

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ГРУППЫ: НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И МОНИТОРИНГА

Галашевская А.А.¹, Почкайло А.С.²,
Борисенко Т.Д.³

¹Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь;

²Минская областная детская клиническая больница,
Минск, Республика Беларусь;

³1-я городская клиническая больница, Минск,
Республика Беларусь

Ключевые слова: *дети паллиативной группы; дефицит витамина D; холекальциферол*

Актуальность. Гиповитаминоз D признан глобальной проблемой здравоохранения. Дети паллиативной группы подвержены крайне высокому риску дефицита витамина D вследствие гиподинамии, нутритивных нарушений и приёма препаратов, нарушающих метаболизм витамина D. **Цель:** определить обеспеченность витамином D детей, находящихся под паллиативным наблюдением.

Материалы и методы. Обследовано 250 детей, находящихся под паллиативным наблюдением, в возрасте 2–18 лет (медиана возраста — 8,9 [5,1; 11,7] года). Гендерное распределение: мальчики — 149 (59,6%), девочки — 101 (40,4%). Анализ обеспеченности витамином D проводили по уровню общего 25(OH)D в сыворотке крови на основании следующих критериев: дефицит витамина D — при уровне 25(OH)D менее 20 нг/мл; недостаточность — 20–30 нг/мл; оптимальный уровень (норма) — 30–50 нг/мл; высокий уровень — 50–100 нг/мл, токсическая концентрация (гипервитаминоз D) — более 100 нг/мл. Количественные данные представлены в виде медианы и квартилей (Me [LQ₂₅; UQ₇₅]), а категориальные данные — в виде числа наблюдений и частоты в процентах (*n* (%)).

Результаты. В общей когорте детей медиана уровня 25(OH)D в сыворотке крови составила 21,9 [14,9; 34,13] нг/мл (min 2,3 нг/мл, max > 160,0 нг/мл). Суммарно наличие дефицита/недостаточности витамина D было выявлено у 167 (66,8%) детей. Гендерных различий в уровне витамина D не обнаружено ($p = 0,053$). Установлена значимая обратная корреляция между возрастом больных и уровнями 25(OH)D ($r_s = -0,34$; $p < 0,001$). Для дальнейшего анализа больные в зависимости от наличия приёма витамина D были распределены на 2 группы. Группа 1 ($n = 113$): приём холекальциферола в дозе 500–2000 МЕ/сут ≥ 3 мес. Медиана 25(OH)D — 31,6 [22,1; 41,4] нг/мл (диапазон: 12,5–> 160 нг/мл). Распределение статуса витамина D: дефицит — 13,3%, недостаточность — 31,0%, норма — 43,3%, высокий уровень — 11,5%, гипервитаминоз — 0,9%. Суммарно 25(OH)D < 30 нг/мл — 44,3%. Группа 2 ($n = 137$): без приёма витамина D. Медиана 25(OH)D — 16,4 [11,0; 29,9] нг/мл (диапазон: 2,3–54,8 нг/мл). Распределение статуса витамина D: дефицит — 67,2%, недостаточность — 18,2%, норма — 13,1%, высокий — 1,5%. Суммарно 25(OH)D < 30 нг/мл — 85,4%.

Заключение. Выявлена низкая обеспеченность витамином D у детей паллиативной группы, наблюдаемая даже при профилактическом приёме холекальциферола. Широкая вариабельность уровней 25(OH)D в ответ на приём витамина D (от дефицита до гипервитаминоза) указывает на недостаточную эффективность стандартных схем и необходимость персонализированного дозирования холекальциферола на основе регулярного мониторинга уровня 25(OH)D в сыворотке крови.

* * *

МАТЕРИАЛЫ

VII Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием
*«Осенние Филатовские чтения —
важные вопросы детского здравоохранения»*
23–26 сентября 2025, Москва