

ПО ПОВОДУ СТАТЬИ Е. В. НЕУДАХИНА И В. А. АГЕЙКИНА «СПОРНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РАХИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ»

НИИ педиатрии ГУ НЦ ЗД РАМН, Москва

По-видимому, спорных вопросов рахита не столь много, как может показаться на первый взгляд. Авторы обсуждаемой статьи слишком много внимания уделяют дифференциации между понятиями «болезнь» и «синдром» применительно к рахиту. В то же время совершенно ясно, что рахита как такового (не уточненного) попросту не существует.

На практике имеется целая группа болезней, которые необходимо диагностировать и отличать одну от другой. В их числе: 1) витамин D-дефицитный рахит, 2) витамин D-зависимый рахит, 3) витамин D-резистентный рахит, 4) рахит недоношенных детей (остеопения маловесных детей). Последнюю разновидность рахита следует отличать от обычного витамин D-дефицитного рахита у недоношенных детей. Объединять все эти болезни, отличающиеся по этиологии, патогенезу и подходу к терапии и профилактике, под термином «рахит» совершенно нелепо. Витамин D-зависимый и витамин D-резистентный рахит вообще не имеют прямого отношения к витамин D-дефицитному рахиту. По этой же причине определение рахита должно быть узкоспецифичным для каждой его разновидности. В любом случае ни одна из разновидностей рахита не должна рассматриваться с синдромологических позиций.

На практике детским врачам приходится иметь дело с витамин D-дефицитным рахитом, который авторы ста-

тии называют «младенческим» или «классическим». Такая терминология не может считаться правомочной. Во избежание путаницы и смешения различных понятий слово «рахит» необходимо использовать с обязательным уточнением его типа (как указано выше). Вообще витамин D-дефицитный рахит является ярким примером мультидисциплинарного подхода к заболеваниям детей грудного и раннего возраста, привлекая интерес врачей различных педиатрических специальностей (педиатров, неврологов, диетологов, ортопедов и др.). Профилактика и лечение рахита должна осуществляться детскими врачами любой субспециализации.

К большому сожалению, врачей-акушеров вряд ли можно включить в состав «медицинской команды», занимающейся проблемами рахита. Ведь в настоящее время антенаатальная профилактика витамин D-дефицитного рахита и рахита недоношенных детей посредством назначения беременным препаратов витамина D рекомендуется и осуществляется казуистически редко.

Трудно согласиться с утверждением авторов обсуждаемой статьи по поводу цитируемого содержания в грудном молоке витамина D (40—70 МЕ в 1 л). Из данных, представленных в современной литературе известно, что содержание указанного витамина в женском молоке редко достигает 40 МЕ, а чаще оказывается в несколько раз меньше. Обогащение заменителей грудного молока вита-

мином D (из расчета 400—500 МЕ на 1 л готового к употреблению продукта) также не решает проблему обеспеченности детей этим эссенциальным веществом.

Одновременное существование *классификации* рахита по Дулицкому С. О. (1947) и по Лукьяновой Е. М. с соавт. (1988) совершенно не является взаимоисключающим, хотя большинство педиатров предпочитает «старый», но более удобный и хорошо себя зарекомендовавший за многие годы вариант. Более новая классификация «грешит» тем, что в одной группе предлагается рассматривать целую группу болезней с различной этиологией и патогенезом. Тем не менее попытка рассматривать кальцийпенический, фосфорпенический варианты течения болезни, а также вариант без нарушения метаболизма указанных минеральных веществ (при наличии возможности обеспечить адекватное лабораторное обследование ребенка) выглядит весьма привлекательной.

Опыт, накопленный в НИИ педиатрии ГУ НЦЗД РАМН позволяет сделать заключение о предпочтительности витамина D растительного происхождения по сравнению с формой витамина D животного происхождения. Широко практикуемый в России за последние годы отказ от использования витамина D₂ (эрекальциферол) в пользу применения D₃ (холекальциферол) не может расцениваться как правильное решение на том лишь основании, что холекальциферол — наиболее распространенная форма препарата во всем мире. Доступность препаратов витамина D зарубежного производства (это преимущественно различные формы холекальциферола) контрастирует с крайне низкой распространенностью в России отечественного эргокальциферола, что не может вызвать закономерного недоумения.

Напомню, что передозировки витамина D в прошлом были сопряжены с использованием именно витамина D₃. В этом ключе имеет смысл упомянуть так называемую «stoss-терапию» (массивные дозы в течение короткого времени — полная курсовая лечебная доза витамина за 24 ч), популярную в недавнем прошлом в различных странах Европы. Хотя в наши дни подобное лечение считается не вполне физиологичным, некое подобие этой практики мы находим в рекомендациях по использованию французского препарата «витамин D₃-БОН», который производители предлагают вводить в количестве 200 000—400 000 МЕ (орально или внутримышечно) один раз в 6 месяцев, причем с профилактической целью.

Не лишним будет напомнить, что именно российской школе педиатрии принадлежат грандиозные достижения в области изучения рахита, разработке профилактики

и лечения этого заболевания. Ведь еще в начале XX века русский врач И. Шабад первым в истории опубликовал доказательные с научной точки зрения труды, посвященные проблеме профилактики и лечения рахита у детей.

Витамин D₂ (эрекальциферол в масляном и спиртовом растворах), производимый почти исключительно в Российской Федерации, является уникальным по эффективности средством для профилактики и терапии витамина D-дефицитного рахита. Тот факт, что в последние годы его нередко игнорируют, вызывает глубокое сожаление. В настоящее время в ГУ НЦЗД РАМН запланировано выполнение диссертационной работы, в ходе которой проводимые исследования позволят объективно определить особенности метаболизма и клинического эффекта различных режимов использования обоих форм препарата — эргокальциферола и холекальциферола.

Низкие лечебные дозы витамина D — приемлемое решение, если при этом достигается требуемая курсовая доза (600 000—1 000 000 МЕ в зависимости от степени выраженности рахита), но не гарантируют комплаенса со стороны родителей грудничков и детей раннего возраста.

Что касается профилактического приема витамина D, то не вполне ясно, каким образом планируется достигнуть курсовой (профилактической) дозы при приеме препарата по 400—500 МЕ и исключительно в осенне-зимне-весенний периоде, если следовать упомянутым авторами рекомендациям. При подобных рекомендациях за 9 месяцев дети получат лишь 100—135 тыс. МЕ витамина, что в 2—3 раза меньше стандартной профилактической дозы. Понятно, вполне закономерным явлением выглядит тот факт, что, например, во Франции, где климатические условия не в пример более благоприятны, чем на большей части территории современной России, распространность витамина D-дефицитного рахита достигает 40% даже среди детей, получавших препараты витамина D с профилактической целью.

Аналогичным образом дело обстоит и с лечением витамина D-дефицитного рахита. Ведь 3 месяца (90 дней) по 4000 МЕ обеспечивают ребенка с витамином D-дефицитным рахитом I степени всего 360 тыс. МЕ препарата, что, в совокупности со 135 тыс. МЕ витамина D, полученными профилактически, не позволяет достичь даже 500 тыс. МЕ. А ведь известно, что для лечения рахита I степени требуется не менее 600 тыс. МЕ. Другие же режимы предусматривают не увеличение дозы препарата, а уменьшение дозировки с одновременным сокращением времени приема витамина D.