

4. Xiao, X. Inhibition of nuclear factor-kappa B enhances the tumor growth of ovarian cancer cell line derived from a low-grade papillary serous carcinoma in p53-independent pathway / X. Xiao [et al.] // BMC Cancer. 2016. – №6. – P. 582.
5. Cleaved caspase-3 and nuclear factor-kappaB p65 are prognostic factors in metastatic serous ovarian carcinoma / L. Kleinberg [et al.] // Hum. Pathol.– 2009. № 40. – P. 795-806.

### Summary

#### EVALUATION OF NF-κB TRANSCRIPTONN FACTOR EXPRESSION IN OVARAN NEOPLASMS

*Shulga A.V., Bogomazov V.V.*

*Grodno State Medical University, Grodno*

Clinical significance of NF-κB expression in ovarian cancer is unknown. We hypothesized that the NF-κB pathway is over-activated in aggressive ovarian cancers. We examined the expression of NF-κB in 98 cases of ovarian neoplasms (both malignant and benign) and find that there was no correlation between NF-κB expression and tumor malignancy.

#### ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА D У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Юхновская И.А.<sup>1,2</sup>, Ненартович И.А.<sup>1</sup>, Почкайло А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск

<sup>2</sup>УЗ «Воложинская центральная районная больница», г. Воложин  
irinayuchnov05@gmail.com, i.nenartovich@vnauke.by

**Введение.** Дефицит витамина D признан важной проблемой общественного здоровья во всем мире. Недоношенные дети являются особенно уязвимой группой по развитию дефицита витамина D вследствие наличия у них широкого спектра соответствующих факторов риска и нуждаются в его дотации, начиная с первых дней жизни [1].

Обеспеченность новорожденного витамином D зависит от срока гестации и уровня материнского 25(ОН)D, поскольку УОку плод получает витамин D от матери [4, 5]. У недоношенных дефицит витамина D может привести к развитию остеопении недоношенных [2], частота которой достигает 55% у детей, рожденных с массой

менее 1000 г. Также дефицит витамина Д у недоношенных может быть связан с повышенным риском респираторного дистресс-синдрома [3], респираторных инфекций, бронхолегочной дисплазии, задержки физического развития [4].

Для профилактики дефицита витамина Д у детей, рожденных недоношенными, предложен дифференцированный подход [5]. Детям с гестационным возрастом менее 32 недель рекомендовано начинать дотацию витамина Д в дозе 800 МЕ в сутки с первых дней жизни вне зависимости от характера вскармливания (в случае, если энтеральное питание возможно). Необходим лабораторный контроль уровня 25(ОН)Д в крови во время лечения в условиях стационара и на амбулаторном этапе. Первый анализ следует выполнить через 4 недели после начала приема витамина Д. Риск гипervитаминоза Д появляется, если суммарное поступление витамина Д (с пищей и в виде лекарственного средства) достигает 1000 МЕ в день, особенно у детей с массой при рождении менее 1000 г. Тем новорожденным, гестационный возраст которых находится в пределах 33-36 недель, рекомендован прием витамина Д в дозе 400 МЕ в день с первых дней жизни, независимо от характера вскармливания. У этой группы детей нет необходимости рутинного определения концентрации 25(ОН)Д в крови. Дотация витамина Д с контролем его содержания в крови у таких пациентов проводится только при наличии факторов риска: парентеральное питание более 2 недель, прием кетоконазола более 2 недель, применение антиконвульсантов, наличие холестаза; масса при рождении менее 1500 г. Дотация витамина Д в соответствии с современными рекомендациями осуществляется на протяжении всего детского возраста, продолжаясь во взрослом возрасте [5].

**Цель исследования:** проанализировать фактическую практику профилактического применения витамина Д у недоношенных детей на амбулаторном этапе их ведения.

**Материалы и методы:** осуществлено ведение на амбулаторном этапе 20 детей, рожденных недоношенными в период 2014-2017 г. г., из числа пациентов поликлиники УЗ «Воложинская ЦРБ», а также ретроспективный анализ индивидуальных историй развития данных пациентов, сбор анамнеза при беседе с родителями.

**Результаты исследования.** Гестационный возраст детей колебался в интервале 28-36 недель (медиана – 35 недель): у 35% детей (7/20) – менее 32 недель, у 65% (13/20) – более 32 недель.

На исключительно грудном вскармливании на протяжении первого года жизни находился 1 ребенок, рожденный в сроке гестации 33 недели. Смешанное вскармливание получали 35% (7/20) детей, на искусственном вскармливании находилось 60% (12/20) детей. Специализированные смеси для недоношенных («Пре») при смешанном и искусственном вскармливании на амбулаторном этапе получали 95% детей.

Витамин Д в виде холекальциферола в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки получали все дети, начиная с паспортного возраста от 1 до 5 месяцев (медиана – 1,5 месяца). Более поздний старт приема витамина Д может быть объяснен сезонностью: 50% (10/20 детей) были рождены в период с мая по сентябрь, который традиционно расценивается населением в качестве благоприятного для естественного процесса эндогенного синтеза витамина Д, когда дополнительная дотация витамина Д не целесообразна. Продолжительность приема витамина Д у обследованных пациентов варьировала до достижения детьми паспортного возраста от 9 до 23 месяцев, что объясняется низкой приверженностью родителей и осознанным прекращением его дальнейшей дотации ребенку вопреки рекомендациям врача-специалиста.

Лабораторный контроль уровня 25(ОН)Д в крови не осуществлялся у обследованных пациентов.

**Выводы.** Все дети, включенные в настоящее исследование, получали на первом году жизни витамин Д вне зависимости от характера вскармливания, что соответствует современным международным рекомендациям. Однако профилактический прием витамина Д у большинства пациентов осуществлялся не с первых дней жизни, а позднее и был прерван по инициативе родителей. Целесообразным представляется продолжить работу по повышению осведомленности родителей недоношенных детей о современных подходах к профилактике дефицита витамина Д, а также способствовать внедрению в клиническую практику метода лабораторной оценки статуса обеспеченности витамином Д и его проведению по медицинским показаниям в группах риска по развитию дефицита или избытка витамина Д.

### Литература

1. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике рахита у детей : учеб.-метод. пособие / А.С. Почкайло [и др.]. – Минск, 2014. – 72 с.
2. Яцык, Г.В. Применение витамина Д при рахите у недоношенных детей / Г.В. Яцык, И.А. Беляева, С.Ю. Шатская // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 5 – С. 45– 49.
3. Serum level of vitamin D in preterm infants and its association with premature-related respiratory complications: a case-control study / H. Boskabadi, G. Mamoori, S. Fatemeh Khatami, R. Faramarzi / Electron Physician. 2018 Jan; 10(1) : 6208-6214. doi: [10.19082/6208]
4. Monitored supplementation of vitamin D in preterm infants (MOSVID trial) : study protocol for a randomised controlled trial / A. Kołodziejczyk, M.K. Borszewska-Kornacka, J. Seliga-Siwecka / Trials.– 2017.– 18. doi: [10.1186/s13063-017-2141-y].
5. Vitamin D Supplementation Guidelines for General Population and Groups at Risk of Vitamin D Deficiency in Poland – Recommendations of the Polish Society of Pediatric Endocrinology and Diabetes and the Expert Panel With Participation of National Specialist Consultants and Representatives of Scientific Societies 2018 Update. – doi: 10.3389/fendo.2018.00246.

### Summary

#### **PROPHYLACTIC VITAMIN D SUPPLEMENTATION IN PREMATURE INFANTS AT THE OUT-PATIENT STAGE**

Yuchnovskaja I.A., Nenartovich I.A., Pachkaila A.S.

*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk*

*Volozhin Central District Hospital, Volozhin*

The article presents an analysis of the actual vitamin D supplementation in premature babies in the outpatient setting compared with current international standards.