

Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

ТЕМА: РАХИТ У ДЕТЕЙ СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ

Рзаева Тамара Элмановна

Подготовила: ведущий педагог кафедры

Спец предметов № 3 Чирчикского медицинского колледжа

АННОТАЦИЯ

Актуальность обсуждаемой проблемы состоит в том, что рахит является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой, так как имеет серьезные последствия, обуславливающие высокую заболеваемость детей, хоть и существует много способов профилактики рахита у детей, но таких больных не становится меньше. **Рахит** (rhahis - спинной хребет) - болезнь растущего организма, сущностью которой являются нарушения обмена электролитов, в первую очередь фосфорно-кальциевого, расстройства формирования скелета и функций ряда внутренних органов и систем. Рахит следует отнести к социальным болезням, так как частота и тяжесть его определяются социально-экономическими и гигиеническими условиями жизни, общим культурным уровнем населения, вскармливанием ребенка. Рахит особенно широко распространен в странах с умеренным климатом. В Западной Европе среди необеспеченных слоев населения рахит до недавнего времени наблюдался у 90 % детей, в зажиточных семьях - у 30 - 40 %. Тяжелые формы заболевания исчезли благодаря значительно возросшему материальному и культурному уровню населения, профилактическим и лечебным мероприятиям, широко проводимым в государственном масштабе. Несмотря на отсутствие тяжелых форм заболевания, рахит остается одной из важнейших форм патологии детей раннего возраста, так как и среднетяжелые и легкие формы заболевания значительно изменяют реактивность детского организма. У детей, больных рахитом, чаще возникают заболевания органов дыхания и пищеварения, отмечается склонность к более тяжелому, часто осложненному течению инфекционных процессов,



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

нередко переходящих в хронические формы. При среднетяжелом и тяжелом течении рахита дети отстают в развитии: поздно начинают сидеть, стоять, задерживается развитие психики. Рахит был известен в глубокой древности, однако первые описания клиники и патологической анатомии были даны только в XVII веке английским анатомом и ортопедом F. Glisson (1650). В дальнейшем клиническая симптоматология была дополнена С. Ф. Хотовицким (1847), А. А. Киселем (1887).

Р а х и т – заболевание детей раннего возраста, обусловленное нарушением регуляции фосфорно-кальциевого обмена и дефицитом витамина D, основным клиническим синдромом которого является поражение костной системы в виде нарушения костеобразования, правильного роста и минерализации костей.

Распространённость рахита

Рахит встречается во всём мире, но чаще всего его выявляют у народов Крайнего Севера. В этих районах не хватает солнечного света, а 90 % образующегося в организме витамина D вырабатывается в коже под влиянием ультрафиолета.

Одним из дискуссионных вопросов в проблеме рахита является его распространенность. Согласно большинству данных литературы, частота выявления витамин D-дефицитного рахита составляет 20-65% у детей первого года жизни в зависимости от климатогеографических условий (табл.1). В развитых странах (США, Япония и др.), в которых широко осуществляется витаминизация продуктов питания, витамин D-дефицитный рахит встречается значительно реже, чем в развивающихся странах. К сожалению, истинная распространенность витамин D-дефицитного рахита неизвестна, но среди детей, которые были госпитализированы в разные клиники США, витамин D-дефицитный рахит диагностируется в 5-9 случаев на 1 млн госпитализированных детей (Weisberg et al., 2004).

В последние годы высказывается точка зрения, что широкая витаминизация продуктов питания в развитых странах мира (США, Япония и др.) способствовала решению проблемы витамин D-дефицитного рахита. Однако, по мнению В.Ф. Демина (2001), эта точка зрения ошибочна. Улучшение условий жизни, выполнение врачебных рекомендаций по воспитанию ребенка, а также обогащение продуктов питания витамином D привели к значительному уменьшению частоты тяжелых и среднетяжелых форм



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

витамин D-дефицитного рахита. Частота же легких его форм остается очень высокой. Опытный врач-педиатр практически у каждого 3-4-месячного младенца выявит 2-3 не резко выраженных симптома рахита. В связи с этим, по мнению Е.В. Неудахина и А.В. Агейкина (2004), следует признать, что либо рахит встречается практически у 100% детей, либо его легкую степень следует рассматривать не как заболевание, а как парафизиологическое состояние (по типу конъюгационной желтухи новорожденных), самостоятельно исчезающее по мере созревания организма. Такая точка зрения позволит признать распространенность рахита на уровне 25-55%. Частота рахита в последние годы в России колеблется от 54 до 66% (Н.А. Коровина и соавт., 1998). Мнение о том, что первая степень рахита соответствует начальному периоду болезни не противоречит выше приведенной точке зрения.

Этиология. Рахит развивается вследствие воздействия на организм ребенка ряда факторов. Определяющим является дефицит кальция и фосфатов. К нему приводят:

- 1) повышенная потребность растущего организма в минеральных солях (фосфоре, кальции, марганце, меди, железе, цинке и др.), белках и витаминах (А, группы В, С, D, К);
 - 2) недоношенность, многоплодие (недоношенные дети рождаются с низким содержанием в костях минеральных элементов – их поступление в плод происходит в последние месяцы беременности);
 - 3) неправильное вскармливание ребенка (ранее искусственное вскармливание неадаптированными молочными смесями, несвоевременное введение прикорма, одностороннее углеводистое питание);
 - 4) нарушения транспорта фосфора и кальция в желудочно-кишечном тракте, почках, костях из-за функциональной незрелости ферментных систем или патологии этих органов;
 - 5) неблагоприятная экологическая обстановка (избыток в продуктах питания и воде стронция, цезия, свинца, цинка, приводящий к частичному замещению кальция в костях);
 - 6) эндокринные нарушения процессов костеобразования (возрастная дисфункция паращитовидных и щитовидных желез, гипопаратиреоз);
 - 7) экзо- и эндогенный дефицит витамина D;
 - 8) недостаточный двигательный режим;
- В группу риска по рахиту входят дети:



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

- Недоношенные или маловесные;
- Родившиеся с признаками морфофункциональной незрелости;
- С синдромом мальабсорбции;
- С судорожным синдромом, получающие противосудорожные препараты;
- Со сниженной двигательной активностью (парезы, параличи, двигательная иммобилизация);
- С хронической патологией печени, желчевыводящих путей;
- Часто болеющие;
- Находящиеся на раннем вскармливании молочными смесями;
- С отягощенной наследственностью по нарушениям фосфорно-кальциевого обмена;
- Из двоен или повторных родов с малыми промежутками между ними;

Патогенез. В развитии заболевания особое значение имеет нарушение фосфорно-кальциевого обмена, в регуляции которого главную роль играет витамин D. Существует несколько форм витамина D. Витамин D¹ поступает в организм ребенка с пищей. Витамин D₃ синтезируется в коже из провитамина D. Эти формы обладают малой противорахитической активностью. В дальнейшем в печени и почках образуются метаболиты, противорахитическая активность которых в 8-10 раз уменьшается исходные формы. При дефиците витамина D уменьшается синтез кальций связывающего белка, который обеспечивает транспорт кальция через кишечную стенку, в связи с чем уровень кальция в крови снижается. Гипокальциемия стимулирует деятельность паращитовидных желез, в результате чего повышается продукция паратгормона. Паратгормон, основной функцией которого является поддержание постоянного уровня кальция в крови, способствует усиленному выведению неорганического кальция из костей. Под влиянием повышенной секреции паратгормона снижается реабсорбция фосфора в почечных канальцах, что приводит к усиленному выделению фосфатов с мочой. Быстро развивается гипофосфатемия, снижается щелочной резерв крови и возникает ацидоз. В условиях ацидоза фосфорно-кальциевые соли не откладываются в остеоидной ткани. В результате вымывания солей кальция из костей и нарушения процессов обызвествления кости становятся мягкими и легко деформируются. Одновременно в зонах роста происходит разрастание неполноценной остеоидной ткани. Развившийся ацидоз приводит к нарушению функций центральной нервной системы и внутренних органов.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Снижается иммунологическая защита, что способствует частым заболеваниям и их затяжному течению.

Клиническая картина. По клиническому течению различают 3 степени тяжести рахита.

Рахит 1-й степени встречается более чем у 60% детей первого года жизни. Она характеризуется минимальными костными изменениями на фоне функциональных нарушений со стороны центральной и вегетативной нервной системы. Первые признаки заболевания появляются в возрасте 1-2 месяца жизни. Ребенок становится раздражительным, беспокойным, пугливым, часто

вздрагивает, особенно при засыпании, громком звуке или ярком свете. Усиливается потливость. Потоотделение наиболее выражено во сне и при кормлении. Из-за наличия ацидотического сдвига в организме пот имеет кислую реакцию и раздражает кожу. Наиболее сильно потеет волосистая часть головы. Ребенок постоянно трет голову о подушку, что приводит к облысению затылка.



облысение затылка

На коже в результате повышенной вазомоторной возбудимости появляется красный дермографизм.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Со стороны костных изменений отмечаются небольшая податливость краев большого родничка и черепных швов, размягчение плоских костей черепа (краниотабес).

Чаще всего размягчаются кости затылка. Мягкость костей способствует легкому возникновению деформаций: затылок уплощается, возникает ассиметрия головы.

Рахит 2-й степени протекает с выраженными изменениями скелета, за исключением деформации трубчатых костей.

Формируются лобные и теменные бугры, череп принимает квадратную форму. Края большого родничка размягчатся, он закрывается в возрасте 1,5-2 лет и позже. Зубы прорезываются с большим опозданием, нарушается порядок их прорезывания. Отмечаются дефекты эмали и склонность к развитию кариеса. Гиперплазия костной ткани приводит к появлению рахитических «четок» на ребрах в виде полушаровидных утолщений в месте перехода хрящевой части ребра в костную, рахитических «браслетов» (утолщения в области лучезапястных суставов), «нитей жемчуга» (утолщения в межфаланговых суставах пальцев рук).

Во втором полугодии жизни развивается рахитическая деформация грудной клетки. Усиливается кривизна ключиц. Грудная клетка сдавливается с боков, нижняя апертура расширяется, верхняя суживается. На боковых поверхностях по линии, соответствующей прикреплению диафрагмы от мечевидного отростка к подмышечной области, возникает широкое ладьевидное углубление – «гаррисонова борозда» .



краниотабес



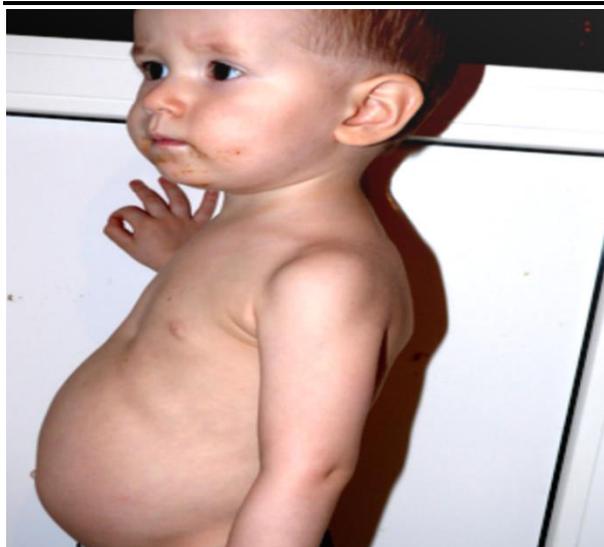
Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com



Лягушачий живот

Для ребенка, больного рахитом, характерны мышечная гипотония и слабость связочного аппарата. Вследствие вялости и дряблости мышц брюшного пресса появляется большой так называемый лягушачий живот. Возможно образование паховой и пупочной грыж, расхождение мышц передней брюшной стенки. Мышечная гипотония сопровождается нарушением моторики желудочно-кишечного тракта, что приводит к развитию запоров.

Выраженные костные изменения, нарушения нервно-мышечного и суставного аппаратов приводят к задержке моторного развития: дети позже начинают держать голову, переворачиваться, сидеть, ходить.

Деформация грудной клетки, слабость дыхательной мускулатуры нарушают легочную вентиляцию, вследствие чего больные рахитом предрасположены к воспалению легких. Изменяются функции внутренних органов. Увеличиваются печень и селезенка. Появляются одышка, тахикардия, ослаблением тонов сердца. Часто наблюдается гипохромная анемия.



Квадратная голова

Снижается иммунитет.

При 3-й степени рахита кроме деформаций костей черепа, грудной клетки, позвоночника отмечаются самые разнообразные изменения со стороны трубчатых костей. В последние годы тяжелая форма заболевания практически не встречается. Костные изменения проявляются следующими симптомами - олимпийский лоб, западение переносицы, могут



Proceedings of International Educators Conference

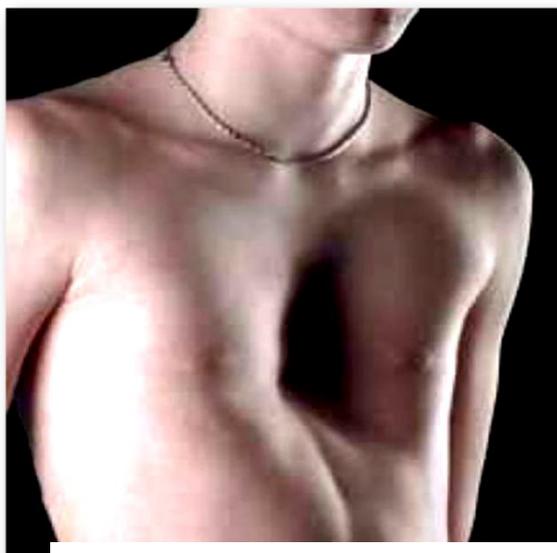
Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

размягчаться кости основания черепа. Он приобретает почти квадратную форму и большие размеры



Куриная грудь

Возникает грубая деформация грудной клетки: передняя часть вместе с грудиной выступает вперед в виде куриной груди или западает, образуя грудь сапожника. Когда ребенок начинает сидеть, в поясничном отделе позвоночника формируется кифоз (рахитический горб). На втором году жизни присоединяется патологический лордоз, в некоторых случаях и сколиоз. В результате искривления длинных трубчатых костей ноги принимают О- или



Х-образную форму.

Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Почти всегда развивается плоскостопие. Могут деформироваться кости таза в виде плоского рахитического или клювовидного таза.

ТЕЧЕНИЕ РАХИТА

Различают острое, подострое и рецидивирующее течение рахита.

Острое течение наблюдается у детей первого полугодия жизни, обычно у недоношенных младенцев, у детей от многоплодной беременности, родившихся с крупной массой тела (более 4000 г) или большой ежемесячной ее прибавкой, не получающих профилактические дозы витамина D. Для острого течения характерно быстрое нарастание симптомов заболевания, преобладание процессов остеомалиции (размягчения) костной ткани над процессами остеонной гиперплазии.

Подострое течение развивается преимущественно во втором полугодии жизни у детей, получивших недостаточную профилактическую дозу витамина D, и проявляется медленным развитием заболевания с преобладанием симптомов гиперплазии остеонной ткани. У часто болеющих детей подострое течение рахита может переходить в острое.

Рецидивирующее течение – чередование периодов улучшения и обострения процесса. Рецидив может быть вызван заболеванием ребенка, преждевременным прекращением лечения, нерациональным питанием, недостаточным пребыванием на свежем воздухе.

ВАРИАНТЫ РАХИТА

Выделяют несколько клинических вариантов рахита: кальципенический, фосфоропенический и рахит с незначительными отклонениями в содержании кальция и фосфора в крови.

Для кальципенического варианта характерны костные деформации с преобладанием процессов остеомалиции, чаще отмечаются повышенная нервно-мышечная возбудимость (тремор рук, беспокойство, нарушение сна, дисфункция желудочно-кишечного тракта), расстройства вегетативной нервной системы (повышенная потливость, тахикардия). В сыворотке крови снижены общий и ионизированный кальций, концентрация тиреокальцитонина, высокий уровень паратгормона; в моче-гиперкальциурия. При фосфоропеническом варианте рахита клинические симптомы болезни, особенно костные изменения, более выражены, чем при других вариантах.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Отмечается отчетливая гиперплазия остеоидной ткани (□ *рахитические четки* □ на ребрах, лобные и теменные бугры на черепе и др.) Характерны общая заторможенность, вялость, значительная мышечная гипотония, слабость связочного аппарата.

В сыворотке крови определяется выраженная гипофосфатемия, высокое содержание паратгормона и тиреокальцитонина; в моче-гиперфосфатурия.

Рахит с незначительными отклонениями в содержании кальция и фосфора в крови протекает с умеренным увеличением лобных и теменных бугров при отсутствии отчетливых изменений со стороны нервной и мышечной систем. Заболевание имеет подострое течение.

Лабораторная диагностика. В сыворотке крови уменьшается содержание фосфора, лимонной кислоты, повышается активность щелочной фосфатазы, может отмечаться гипокальциемия. Наиболее информативным маркером рахитического процесса считается активность щелочной фосфатазы. В моче характерны гиперфосфатурия, гипокальциурия, гипераминоацидурия.

Качественной реакцией для определения концентрации кальция в моче является проба Сулковича. Для достоверности ее результата необходимо соблюдать ряд условий: за 2-3 дня до сдачи анализа из рациона исключают кефир, богатые кальцием продукты; мочу собирают только утром, строго натощак. Для рахита характерна слабopоложительная или отрицательная проба Сулковича.

Лечение. Дети с рахитом лечатся в домашних условиях. Обязательным требованием является сочетание неспецифической и специфической терапии. Одним из важных компонентов неспецифического лечения является соблюдение правильного режима дня. Он должен соответствовать возрасту ребенка и предусматривать достаточное пребывание на свежем воздухе, водные процедуры, обязательное проведение массажа и гимнастики. Большое значение имеет рациональное питание, способное нормализовать нарушенные обменные процессы. Показана диета, содержащая необходимое количество солей кальция, фосфора, белка, витаминов.

При естественном вскармливании необходимо уделить внимание питанию матери, при искусственном - важно подобрать смесь, наиболее приближенную по составу к женскому молоку и содержащую витамин D₂. Первый прикорм должен быть обязательно овощным, так как овощи обладают ошелачивающим действием и восполняют дефицит витаминов и микроэлементов. Он вводится



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

на один месяц раньше обычного срока. В качестве второго прикорма дети вместо каши могут получать овощное пюре (овощной прикорм 2 раза в сутки). Если вторым прикормом остается каша, рекомендуется гречневая и овсяная каша, приготовленная на овощном отваре.

В пищевой рацион должны включаться продукты, содержащие достаточное количество полноценных белков. Поэтому рекомендуется добавлять желток, творог, пюре из мяса и печени.

Специфическое лечение рахита состоит в назначении витамина D. Существует большое количество препаратов группы в виде спиртовых, масляных и водных растворов.

Спиртовые растворы витамина D практически не используются из-за большой дозы витамина в одной капле и опасности передозировки в результате испарения спирта. Масляные формы не всегда хорошо всасываются и вызывают побочное действие.

Наиболее эффективным препаратом для лечения и профилактики рахита является водный раствор витамина D₃ (Аква Детрим). Он имеет значительные преимущества перед масляными и спиртовыми растворами – преимуществами водного раствора витамина D₃ (Аквадетрим, фирма «Terpol», Польша) являются (Н.А. Коровина и соавт., 2001):

- Лучшее всасывание из пищеварительного канала (водный раствор витамина D₃ всасывается в 5 раз быстрее, а концентрация в печени в 7 раз выше);
- При всасывании требуется меньшее напряжение ферментных систем кишечника, особенно у недоношенных с учетом их незрелости;
- Более продолжительный эффект при применении водного раствора (сохраняется до 3 мес, а масляного – до 4–6 мес);
- Более высокая активность;
- Быстрое наступление клинического эффекта (через 5–7 дней после назначения D₃ и через 10–14 дней при приеме D₂);



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

•Удобство и безопасность лекарственной формы. Аквадетрим (водный раствор витамина D3) выпускается во флаконах по 10 мл со специальной



пипеткой и содержит в 1 капле 500 МЕ.

Он назначается в дозе 1000-5000 МЕ/сут в течение 3-4 недель.

После достижения терапевтического эффекта – нормализации мышечного тонуса, исчезновения вегетативных расстройств, краниотабеса, отсутствия прогрессирования костных

деформаций, нормализации лабораторных показателей доза витамина D снижается до профилактической (500МЕ/сут). Эту дозу ребенок должен получать ежедневно в течение двух лет жизни и в зимний период на третьем году жизни.

Из-за опасности развития гипервитаминоза лечение проводится под контролем пробы Сулковича. Во время приема лечебной дозы ее делают 1 раз в 2-3 недели, затем 1 раз в месяц. Если проба оценивается +++ , витамин D отменяется.

Одновременно с витамином D детям, имеющим гипокальцемию, назначают препараты кальция в течение 2-3 недель. При назначении препаратов кальция per os предпочтение следует отдавать прежде всего биоусвояемым формам, такими как цитрат кальция, карбонат кальция. Широко используется карбонат, содержащий 40% чистого кальция. Наилучшее всасывание (биодоступность) кальция в цитратных и фосфатных солях. Возможно использование глицерофосфата кальция или глюконата кальция. Дозирование препаратов зависит от содержания кальция в лекарственных препаратах (табл.10).

Для улучшения усвоения солей кальция и фосфора, повышения реабсорбции фосфора в почках и усиления обызвествления хрящевой ткани показано применение цитратной смеси в течение 10-15 дней.

С целью нормализации функции паращитовидных желез и уменьшения вегетативных нарушений рекомендуются препараты магния (панангин, аспаркам) на протяжении 3-4 недель.

Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Для усиления синтеза кальцийсвязывающего белка и улучшения метаболических процессов назначается оротат калия или 20 % водный раствор карнитина гидрохлорида курсом 1 месяц.

Через 2 недели от начала медикаментозной терапии в комплексное лечение рахита включают лечебную физкультуру и массаж, через 1 месяц от начала лечения – лечебные ванны. Больное лечение проводят 2 раза в год.

Хвойные ванны применяют у легковозбудимых детей (из расчета 1 чайная ложка экстракта или полоска брикета шириной 1 см на 10 л воды). Продолжительность первой ванны – 5 мин, затем время увеличивают до 8-10 мин. Ванны можно проводить ежедневно. Курс лечения обычно составляет 13-15 процедур.

Соленые ванны рекомендуются вялыми и малоподвижным детям. Их проводят через день. На 10 л воды растворяют 2 столовые ложки морской или поваренной соли. Продолжительность первой ванны - 3 мин, последующих – 5 мин, на курс – от 8 до 10 процедур (детям с атопическим дерматитом соленые ванны необходимо применять с осторожностью).

Профилактика

Состоит из специфических и неспецифических мероприятий и делится на антенатальную (дородовую) и постнатальную (послеродовую). Антенатальная неспецифическая профилактика включает правильный режим дня и полноценное питание беременной женщины. Во время беременности необходимо не менее 2-4 ч находиться на свежем воздухе, соблюдать активный двигательный режим. Ежедневный пищевой рацион должен содержать мясо, рыбу, творог, сыр, молоко, кисло - молочные продукты, овощи и фрукты.

Антенатальная специфическая профилактика предусматривает прием во время беременности поливитаминов, содержащих витамин D. Необходимость антенатальной профилактики рахита обусловлена тем, что у плода имеется высокая потребность в усвоении кальция. Между 27-й и 40-й неделями беременности плод ежедневно потребляет около 290 мг кальция в сутки. При этом во время беременности происходит адаптация фосфорно-кальциевого



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

метаболизма беременной к потребностям плода – ее общая кальциемия уменьшается примерно на 8% по сравнению с исходным содержанием.

Особенно быстро увеличивается потребность плода в кальции после 30-й недели беременности. Для ее обеспечения у матери в конце беременности повышается концентрация ПТГ, что позволяет мобилизовать резервы кальция в направлении плода. Кроме того, в течение третьего триместра у беременной наблюдается повышенный синтез кальцитриола, но его недостаточно. Поэтому необходимо дополнительное введение витамина D беременным. Специфическая профилактика в антенатальном периоде проводится только в два последних месяца беременности, если они совпадают с осенне-зимним временем года. Наиболее желательны физиологические методы. Рекомендуется общее ультрафиолетовое облучение – 10-15 сеансов, начиная с 1/4 биодозы и доводя до 2,5-3 биодоз, с расстояния 100 см, ежедневно или через день.

В антенатальном периоде специфическую профилактику витамин D-дефицитного рахита можно проводить назначением витамина D беременным ежедневным приемом его в дозе 500 МЕ во время всего периода беременности или назначением 1000 МЕ витамина D₃ в течение третьего триместра беременности (Shaw, Pal, 2002).-

Современными специализированными препаратами для беременных женщин и кормящих матерей, содержащими комплекс витаминов, макро- и микроэлементов, являются Элевит прованталь, Санасол. Эффективно применение препарата Кальций Д3 никомед, содержащего в 1 таблетке 500 мг кальция и 200 МЕ витамина D₃. С этой же целью может использоваться поливитаминный препарат Гендевит, 1 драже содержит 250 МЕ витамина D. Любой из этих препаратов нужно принимать ежедневно. Доза витамина D должна составлять 400-500 МЕ. Беременным женщинам из группы риска (нефропатии, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ревматизм и др.) необходимо дополнительно назначать витамин D в дозе 500 – 1000 МЕ в течение 8 недель вне зависимости от времени года начиная с 28-32-й недели беременности.

В настоящее время разработаны специальные молочные напитки, предназначенные для женщин в период беременности кормления грудью, способные предупредить нарушения фосфорно-кальциевого обмена у матери,



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

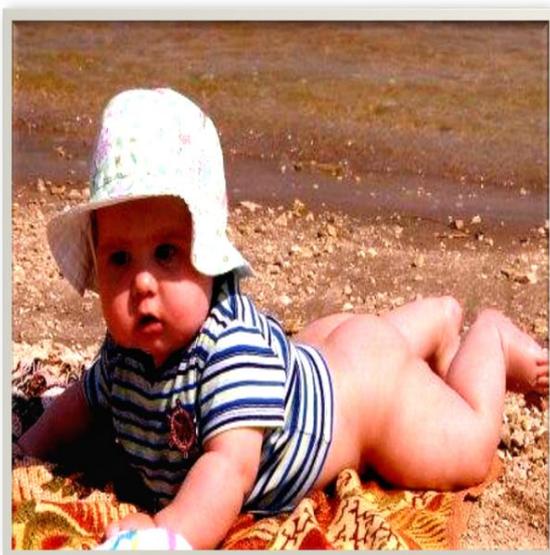
Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

плода и ребенка (Думил мама плюс, Энфамама, Фемилак). При ежедневном использовании этих напитков поливитаминные препараты не принимаются. Постнатальную неспецифическую профилактику необходимо начинать с первых дней жизни ребенка. Она включает:

- 1) организацию правильного режима дня (достаточное пребывание на свежем воздухе, активный двигательный режим, проведение гимнастики, массажа);
- 2) соблюдение режима дня и правильное питание кормящей женщины;
- 3) рациональное питание ребенка (максимально длительное кормление грудью, правильная организация искусственного или частичного грудного вскармливания с использованием современных молочных смесей; своевременное введение прикорма и коррекция питания).



Постнатальная специфическая профилактика проводится препаратами витамина D. Витамин D назначается с 4-5 недельного возраста. Наиболее удобным для специфической профилактики является водный раствор витамина D₃. Доношенным детям он назначается на первом и втором году жизни в осенний, зимний и весенний периоды. Летом специфическая профилактика рахита не проводится ввиду достаточной инсоляции. Деям из группы риска по рахиту, в том числе недоношенным детям, ежедневная профилактическая доза может быть увеличена до 1000 МЕ, ее дают с 10-14-го дня жизни в течение первых двух лет жизни, исключая летние месяцы.

Для профилактики рахита можно использовать более активный метаболит витамина D – кальцитриол, его применяют в дозе 0,5-1 мкг в день.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th Dec., 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

При вскармливании молочными смесями, содержащими витамин D, профилактическая доза назначается с учетом его количества в смеси. Если ребенок с молочной смесью получает 400-500 МЕ витамина D, дополнительно витамин D не принимается.

С профилактической целью 1-2 раза в год можно назначать УФО, курс 10-12 сеансов через день начиная с 1/8 биодозы с постепенным повышением до 1,5-2,0 биодоз в конце курса. После УФО делается перерыв 1 месяц, затем снова назначается витамин D в профилактической дозе.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Педиатрия: Национальное руководство: в 2 т. / под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.1. – 1024 с.
2. Печкуров, Д.В. Клинические аспекты метаболических нарушений у детей с гипотрофией. /Д.В. Печкуров, Ф.Н. Гильмиярова, Л.И. Захарова, Е.С. Липатова // Практическая медицина. - Казань, 2009. - № 07 (39). - С. 105-108.
3. Профилактика и лечение рахита у детей раннего возраста. Метод. рекомендации Министерства Здравоохранения СССР. - М., 1990. – 31 с.
4. Сайгитов, Р.Т. Дифференцированный («сезонный») подход при профилактике недостаточности витамина D3 у детей. / Р.Т. Сайгитов // Вопросы современной педиатрии. 2009. - Т.8, № 5. - С. 70-79. 91.
5. Шабалов Н. П. Детские болезни: Учебник для вузов. Том 1. — 6-е издание. — СПб.: Питер, 2011. — 928 с.
6. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. The prophylactic requirement and the toxicity of vitamin D. Pediatrics. 1963; 31:512–525.
7. Wu T et al. Vitamin A for non-measles pneumonia in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, Issue 3, No.: CD003700.
8. МОНОГРАФИЯ Рахит у детей современные аспекты. В.Г. Майданник 2006г..pdf
9. <https://studfile.net/preview/1564113/>
10. <https://probolezny.ru/rahit/>

