

фазовый угол последовательно ассоциировался с остеопорозом, в частности, в отношении минеральной плотности губчатой кости (BMDSNP) и кортикального индекса. Увеличение продолжительности заболевания объясняется изменениями на 31,5% BMDSNP и на 37,3% кортикального индекса.

Заключение. Данные по фазовому углу у женщин с ревматоидным артритом казахской национальности показывают, что индекс жировой массы и фазовый угол выступают в качестве независимых основных ковариантов, связанных со статусом поражения при ревматоидном артрите. Эти данные свидетельствуют об ухудшении состава тела больных по сравнению со здоровыми женщинами того же возраста, что потенциально указывает на раннее появление саркопении и, вероятно, кахексии. Данные также свидетельствуют о том, что фазовый угол может служить потенциальным предиктором прогноза ревматоидного артрита и остеопороза вследствие ревматоидного артрита.

ДЕФИЦИТ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИЕЙ ДЮШЕННА

Галашевская А.А.¹, Почкайло А.С.¹, Рейт И.Э.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

²УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Минск

Цель. Проанализировать распространенность дефицита и недостаточности витамина D у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) и мышечной дистрофией Дюшенна (МДД).

Материалы и методы. Настоящее исследование проводилось в республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница». Обследованы 186 детей в возрасте от 2 до 18 лет, из них – 122 (65,6%) пациента с ДЦП (медиана возраста – 9,0 (5,7; 12,8) лет), 64 (34,4%) пациента – с МДД (медиана возраста – 9,9 (7,2; 11,5) лет). Группы детей были сопоставимы по возрасту ($p=0,384$). Определение уровня витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови выполнялось в клинико-диагностической лаборатории УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска методом электрохемилюминесценции. Интерпретацию результатов осуществляли следующим образом: тяжелый дефицит витамина D определяли при уровне 25(OH)D менее 10 нг/мл, дефицит витамина D – 10-20 нг/мл, субоптимальный статус (недостаточность) – 20-30 нг/мл, оптимальный (адекватный) статус – 30-50 нг/мл, высокий уровень – 50-100 нг/мл, уровень с возможным проявлением токсичности – более 100 нг/мл. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 8.0. Данные представлены в формате медианы и интерквартильного размаха: Me (LQ₂₅; UQ₇₅). Для сравнения двух независимых групп применен непараметрический критерий Манна-Уитни. Для оценки наличия связи между переменными применяли непараметрический корреляционный анализ по критерию Спирмена (r_s). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Медиана уровня 25(OH)D у детей с ДЦП составила 17,70 (14,40; 27,20) нг/мл (min=2,3; max=114,3 нг/мл), у детей с МДД – 17,47 (11,21; 23,21) нг/мл (min=4,4; max=47,02 нг/мл). Между группами не было выявлено статистически значимых различий в уровнях кальцидиола ($p=0,135$). В ходе сбора анамнеза было установлено, что до исследования в структуре обследованных пациентов только 35 (28,7%) детей с ДЦП и 27 (42,2%) детей с МДД с профилактической целью в течение 1 месяца и более регулярно получали препараты холекальциферола, при этом статистически значимо более высокие уровни 25(OH)D наблюдались у детей, которым проводилась медикаментозная дотация лекарственными препаратами на основе витамина D ($p < 0,001$). Тем не менее, несмотря на профилактический прием холекальциферола, медиана значений 25(OH)D у этих пациентов находилась в диапазоне субоптимальной обеспеченности витамином D (при ДЦП – 29,80 (22,88; 47,07) нг/мл, при МДД – 22,36 (19,7; 29,77) нг/мл). В отсутствие медикаментозной профилактики дефицита/недостаточности витамина D медианные значения 25(OH)D были статистически значимо ниже ($p < 0,001$) и соответствовали дефициту витамина D (при ДЦП – 16,23 (11,04; 19,80) нг/мл, при МДД – 13,11 (8,78; 17,33) нг/мл). При проведении корреляционного анализа между показателем 25(OH)D и возрастом пациентов у детей с ДЦП выявлена умеренная отрицательная корреляционная связь ($r_s = -0,423$, $p < 0,001$), которая также прослеживалась в этой когорте на фоне приема препаратов холекальциферола ($r_s = -0,489$, $p = 0,003$), что свидетельствовало о лучшей обеспеченности витамином D детей более раннего возраста. Однако в отсутствие дотации препаратами холекальциферола корреляционных связей между данными показателями у детей с ДЦП не наблюдалось ($r_s = -0,209$, $p = 0,051$). У детей с МДД умеренная отрицательная корреляционная связь ($r_s = -0,334$, $p = 0,04$) между показателем 25(OH)D и возрастом пациентов наблюдалась только в группе детей, не получающих препараты холекальциферола, что косвенно свидетельствует об ухудшении обеспеченности витамином D по мере взросления ребенка и, по-видимому, связано с прогрессированием заболевания. Далее мы проанализировали статус обеспеченности витамином D детей обеих групп в зависимости от наличия медикаментозной дотации препаратами холекальциферола. В условиях отсутствия дотации рациона ребенка препаратами холекальциферола тяжелый дефицит витамина D выявлен у 15 (17,2%) пациентов с ДЦП и у 14 (37,8%) пациентов с МДД, дефицит – у 51 (58,6%) и у 19 (51,4%), недостаточность – у 15 (17,2%) и у 3 (8,1%) пациентов соответственно; при этом нормальная обеспеченность определялась только у 6 (6,9%) детей с ДЦП и у 1 (2,7%) ребенка с МДД. Следует отметить, что дефицит и недостаточность витамина D также регистрировались на фоне профилактического приема препаратов холекальциферола. Так, дефицит витамина D у детей с ДЦП и МДД диагностирован у 3 (8,6%) и у 7 (25,9%), недостаточность – у 15 (42,9%) и у 14 (51,9%)

соответственно, однако в обеих группах не было зарегистрировано ни одного случая тяжелого дефицита витамина D. Таким образом, на фоне приема препаратов холекальциферола каждый второй ребенок с ДЦП имел уровень витамина D ниже оптимального (51,5%), а среди пациентов с МДД неудовлетворительная обеспеченность витамином D наблюдалась в 77,7% случаев. Оптимальные уровни витамина D у детей с ДЦП и МДД отмечались у 11 (31,4%) и у 6 (22,2%) пациентов соответственно. Вместе с тем среди пациентов с ДЦП, получающих препараты холекальциферола, у 4 (11,4%) детей выявлен высокий уровень витамина D, а у 2 (5,7%) детей зарегистрирован потенциально опасный уровень кальцидиола (в диапазоне от 100 до 150 нг/мл), что диктует необходимость проведения регулярного мониторинга уровня кальцидиола в сыворотке крови на фоне приема препаратов холекальциферола как с целью своевременного выявления его дефицита и недостаточности, так и контроля эффективности лечения и медицинской профилактики.

Выводы. Отмечается высокая частота регистрации дефицита и недостаточности витамина D у детей с ДЦП и МДД. Вместе с тем обращает на себя внимание редкость применения лекарственных препаратов на основе витамина D у данной когорты пациентов. Установлено, что использование с целью медицинской профилактики препаратов холекальциферола значительно повышает обеспеченность детей витамином D, предотвращая формирование тяжелого дефицита, но тем не менее не всегда приводит к достижению оптимального уровня 25(OH)D в сыворотке крови, что требует подбора индивидуальных профилактических доз витамина D у детей с ДЦП и МДД с учетом всех имеющихся у пациента факторов риска.

ВРАЧЕБНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ СКЕЛЕТА

Ганузин В.М.

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль.

Актуальность. Медико-социальная и трудовая реабилитация подростков и молодежи с нарушениями в состоянии здоровья и ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) является не только проблемой для самих пациентов, но и государственной проблемой [2,7,8,14,15]. В стране эта реабилитация осуществляется преимущественно только для пациентов с ограниченными возможностями здоровья согласно Приказа МТ и СР РФ № 486н от 2017 года и возложена на специалистов бюро медико-социальной экспертизы, где составляется Индивидуальный план реабилитации и абилитации на каждого инвалида, в том числе по обучению их профессиям и дальнейшему трудоустройству [10]. А вот с больными, не имеющими статуса ОВЗ, такая реабилитация осуществляется не совсем удовлетворительно [3,4].

Цель данной работы. Показать возможности врачебной профессиональной консультации в реабилитации пациентов с поражениями суставов и другими нарушениями скелета.

Материалы и методы. Нами проведена врачебная профессиональная консультация 79 подросткам с заболеваниями суставов различной этиологии и другими нарушениями скелета, в том числе с ревматизмом, ревматоидным артритом, посттравматическими повреждениями суставов и костей скелета. В качестве методического материала нами использовались следующие документы: Перечни медицинских противопоказаний для поступающих в ПТУ, средне-специальные и высшие учебные заведения, ФПРОШУМЗ-5. 2014, Приказ МТ и СЗ РФ от 1 февраля 2018 г. № 46, методические рекомендации по ВПК [5,11,12].

Результаты и обсуждение. Учитывая актуальность проблемы, нами в детской поликлинике был открыт кабинет ВПК, где подростки с различными отклонениями в состоянии здоровья и их родители получали рекомендации по выбору профессии, учебного заведения, где эти профессии можно получить и возможности освоения учебного материала по различным программам. Кроме того, им не рекомендуются определенные профессионально-производственные факторы, которые могут привести к прогрессированию имеющихся у подростков заболеваний. Учитывая анамнез заболевания и нарушение функции мелких и крупных суставов, мы предлагали пациентам только те специальности, при которых они смогут качественно и в срок выполнять свои профессиональные обязанности с учетом их физического и психического здоровья.

Важную роль в осуществлении профессиональной траектории подростков и молодежи является психологическая профориентация [6,9,13]. Однако, психологи не всегда могут правильно оценить состояние здоровья консультируемого и дать ему рекомендации по выбору профессии. Наиболее рационально рекомендации по выбору профессии подростку могут дать в медицинских центрах реабилитации, т.к. консилиум врача-реабилитолога и клинического (медицинского) психолога позволят правильно оценить функциональные нарушения костного аппарата и психологическую приверженность той или иной профессии [1].

Выводы. ВПК является медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией и помогает подростку в выборе учебного учреждения и будущей профессии, максимально соответствующей состоянию физического и психического здоровья с учетом склонности его к той или иной профессии, а также возможностью освоить рекомендуемую профессию при наличии отклонений в состоянии здоровья. При определении профессиональной траектории подросткам и молодежи с метаболическими нарушениями и поражениями опорно-двигательного аппарата важен полипрофильный подход врачей специалистов и клинических психологов, позволяющий более качественно провести профконсультацию по выбору будущей профессии пациентам.