

Многие патологические факторы приводят к плацентарной недостаточности, нарушению питания плода, хронической гипоксии и задержке внутриутробного развития [2, 3].

**Цели исследования:** определить структуру заболеваемости в неонатальном периоде у детей, рожденных с малым весом (МВ).

**Материалы и методы:** обследованы 24 новорожденных в отделение патологии новорожденных, родившихся с МВ. 16 детей родились в срок, 8 детей преждевременно, все имели меньший вес относительно своего срока гестации. Изучен анамнез, соматический статус и структура патологии в периоде новорожденности.

**Результаты:** по структуре заболеваемости было выявлено, что у новорожденных с МВ и заболевших в неонатальном периоде, в первую очередь выявлено поражение со стороны центральной нервной системы в виде гипоксически-ишемической энцефалопатии (79,2%). Другие заболевания распределены следующим образом: конъюгационная желтуха — 15 случаев (62,5%), бронхопневмония — 12 (50,0%), анемия у 8 детей (33,3%), внутриутробное инфицирование — 7 (29,2%), пневмопатия — 6 (25,0%), острый бронхит — 2 (8,3%). По одному случаю — инфекционно-токсическая энцефалопатия, сочетанная цереброспинальная травма, синдром дыхательных расстройств и врожденный порок сердца (4,2%). Основным фооновым состоянием у этих детей является МВ, как результат задержки внутриутробного развития. Высокий процент конъюгационной желтухи указывает на недостаточное развитие печеночных клеток. Анемия наблюдается у этих детей в 70,8%, как результат серьезных нарушений со стороны гемопоэза и недостаточности микроэлементов [3].

**Выводы:** таким образом, в период беременности значительно возрастает потребность в минералах и питание женщины во время беременности определяет как ее собственное здоровье, так и полноценное здоровье, и развитие будущего ребенка. Дети с МВ, независимо от их доношенности или недоношенности, отличаются низкими адаптационными возможностями в период адаптации, большей подверженностью к различным заболеваниям. Особенно уязвимыми в этом плане являются центральная нервная система, печень и дыхательная система.

#### Литература

1. Арипджанова М.Н., Аюпова Ф.М. Особенности изменения микроэлементного состава в системе мать-плацента-плод при гестозах с синдромом задержки развития плода // Патология. 2013. № 2. С. 37–40.
2. Сайгитов З.Т. Микронутриенты и физическое развитие ребенка: мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований / З. Т. Сайгитов. Вопросы современной педиатрии. 2008. № 3. С. 58–65.
3. Arredondo M., Martinez R., Nunez M.T. et al. Inhibition of iron and copper uptake by iron, copper and zinc. Biol. Res. 2006; 39: 95–102.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИТАМИН Д ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

Хузина Р.Р., Баранова А.С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Туш Е.В.

Кафедра госпитальной педиатрии

Приволжский исследовательский медицинский университет

**Актуальность исследования:** для своевременной диагностики витамин Д дефицитных состояний важна правильная оценка корреляционной зависимости показателей фосфорно-кальциевого обмена от степени недостаточности витамина Д [1].

**Цели исследования:** установить корреляционную зависимость показателей фосфорно-кальциевого обмена от степени недостаточности витамина Д.

**Материалы и методы:** за период 2016–2019 гг. были проанализированы уровни кальция, фосфора и 25 (ОН)D крови 60 детей с подозрением на недостаточность витамина Д в возрасте 1–17 лет, проживающих в Нижегородской области. Проведена статистическая обработка данных при помощи программы STATGRAPHICS.

**Результаты:** у 49(83%) обследованных детей уровень 25(OH)D ниже 30 нг/мл, что соответствует недостаточности витамина Д, из них у 16(32%) уровень 25(OH)D ниже 20 нг/мл, что соответствует дефициту витамина Д. Средний уровень 25(OH)D в крови  $20,91 \pm 0,12$  нг/мл. Уровень кальция крови обследованных детей ниже нормы в 10(17%) случаев, уровень фосфатов крови обследованных был повышен в 39(65%) случаев. При дефиците витамина Д средний уровень кальция крови составил  $2,51 \pm 0,15$  ммоль/л, при недостаточности витамина Д —  $2,41 \pm 0,09$  ммоль/л, при нормальном уровне витамина Д (выше 30 нг/мл) —  $2,54 \pm 0,06$  ммоль/л. Корреляция между уровнем кальция и 25(OH)D крови статистически недостоверна:  $r=0,21$ ,  $p=0,4239$ . При дефиците витамина Д средний уровень фосфора крови равен  $1,49 \pm 0,22$  ммоль/л, при недостаточности и нормальном уровне витамина Д —  $1,77 \pm 0,21$  ммоль/л. Установлена зависимость в виде тенденции между уровнем витамина Д и фосфора крови:  $r=0,46$ ,  $p=0,0679$ .

**Выводы:** у большинства детей с недостаточностью и дефицитом витамина Д отмечается нормальный уровень кальция крови, но повышение уровня фосфатов, а корреляция между уровнем фосфора и 25(OH)D в сыворотке крови:  $r=0,46$ ,  $p=0,0679$ . Таким образом, уровень фосфатов крови является более чувствительным индикатором недостаточности витамина Д.

#### Литература

1. Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: национальное руководство / под ред. А.А. Баранова, В.А. Тутельян: 2017. 46 с.

## ПРОБЛЕМА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ КРАНИОСИНОСТОЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

*Шевченко А.В.*

Научные руководители: к. м. н., ассистент Сахно Л.В.1,  
преподаватель-исследователь Иванов В.П. 2  
Кафедра поликлинической педиатрии им. академика А.Ф. Тура  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет 1  
НМИЦ им. В.А. Алмазова2

**Актуальность исследования:** краниосиностоз (КС)—это преждевременное зарастание швов черепа, что приводит к его деформации [2]. Распространенность данной патологии 1,1 на 1000 новорожденных [1]. Оптимальными сроками лечения является возраст 3–7 месяцев [3]. До 3 месяцев проводится малоинвазивное вмешательство.

**Цели исследования:** выявить сигнальные симптомы и возможности ранней диагностики КС у детей.

**Материалы и методы:** методом анкетирования родителей 108 пациентов с КС, проходивших лечение в отделении нейрохирургии для детей № 7 (33,6% Ж и 66,4% М), а также на основании анализа их историй болезни, мы определили значимые симптомы, реальные сроки постановки диагноза и проведения хирургической коррекции.

**Результаты:** Средний возраст постановки диагноза составил 5 месяцев (средний возраст на момент нейрохирургической операции — 16 месяцев), в подавляющем большинстве случаев (65,9% из 108 респондентов) матери самостоятельно обращались к нейрохирургу с жалобами на деформацию черепа, отставание в психомоторном развитии, головные боли. И лишь в 2,3% диагноз был поставлен педиатром (25%-невролог; 2,3% — акушер-гинеколог; рентгенолог; 1,1% — хирург; мануальный терапевт). К сигнальным симптомам относится: гиперостоз по ходу зарастания швов, специфическая деформация (скафоцефалия, тригоноцефалия, плагиоцефалия), преждевременное закрытие родничка или его деформация, экзофтальм (за счет деформации средней зоны лица), развитие ВЧГ.

**Выводы:** поздняя постановка диагноза определяет невозможность малоинвазивного лечения. Наличие сигнальных симптомов, а также специфический процесс деформации должны настораживать участковых педиатров и специалистов первичного амбулаторного звена. Таких пациентов необходимо направлять к нейрохирургу до 6 месяцев жизни, что обеспечит своевременное проведение нейрохирургической операции и быструю реабилитацию детей с КС.