123 пациента с псориазом и псориатическим артритом (женщин 39%, мужчин 61%), средний возраст – 52,31±7,3 лет. Критериями исключения из исследования явился регулярный прием препаратов, содержащих витамин D. На всех пациентов заполнялась унифицированная анкета с детальным анализом факторов риска остеопороза. Определение уровня 25(OH) D проводилось при помощи биохимического анализатора Cobas 8000, (Roche, Швейцария). Дефицит витамина D определяется как концентрация 25(OH)D <20 нг/мл, недостаточность – концентрация 25(OH)D от 20 до 30 нг/мл, адекватные уровни – более 30 нг/мл. Минеральная плотность костной ткани оценивалась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате EXCELL XR-46 NORLAND в области поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. Оценка плотности костной ткани осуществлялась в г/см², по Т критерию (у лиц старше 50 лет) и Z критерию (у лиц до 50 лет) и их процентному отклонению от стандарта. Согласно рекомендациям ВОЗ (1994) снижение МПКТ по Т – критерию до -1,0 SD оценивалось как вариант нормы, от -1,0 SD до -2,5SD – остеопения, менее -2,5 SD – остеопороз. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 («Statsoft», США).

Результаты. Концентрация уровня 25(OH) D в сыворотке крови у обследованных пациентов в среднем составила 19,1±1,3 нг/мл и варьировала от 7,16 нг/мл до 34,80 нг/мл. Дефицит и недостаток витамина D выявлен у 90 пациентов, что составило 73,2%. Лишь треть (26,8%) обследованных имели нормальный уровень витамина D. Установлено, что в условиях снижения концентрации 25(OH) D в сыворотке крови показатели минеральной плотности костной ткани были существенно ниже, по сравнению с теми, у кого уровень витамина D соответствовал нормальным значениям. Так, частота остеопороза составила в группе пациентов с дефицитом и недостаточностью витамина D 53,3% (48 чел.), среди лиц с нормальным уровнем витамина – 15, 2% (p=0,0003). Средние значения BMD в первой группе составили в среднем 0,706±0,06 g\cmI, в второй – 0,923±0,05 g\cmI соответственно.

Дефицит витамина D ассоциировался с такими факторами риска, как снижение СКФ<60 мл/мин (OR 1,9; p<0,01), склонность к падениям (OR 1,7; p<0,05), переломы в анамнезе (OR1,3; p<0,05) и ИМТ >25 кг/м² (OR1,3; p<0,05).

Выводы. Таким образом, у пациентов, страдающих псориазом и псориатическим артритом, в 70% случаев отмечался дефицит или недостаток витамина D в сыворотке крови, что ассоциировалось с низкой минеральной плотностью костной ткани и высокой частотой остеопороза.