

Г. А. Самсыгина

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

Российский государственный медицинский университет, Москва

Настоящий период развития медицины характеризуется насущной потребностью в создании единых протоколов и формулляров для учета и лечения больных. Но их эффективная разработка невозможна без унификации терминологии, классификационного деления, стандартизации методов и критерии диагностики и методов лечения. Отсюда понятна та озабоченность, которая стала звучать в ряде работ, посвященных, казалось бы, хорошо изученным вопросам. К таким вопросам относится и проблема рахита.

Заболевание, давно и хорошо известное врачам, рахит, тем не менее, нес различную смысловую нагрузку на протяжении XX века. Если в первой половине XX столетия рахит рассматривался только как заболевание, обусловленное эндогенным и/или экзогенным дефицитом витамина D, то в 60—70-е годы бурное развитие биохимии привело к раскрытию основ развития так называемых рахитоподобных заболеваний, прежде всего тубулопатий, которые, будучи наследственно обусловленными ферментопатиями, имели принципиально иной патогенез и требовали иного подхода к терапии. Появился термин витамин-D-резистентного рахита, который также объединил довольно значительную группу заболеваний и синдромов наследственного и приобретенного генеза.

Насколько можно понять, авторов статьи «Спорные теоретические и практические вопросы рахита» проф. Неудахина Е. В. и Агейкина В. А. в первую очередь не удовлетворяет эта «терминологическая каша», которая к тому же закреплена в классификации, предложенной в 1989—1991 гг. Думаю, что это правильная позиция. В настоящее время, когда достаточно хорошо изучены и описаны тубулопатии, а также нарушения фосфорно-кальциевого обмена при хронических заболеваниях почек, печени, кишечника, длительной медикаментозной терапии (например, фенобарбиталом), пришло время четко отделять эти заболевания и синдромы от болезни, получившей название рахит. Причем, хотелось бы подчеркнуть, что это не сколастические рассуждения. Четкость и научная обоснованность терминов определяет четкость критериев диагноза и обоснованность терапии. Например, название рахитоподобных заболеваний явились одной из причин (наряду с другими факторами) использования повышенных доз витамина D и появления

волны передозировок витамина D (гипервитаминоз D) в 60—70-е годы. В настоящее время эта патология, к счастью, стала редкостью.

Мы согласны с трактовкой определения рахита авторами статьи. Но считаем целесообразным внести некоторые уточнения. Предлагаем следующее определение: под рахитом следует понимать заболевание раннего детского возраста, обусловленное недостаточным поступлением и/или образованием в организме витамина D и характеризующееся нарушением костеобразования и функций других органов и систем вследствие нарушения фосфорно-кальциевого обмена.

При этом нам представляется неподходящим введение таких терминов, как «младенческий» и «классический» рахит, которые скорее несут эмоциональную, чем информационную нагрузку. Поясню данное положение.

Рахит, безусловно, является заболеванием растущего организма. Но в современных условиях реальный дефицит витамина D, обусловленный недостаточным поступлением или образованием его в организме, возможен только в раннем детском возрасте, в большинстве случаев на первом году жизни, что объективно связано с особенностями питания и образа жизни ребенка в этот возрастной период. В последующие возрастные периоды растущего детского организма развитие дефицита витамина D возможно только в особых условиях (войны, глобальные катастрофы, эпидемия голода и др.).

Введение термина «классический» предполагает наличие «неклассических» форм, т.е. мы возвращаемся к тем же витамин-D-резистентным заболеваниям и синдромам, которые клинически могут быть сходны с рахитом в силу общности патогенеза, а именно нарушения фосфорно-кальциевого обмена. Но при этом при тубулопатиях, например, дефицит витамина D отсутствует, а при хронических заболеваниях печени и почек, длительном приеме фенобарбитала поступление через кишечник и андрогенное образование витамина D в организме не изменено, а нарушен его метаболизм — образование активных метаболитов. При хронических заболеваниях кишечника поступление с пищей и образование витамина D в организме и его метаболизм нормальны, но страдает его транспорт через стенку кишечника. Очевидно, что различия этиологии и патогенеза этих заболеваний и состояний диктуют

кардинально различные программы терапии и определяют различие критерии диагноза. К тому же рахитоподобные заболевания и синдромы имеют самостоятельные коды в МКБ X, и терминологическая чехарда создает серьезные трудности в учете данной патологии.

Учитывая все вышесказанное, нельзя не согласиться с Неудахиным Е. В. и Агейкиным В. А. о необходимости пересмотра классификации рахита на современном этапе. Классификация, предложенная Е. М. Лукьяновой и включающая рахит (витамин-D-зависимый) и рахитоподобные состояния и заболевания (витамин-D-резистентные), в настоящее время явно не отвечает запросам практического здравоохранения. Она сыграла свою положительную роль на определенном этапе развития здравоохранения, обратив внимание педиатров на многоликость рахитического синдрома у детей, на необходимость дифференциального диагноза и дифференцированного подхода к терапии клинически сходных состояний, но в настоящее время утратила свое значение. Выделение в классификации кальцийпенического и фосфорпенического состояний просто бессмысленно, так как в подавляющем большинстве случаев рахит — это заболевание, которое диагностируется и лечится в амбулаторных условиях и практически исключает такое инвазивное вмешательство у маленького ребенка, как забор крови из вены на исследование. Причем выделение этих синдромов не оказывает существенного влияния на программу терапии рахита, а, следовательно, утрачивает практическое значение. Кроме того, мы согласны, что речь идет не о вариантах заболевания, а о стадиях метаболических расстройств в развитии рахита.

Хотелось бы поддержать позицию авторов о сомнительности целесообразности выделения врожденного рахита. Это исключительно редко встречающееся состояние (синдром). Для его диагноза необходимо документировать дефицит витамина D у беременной — ситуация сама по себе редкая, к тому же, как правило, компенсируемая плацентарным синтезом витамина. Чаще под maskой врож-

денного рахита проходят такие состояния, как врожденный остеопороз трубчатых костей, например, при врожденной вирусной инфекции, нарушенный остеогенез и др.

Нельзя не согласиться, на наш взгляд, с мнением авторов, что классификация С. О. Дулицкого является по-прежнему основой для классификации рахита у детей. Но тем не менее и она требует модификации и уточнения. В частности, на наш взгляд, необходимо уточнить с современных позиций медицины доказательств клинические критерии диагноза рахита и критерии I, II и III степеней рахита, соотнеся их только с фазой разгара. В фазе реконвалесценции, а тем более в начальной фазе, их выделение искусственно и не имеет практического значения.

И, наконец, спорные вопросы *лечения и профилактики* рахита у детей. Надо признать, что дифференциация рахита и рахитоподобных заболеваний, отказ от повышенных доз витамина D, использование более современных препаратов, в частности, витамина D<sub>3</sub>, с начала 90-х годов явно оказали положительное влияние. Значительно сократилась частота гипервитаминоза D у детей, снизилась частота самого рахита и тяжесть его проявлений. Таким образом, клиническая практика на деле доказала оправданность перехода на низкие лечебные дозы витамина D, рекомендуемые в методическом письме МЗ. Более широкое использование в питании детей первого года адаптированных молочных смесей также дало несомненный положительный результат. Наряду с этим следует отметить, что некоторые вопросы остаются нерешенными.

В частности, вопрос о сроках начала профилактики у недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении. Затем, изменение питания детей второго года жизни ставит вопрос о целесообразности двухлетнего периода проведения профилактики рахита. Думается, что широкое обсуждение спорных вопросов рахита будет действительно очень полезно для педиатрической врачебной практики и приведет к созданию отечественного консенсуса по данной проблеме.