

© Таточенко В. К., Чумакова О. В., 2003

В. К. Таточенко, О. В. Чумакова

К ДИСКУССИИ О РАХИТЕ В СТАТЬЕ Е. В. НЕУДАХИНА И В. А. АГЕЙКИНА «СПОРНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РАХИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ»

НЦЗД РАМН, Москва

Статья Е. В. Неудахина и В. А. Агейкина поднимает важный вопрос о рахите — с нашей точки зрения, в этой проблеме важнее всего выработка и всемерное распространение согласованных рекомендаций, которые смогли бы упростить и повысить эффективность профилактики и лечения рахита.

Дискуссия о том, что такое болезнь и что такое синдром, поднятая в статье, интересна, но к рахиту она имеет лишь косвенное отношение, запутывая достаточно ясный вопрос: экзогенный дефицит витамина D (или дефицит солнечных лучей) при «младенческом дефицитном рахите» является этиологией болезни, а дефицит витамина D в организме — патогенетическим фактором.

Нет и проблемы с терминологией — сами авторы перечисляют термины витамин D-дефицитный рахит, витамин D-зависимый рахит 1-го и 2-го типа, фосфатдиабет и др., которые приняты в мировой литературе; у педиатров России нет оснований ими не пользоваться. Термин «рахитоподобные заболевания» — собирательный, как диагноз он не используется.

Включать в классификацию рахита все указанные выше формы неразумно, так как классифицировать следует конкретные заболевания, а здесь речь идет о совершенно разных болезнях. Очевидно, что старинный термин «рахит» используется для обозначения многих из этих форм, сопровождающихся характерными изменениями скелета, легко расшифровываемых при современных возможностях; но что плохого в использовании старого термина? Мы же, например, не включаем в одну классификацию полдюжины разных инфекций, в названии которых есть термин «тиф».

Что касается вариантов D-дефицитного рахита (гипофосфо- или гипокальциемический и др.), каждый автор волен обращать на них внимание, но диагноз они не меняют. Слово «младенческий» перед витамин D-дефицитным рахитом излишне — возраст больного говорит сам за себя. Термин «врожденный» рахит неудачен, хотя иногда признаки рахита видны у новорожденного — но ведь это витамин D-дефицитный рахит, только дефицит еще внутриутробный. И здесь возраст больного говорит сам за себя.

То, что дефицит витамина D развивается при целиакии и ряде других болезней, не меняет ничего — ведь мы его восполняем, а выносить ли в этих случаях «витамин D-дефицитный рахит» в диагноз — вопрос вкуса.

Классификация С. О. Дулицкого вполне пригодна, хотя степени рахита можно различить только в фазе разгара. Может быть, стоит указать, что при III степени больного следует обследовать на «рахитоподобные» заболевания.

Что касается понятий «остеопороз», «остеопения», «остеомаляция», то они достаточно четко очерчены

и разграничены, и как варианты нарушений фосфорно-кальциевого обмена являются клиническим проявлением и витамин D-дефицитного рахита, и «рахитоподобных заболеваний».

В обсуждении проблем *лечения и профилактики* витамина D-дефицитного рахита вопрос об общей дозе не является спорным. Давно доказано, что профилактически в течение первых 18 месяцев жизни ребенок нуждается в 600 000 МЕ, т.е. около 1000 МЕ в день. Указывать цифры, мало отличающиеся от этой (800 МЕ, 1200 МЕ и др.), только путает врача, вряд ли можно доказать их преимущество, тем более, что дозируем мы витамин D не очень точно. С учетом характера вскармливания (и дозы витамина D в сухих смесях) нетрудно рассчитать дополнительную потребность в витамине. Таков же порядок дозы, требуемой для лечения рахита, — от 400 000 до 1 млн МЕ при разной степени тяжести болезни.

Что действительно требует изменения, так это ежедневное введение витамина D по 1 капле в день — в повседневной практике приходится видеть массу детей, у которых такая методика не предотвращает рахита. Возможно, при этом играет роль недостаточная массивность дозы (ее роль хорошо прослеживается при витамин D-зависимом рахите 1-го типа), в ряде случаев капля слишком мала, возможна и нерегулярность введения препарата из-за усталости матери в выполнении этой процедуры в течение длительного срока.

Введению этой методики способствовало представление о легкости развития гипервитаминоза D при применении «ударных доз» — 600 000 МЕ сразу. Действительно, у небольшого процента детей такая доза вызывает преходящую гиперкальциемию без клинических проявлений. Поэтому во многих странах используется «половударная методика» — введение 100 000 МЕ витамина D каждые 3 месяца, начиная с возраста 1 месяца (у недоношенных — 2 недели). Выполненные в 80-х годах работы показали, что при введении таких доз гиперкальциемия не развивается. Детям, вскармливаемым сухими смесями с 400—500 МЕ витамина D в дневной порции, можно вводить витамин D по 50 000 МЕ каждые 3 месяца.

Для лечения рахита также лучше использовать суточные дозы витамина D в 50 000—100 000 МЕ, что намного надежнее, чем рекомендуемый в Методическом письме Минздрава 1—3-месячный курс по 2000—4000 МЕ.

Перспективным является использование активных метаболитов витамина D (оксидевит, α -D₃-тева, рокальтрол), главным образом, при лечении «рахитоподобных заболеваний». Витамин D-зависимый рахит 1-го типа (тип Прадера) требует назначения исключительно активных метаболитов витамина D, в частности, рокальтрола.