

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 зарращения 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.

Литература

1. А.А. Суфианов, С.С. –Х. Гаибов, Р.А. Суфианов. Несиндромальные краниостенозы: современное состояние проблемы. 2013. С. 5.
2. Гринберг М.С. Нейрохирургия. 2010. С. 73.
3. David H. Harter, David A. Staffenberg. Nonsyndromic synostosis: overview. 2016. С. 6.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЕВ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
В КРЫМУ**

Эмирсалиева Н.С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Ивановский С.В., аспирант Жогова О.В.
Кафедра педиатрии с курсом детских инфекций
Медицинская академия им.С.И. Георгиевского, «КФУ им. В.И. Вернадского»

Актуальность исследования: ПБ (периодическую болезнь) — это редкое малоизученное аутовоспалительное заболевание, передающееся по аутосомно-рецессивному типу, проявляющееся периодическими приступами лихорадки. Ряд случаев отмечены в Крыму. Известно, что ПБ — это региональное наследственное заболевание.

Цель исследования: изучить особенности течения ПБ у жителей Крыма, а также эффективность терапии.

Материалы и методы: нами было обследовано 22 пациента с предполагаемым диагнозом ПБ в возрасте от 1,5 до 11 лет. Из всех пациентов крымских татар — 20, армян — 2.

Результаты: В Республике Крым и Севастополе с 2015 года выявлено 22 ребенка с подозрением на ПБ. В ходе обследования выявлена цикличность клинических проявлений заболевания. Встретились семейные случаи. По результатам генетического обследования у 16 больных выявлены мутации гена MEFV в десятом экзоне (в том числе 2 гомозиготы), у 6 — генетические исследования в работе. Все больные начинали терапию колхицином, кроме 2 пациентов, которые сразу стали получать тоцилизумаб. 3 детей получают канакинумаб в связи с неэффективностью колхицина. Пациенты с мутацией в гетерозиготном состоянии дали ответ на терапию колхицином, а в гомозиготном полностью купировать клинику не удалось.

Выводы:

1. В настоящее время в Крыму выявлено 16 случаев заболевания, 15 из них — крымские татары. 2. Отмечена разница в течении болезни у гомо- и гетерозигот. 3. Необходимо продолжить работу по выявлению периодических лихорадок, в том числе среди родственников 1 и 2 линии пациентов с диагнозом ПБ.

Литература

1. Арутюнян В.М., Акопян Г.С. Периодическая болезнь.

**ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ
У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ**

Якименко А.И., Грачёва А.В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Саркисян Е.А.
Кафедра госпитальной педиатрии им. В.А. Таболина
РНМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность исследования: острый гематогенный остеомиелит у новорождённых имеет существенные отличия, обусловленные анатомо-физиологическими, иммунологическими, микробиологическими особенностями больных этой группы [2].

Снижение настороженности к этой редкой, тяжёлой патологии может способствовать её поздней диагностике [3].