

# Основні аспекти репродуктивного здоров'я жінки: вітамін D

Сьогодні якість надання кваліфікованої медичної допомоги та результати лікування в акушерсько-гінекологічній практиці певною мірою залежать від лікаря-ендокринолога. Зважаючи на основні особливості організму вагітних або жінок, які планують вагітність, особливо з гінекологічною патологією, перед початком лікування дуже важливо оцінити їх стан, зокрема можливу наявність у них метаболічних порушень. Саме на підготовчому етапі необхідною є тісна співпраця між лікарем акушером-гінекологом та ендокринологом. З огляду на актуальність проблеми метаболічних порушень насамперед слід звернути увагу на дефіцитні стани у жінок. Висвітлення цієї складної теми розпочнемо з недостатності вітаміну D.



Для більш детального розгляду цього питання пропонуємо нашим читачам ознайомитися з експертною думкою члена-кореспондента НАМН України, президента ВГО «Асоціація гінекологів-ендокринологів України», заступника директора з наукової роботи, завідувача відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», доктора медичних наук, професора Тетяни Фефанівни Татарчук.

— Ще у 2003 р. уведено Нобелівську премію за впровадження фітотерапевтичних тактик у стандартні підходи до профілактики порушень опорно-рухового апарату (рахіту) на тлі дефіциту вітаміну D. У 50-х рр. XX ст. визначили більшість ефектів вітаміну D (протидіабетичний, антипроліферативний, імунomodulatory, нормоглікемічний, антидепресантний, гіполітичний, гіпотензивний та ін.) на різні фізіологічні процеси у людському організмі. Незважаючи на це, донедавна дефіцит вітаміну D пов'язували тільки з порушеннями опорно-рухового апарату (рахітом, остеопорозом та ін.), а не із серйозною ендокринною патологією. І лише з 2000 року після того, як встановили його нейростероїдну, нейропротективну, нейротропну функції та отримали нові дані у результаті досліджень із вивчення специфічних рецепторів, розпочалася «нескелетна» ера використання вітаміну D.

Слід зазначити, що рецептори до нього знаходяться у 38 органах, у тому числі в усіх тканинах репродуктивних органів, а саме: в ендометрії, міометрії, яєчниках та цервікальному каналі. Цей вітамін бере участь у синтезі ключових статевих гормонів (13% прогестерону, 9% естрадіолу та 21% естрогену). Саме тому у клінічній практиці лікаря-гінеколога дуже часто трапляються випадки, коли у пацієнток у періоді перименопаузи після нормалізації рівня вітаміну D відновлюється менструальний цикл.

У сучасному розумінні вітамін D — це гормон, адже до його основних функцій у організмі належить регуляція понад 2000 генів (приблизно 1/6 частина людського геному). У свою чергу, вітамін D-дефіцитні стани слід розглядати як гормональне порушення, яке потребує замісної терапії, тобто призначення засобів, які містять у своєму складі вітамін D у вигляді ергокальциферолу (вітаміну D<sub>2</sub>) чи холекальциферолу (вітаміну D<sub>3</sub>). Необхідність прийому таких засобів зумовлена низкою факторів, які перешкоджають відновленню нормального рівня вітаміну D природним шляхом.

Насамперед розвінчаємо найбільш поширені міфи щодо синтезу вітаміну D у людському організмі. Як відомо, одним з основних чинників, які стимулюють його продукцію, є сонячне світло. В Україні світлові хвилі сонця мають необхідну довжину, за якої підвищується синтез вітаміну D у шкірі, тільки у літній період з 10:00 до 14:00 год, тобто коли сонце знаходиться у зеніті (коли довжина вашої тіні не перевищує вашого зросту). Однак саме у цей час перебувати на сонці не тільки не рекомендовано, а й може бути небезпечно. Крім цього, слід враховувати такі стримувальні для світла фактори, як міський смог, засоби для захисту шкіри від ультрафіолетового випромінювання (креми, спреї, олії тощо). Що стосується міського населення, то у цей проміжок часу більшість людей перебувають на робочому місці у закритому приміщенні.

Другий міф полягає в тому, що повноцінне відновлення рівня вітаміну D в організмі забезпечує його надходження з їжею (печінка тріски, лосось, яєчний жовток, коров'яче молоко, сир тощо). Безперечно, доповнення раціону харчування їжею, збагаченою вітамінами та мінералами, — це раціональний підхід для збереження та покращення стану здоров'я. Однак із продуктами харчування надходить не більше 30% від фізіологічної потреби у вітаміні D, і для забезпечення його добової норми об'єм вживаної їжі має значно перевищувати звичайний, що може бути шкідливим як для шлунково-кишкового тракту, так і для організму загалом. Таким чином, жодний із вказаних способів нормалізації рівня вітаміну D не здатний задовольнити фізіологічну потребу (100 МО — для дорослих, 400 МО — для дітей, 1000 МО — для вагітних), але вони є необхідними складовими комплексу засобів для підтримання його нормального рівня.

У світі дефіцит вітаміну D — дуже поширена проблема, і навіть має характер пандемії. Так, в Європі кількість населення, яке має недостатність вітаміну D, становить приблизно 57%. Водночас в Україні цей показник сягає 81,8%. До основної групи ризику належать діти, особи похилого віку, а також ті, хто мало перебуває на сонці, тобто більшість сучасних українців. Що стосується українських жінок усіх вікових категорій, то лише у 6,1% із них відзначається нормальний рівень вітаміну D (Ю.І. Комісаренко, 2013; В.В. Поворознюк, Н.І. Балацька, 2013; В.В. Поворознюк, 2014).

Забезпечення постійної концентрації вітаміну D у крові у межах 30-50 нг/мл (75-125 нмоль/л) дозволяє знизити ризик розвитку низки серйозних патологічних станів. Ще у 2015 р. дефіцит вітаміну D внесено до переліку факторів, які підвищують ризик онкопатології, зокрема раку грудної залози. Окрім цього, недостатність цього вітаміну асоційована з порушенням статевого дозрівання, що призводить до настання раннього менархе у дівчат, а також із ожирінням у дітей, яке є одним із основних факторів ризику аномально раннього статевого дозрівання. У жінок значний дефіцит вітаміну D може спричиняти тяжкі порушення репродуктивного здоров'я, а саме: синдром полікістозу яєчників (СПКЯ), лейоміому матки, прееклампсію, а у вагітних може спровокувати розвиток гестаційного діабету та передчасні пологи.

Основним діагностичним критерієм дефіциту вітаміну D є його рівень у крові:

- до 20 нг/мл (59 нмоль/л) — дефіцит;
- 20-30 нг/мл (50-75 нмоль/л) — субоптимальний рівень;
- 30-50 нг/мл (75-125 нмоль/л) — норма;
- 50-100 нг/мл (125-250 нмоль/л) — високий рівень;
- >100 нг/мл (125-250 нмоль/л) — небезпечний рівень.

Оскільки вітамін D бере участь у синтезі структурних білків епітелію, його недостатність може призводити до десквамації епітелію і, як наслідок, до розвитку вагініту. З цієї причини, а також завдяки властивостям вітаміну D відновлювати та підтримувати баланс нормальної мікрофлори його дефіцит слід розглядати як незалежний фактор ризику розвитку бактеріального вагінозу, зокрема у вагітних.

У гінекологічній практиці найбільш поширеними патологічними станами, асоційованими з дефіцитом вітаміну D, є передчасне виснаження яєчників, ожиріння, дисфункція жирової тканини та інсулінорезистентність на тлі СПКЯ. Слід зазначити, що у 2016 р. Європейське товариство кардіологів (ESC) включило СПКЯ та прееклампсію до переліку основних факторів ризику розвитку кардіоваскулярних порушень, що

призводять до значного підвищення показників захворюваності та смертності серед жіночого населення.

Дані систематичного огляду 2013 року підтверджують зворотній зв'язок рівнів вітаміну D у сироватці крові та показників інсулінорезистентності у пацієнток зі СПКЯ. З'ясовано, що прийом вітаміну D і кальцію протягом 3 міс сприяє зниженню сироваткових рівнів загального тестостерону та андростендіону, а також нормалізації менструальної функції. У жінок із безпліддям на тлі СПКЯ у результаті лікування метформіном у поєднанні з кальцієм та вітаміном D збільшується кількість домінуючих фолікулів порівняно з тими жінками, котрі отримували метформін та плацебо, а частота овуляцій при застосуванні кломіфен цитрату є нижчою у пацієнток із гіповітамінозом (B. Rashidi, F. Haghollahi, M. Shariat 2009; F. Ranizad, A. Mahban, T. Mahmoudi, 2011; M. Grundmann, F. von Versen-Höynck, 2011).

Згідно з практичними рекомендаціями з надходження вітаміну D та корекції його дефіциту, у Центральній Європі діти та підлітки віком 1-18 років мають отримувати 600-1000 МО вітаміну D на добу (15-25 мкг/добу), дорослі та особи похилого віку — 800-2000 МО (20-50 мкг/добу), літні люди (65 років і старше) — додатково 800-2000 МО (20-50 мкг/добу) протягом усього року у зв'язку зі зниженням синтезу вітаміну D у шкірі (P. Pludowsky, 2013). Слід зазначити, що жінки, які планують вагітність, мають розпочати/продовжити

додатковий прийом засобів вітаміну D відповідно до рекомендацій для дорослих. Адекватне надходження вітаміну D в організм необхідно забезпечити до настання вагітності, а призначати його у дозі 1500-2000 МО на добу (37,5-50 мкг/добу) слід починаючи принаймні з II триместру вагітності. Акушери-гінекологи мають розглядати призначення засобів вітаміну D вагітним незабаром після підтвердження вагітності. За можливості періодично потрібно здійснювати моніторинг концентрації вітаміну D у сироватці крові для визначення досягнення оптимального рівня та ефективності додаткового прийому вітаміну D.

Таким чином, забезпечення нормального рівня вітаміну D в організмі дозволяє запобігти багатьом серйозним порушенням, є запорукою здоров'я жінки та збереження її репродуктивної функції. Незважаючи на велику кількість способів підтримання нормального рівня вітаміну D, забезпечити необхідне його надходження природним шляхом, особливо у сучасних умовах (тривале перебування у закритому приміщенні, недотримання повноцінного раціону харчування, ненормований робочий день тощо), не тільки складно, а й у більшості випадків неможливо. Саме тому у багатьох європейських країнах особливу увагу приділяють використанню засобів, які містять у своєму складі вітамін D у стандартизованих дозах. Одним із таких засобів, представлених на фармацевтичному ринку України, є продукт компанії «Юніфарм Інк.» (США) — Детрімакс®. Одна капсула засобу містить 25 мг та 50 мг холекальциферолу (вітаміну D<sub>3</sub>) (1000 МО та 2000 МО відповідно), розчиненого у сафлоровій олії, що покращує його засвоєння.

Підготував **Антон Вовчек**



## ДЕТРИМАКС®

### ЕНЕРГІЯ СОНЦЯ У КОЖНІЙ КАПСУЛІ!

вітамін D<sub>3</sub>  
для дорослих

Нова форма  
2000 МО

розчинений у  
сафлоровій олії

- ДОПОМАГАЄ ВІДНОВЛЕННЮ ТА ЗМІЦНЕННЮ ІМУНІТЕТУ
- СПРИЯЄ ЗМЕНШЕННЮ СИМПТОМІВ ДЕПРЕСІЇ, АПАТІЇ ТА ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ<sup>1,2</sup>
- РЕГУЛЮЄ КАЛЬЦІЙ - ФОСФОРНИЙ ОБМІН

ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ НА САЙТІ [DETRIMAX.COM.UA](http://DETRIMAX.COM.UA)

1. Spedding S. Vitamin D and depression: a systematic review and meta-analysis comparing studies with and without biological flaws. Nutrients. 2014 Apr 11;6(4):1501-18. doi: 10.3390/nu6041501.  
2. Thomas L, Ak-Aloufi F. Sun Exposure and Behavioral Activation for Hypovitaminosis D and Depression: A Controlled Pilot Study. Community Ment Health J. 2017 Nov 21. doi: 10.1007/s10997-017-0209-5.  
Інформація про засіб включена для спеціалістів сфери опікування здоров'ям.  
Дієтична добавка. Не є лікарським засобом. Детрімакс, капсули масою 100 мг (60 або 120 капсул у флаконі). Склад (на 1 капсулу): холекальциферол 25 мкг (вітамін D<sub>3</sub> 1000 МО); допоміжні речовини: масло сафлорове, облівиця, желатин, гідроксид кальцію. Для отримання детальної інформації рекомендується ознайомитися з інформаційною листівкою та текстом маркування.  
Виробник: Юніфарм Інк. (Unipharm, Inc.), США. Адреса представництва в Україні: м. Київ, вул. Палимошка, 13, 44/31, тел. +38 044 594 70 00. 2-06-03MAX-0218