

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

ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ГРУППЫ НАБЛЮДЕНИЯ

*¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО
«Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь;*

²УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь;

³УЗ «1-я городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Дети паллиативной группы наблюдения представляют собой особую категорию пациентов с высоким риском развития дефицита витамина D. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, гиповитаминоз D признан глобальной проблемой

здравоохранения, а среди детей с тяжелыми хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями его распространенность в 2-3 раза превышает популяционные показатели. Ключевые факторы риска включают: гиподинамию (ограниченная подвижность и минимальная инсоляция из-за пребывания в помещении нарушают эндогенный синтез витамина D), нутритивные нарушения (дисфагия, наличие гастростомы и специализированные диеты – снижают поступление холекальциферола с пищей) и длительный прием лекарственных препаратов, нарушающих метаболизм витамина D (антиконвульсанты, глюкокортикостероиды и другие). Дефицит витамина D у данной группы ассоциирован не только с костно-мышечными заболеваниями (остеопороз, патологические переломы), но и с системными эффектами: подавлением врожденного иммунитета и повышением частоты острых респираторных инфекций. Это обосновывает необходимость рутинного мониторинга уровня 25(OH)D и персонализированной коррекции статуса обеспеченности витамином D.

Цель исследования. Оценить обеспеченность витамином D детей паллиативной группы наблюдения.

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование проведено в Республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница». В исследование включено 250 пациентов, находящихся под паллиативным наблюдением, в возрасте от 2 до 18 лет (медиана возраста – 8,9 [5,1; 11,7] лет). Гендерное распределение: мальчики – 149 (59,6%), девочки – 101 (40,4%). Критерии включения: паллиативный статус; отсутствие острой инфекции на момент забора крови. Оценку обеспеченности витамином D проводили по уровню общего 25-гидроксивитамина D (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. Статистический анализ полученных данных проведен с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 12.0. Количественные данные представлены в виде медианы и квартилей (Me [LQ25; UQ75]), а категориальные данные – в виде числа наблюдений и частоты в процентах (n (%)). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В общей когорте детей медиана уровня 25(OH)D в сыворотке крови составила 21,9 [14,9; 34,13] нг/мл при диапазоне значений от 2,3 до >160,0 нг/мл. Суммарно наличие дефицита и недостаточности витамина D зарегистрировано у 167 детей (66,8%). Корреляционный анализ продемонстрировал умеренную обратную связь между возрастом пациентов и уровнем 25(OH)D ($r_s = -0,34$; $p < 0,001$). Подобная связь может быть вероятным следствием большего внимания родителей и специалистов к проведению профилактических мероприятий у детей младших возрастных категорий. Статистически значимых различий в уровне витамина D между мальчиками и девочками не обнаружено ($U = 2641,5$; $p = 0,053$). В дальнейшем для оценки эффективности профилактического приема холекальциферола пациенты были разделены на две группы: группа 1 (n = 113; 45,2%) включала детей, получавших витамин D в дозировке 500–2000 МЕ/сутки не менее 3 месяцев на момент исследования, группа 2 (n = 137; 54,8%) – пациентов, не применявших витамин D до момента исследования. Ожидаемо, в группе 1 медиана 25(OH)D была значимо выше (31,6 [22,1; 41,4] нг/мл; диапазон: 12,5 – >160,0 нг/мл), чем в группе 2 (16,4 [11,0; 29,9] нг/мл; диапазон: 2,3 – 54,8 нг/мл; $U = 2641,5$; $p < 0,001$). В группе 1 распределение статуса обеспеченности витамином D было следующим: дефицит – у 13,3%, недостаточность – у 31,0%, норма – у 43,3%, высокий уровень – у 11,5%, гипервитаминоз – у 0,9% пациентов. В группе 2 преобладал дефицит витамина D (67,2%), за ним следовали недостаточность (18,2%), норма (13,1%) и повышенный уровень (1,5%) витамина D. Суммарно доля пациентов с уровнем 25(OH)D ниже 30 нг/мл в группе 1 составила 44,3%, в то время как в группе 2 этот показатель достиг 85,4%.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют высокую распространенность дефицита и недостаточности витамина D среди детей паллиативной группы наблюдения, которая достигает 85,4% у пациентов, не получавших с профилактической целью препараты холекальциферола. При этом у детей с медикаментозной дотацией витамина D зафиксирован широкий диапазон концентраций 25(OH)D в сыворотке крови (12,5 – >160 нг/мл), отражающий вариабельность

ответа на прием холекальциферола. На основании полученных данных обоснована необходимость разработки персонализированных схем дозирования препаратов холекальциферола с учетом анамнеза и клинического статуса пациента, а также проведение регулярного лабораторного мониторинга уровня 25(OH)D для своевременной коррекции доз и профилактики как гиповитаминоза, так и токсических эффектов избытка витамина D. Внедрение данных рекомендаций в клиническую практику позволит снизить риск осложнений, связанных с дисбалансом витамина D, в данной уязвимой педиатрической популяции.