



СТАТУС ВИТАМИНА D И КЛИНИКО-
ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Кулдашев С.Ф.,
Мухамадиева Л.А.

Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

Введение. Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) остаётся одной из ведущих причин приобретённых пороков сердца у детей в странах Центральной Азии. Витамин D, помимо регуляции кальций-фосфорного обмена, обладает иммуномодулирующим действием и влияет на продукцию провоспалительных цитокинов, однако его обеспеченность у детей с ОРЛ в нашем регионе изучена недостаточно. Цель исследования — оценить уровень витамина D у детей с ОРЛ и сопоставить его с клинико-лабораторными проявлениями заболевания.

Материал и методы. Обследовано 157 детей в возрасте 5–15 лет с ОРЛ, находившихся на лечении в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета в 2020–2025 гг. Диагноз устанавливали по критериям Киселя–Джонса в модификации Ассоциации ревматологов России (2003). У 60 детей определяли уровень 25(OH)D в сыворотке крови методом жидкостной хроматографии, также исследовали С-реактивный белок (СРБ), титр АСЛО, общий и альбумин-скорректированный кальций, фосфор и цитокины (IL-1 β , IL-6, INF- γ) методом ИФА. Статистическая обработка выполнена в программе StatTech.

UNIVERSAL INSIGHTS CONFERENCE ON SCIENCE AND SOCIETY

international scientific conference

Результаты. Среди больных преобладали мальчики (54%), дети 5–10 лет и сельские жители (84%). Из больших критериев чаще всего встречалась хоррея — у 44 детей (28%), кардит выявлен у 35 (22,3%), в том числе субклинический (митральная и трикуспидальная регургитация по данным ЭхоКГ), артрит — у 3 (1,9%). У всех детей диагностирована сопутствующая инфекционно-алиментарная анемия I–II степени. В лабораторных показателях отмечено повышение СРБ в 2–3 раза, высокий титр АСЛО, гипокальциемия и гипофосфатемия, а также повышение IL-1 β , IL-6 и INF- γ во всех возрастных группах. Выраженный дефицит витамина D (менее 20 нг/мл) выявлен у 13 детей (21,7%; средний уровень $17,38 \pm 0,93$ нг/мл), недостаточность (20–30 нг/мл) — у 34 (56,7%; $23,90 \pm 0,44$ нг/мл), адекватный уровень — лишь у 13 (21,7%; $45,10 \pm 4,80$ нг/мл). Таким образом, низкая обеспеченность витамином D имела место у 78,4% обследованных.

Обсуждение. Полученная частота низкой обеспеченности витамином D (78,4%) сопоставима с данными о широкой распространённости его дефицита у детей и, вероятно, усиливается у больных ОРЛ сочетанием активного воспаления, анемии и преобладанием сельских жителей с несбалансированным питанием. Учитывая иммуномодулирующую роль витамина D и сопутствующие гипокальциемию и гипофосфатемию, его дефицит может отягощать течение ОРЛ и нарушать минерализацию костной ткани. Следовательно, определение 25(OH)D целесообразно включить в стандарт обследования детей с ОРЛ, особенно при сниженном уровне кальция, а выявленный дефицит корректировать дифференцированными дозами холекальциферола (2000–3000 МЕ/сут в зависимости от исходного уровня).