

Профилактика рахита.

Агеева Н.В.- врач-неонатолог, зав. отделением патологии новорожденных и недоношенных детей №2

Рахит (D-дефицитный, классический) — многофакторное заболевание, которое характеризуется нарушениями фосфорно - кальциевого обмена и минерализации костной ткани. В настоящее время общепринятым является определение рахита как заболевания, обусловленного временным несоответствием между потребностями растущего организма в кальции и фосфоре и недостаточностью систем, обеспечивающих их доставку в организм ребенка. При данном заболевании патологический процесс локализуется главным образом в костях, остеопатические проявления рахита наиболее выражены у детей первых 2–3 лет жизни. Одним из основных патогенетических факторов рахита является недостаточное потребление с пищей витамина D, кальция, фосфора, а также других необходимых для образования гормональных форм витамина D минеральных элементов, особенно меди, цинка, витаминов группы B и аскорбиновой кислоты. Рахит, как правило, встречается в весеннее и зимнее время года, особенно у детей, родившихся с октября по апрель, проживающих в регионах с недостаточной инсоляцией, частыми туманами, облачностью или в районах экологического неблагополучия.

Предрасполагающие факторы.

Предрасполагающими к развитию рахита факторами являются высокие темпы роста ребенка в первые месяцы жизни, наличие гипотрофии, недоношенности, задержки внутриутробного развития, морфофункциональной незрелости. Часто рахит развивается у детей, родившихся либо у юных матерей (моложе 17 лет), либо у женщин в возрасте старше 30 лет, имевших патологическое течение беременности, а так же хронические заболевания (хр. пиелонефрит, мочекаменная болезнь, хр. гепатит). Большое значение для формирования нарушений фосфорно-кальциевого обмена у ребенка имеет несбалансированное питание беременной женщины: дефицит кальция, цинка, белка, фосфора, витаминов D, B1, B2, B6. Рахит чаще развивается у детей, матери которых во время беременности недостаточно пребывали на солнце, мало двигались, имели сопутствующие заболевания.

Клиническая симптоматика в зависимости от степени тяжести рахита

Степень тяжести	Клиническая симптоматика
I — легкая	"Податливость" краев большого родничка и швов черепа.
II — средне-тяжелая	Деформация черепа (лобные и теменные бугры), грудной клетки, "четки" конечностей, "браслетки". Снижение мышечного тонуса. Формирование варусной или вальгусной деформации нижних конечностей, когда дети начинают вставать
III — тяжелая	Тяжелые деформации скелета. Мышечная гипотония. Позднее становление двигательных функций. Нарушение функции других органов и систем.

Аntenатальная (дородовая) профилактика рахита.

Аntenатальная профилактика рахита предусматривает соблюдение режима дня беременной с достаточным сном в дневное и ночное время, прогулки на свежем воздухе не менее 2–4 часов ежедневно, в любую погоду. Помимо этого необходимо организовать рациональное питание беременной женщине, обеспечивающее достаточное поступление кальция, фосфора, витамина D. Рекомендуется ежедневно употреблять не менее 180г мяса, 100г рыбы — 3 раза в неделю, 100—150г творога, 30—50г сыра, 300г хлеба, 500г овощей, 0,5л молока или кисломолочных продуктов.

Лучшим пищевым источником кальция являются молочные продукты (сыры, молоко, кефир, творог). Всем беременным, особенно в третьем триместре, рекомендуется ежедневный приём 400–500 МЕ витамина D.

Постнатальная профилактика рахита.

Для профилактики рахита чрезвычайно важным является правильно организованное питание ребенка. Наилучшим для детей первого года жизни является грудное вскармливание, при этом следует обратить

внимание на питание кормящей женщины. При искусственном вскармливании необходимо использовать только адаптированные молочные смеси. В женском молоке биодоступность и соотношение между кальцием и фосфором оптимальны (2:1). В детских молочных смесях допустимо соотношение 1,2– 2,0:1. Очень важно своевременно вводить в рацион плодово-ягодные и овощные соки и пюре. При выборе продуктов следует обращать внимание на содержание в них витамина С, являющегося одним из наиболее активных регуляторов обменных процессов в организме.

Рекомендуется использовать овощи с более высоким содержанием кальция и фосфора: морковь, бело- и краснокочанную капусту, репу, тыкву, кабачок, корень и зелень петрушки, шпинат, укроп. Постнатальная специфическая профилактика рахита проводится у детей, находящихся как на искусственном, так и на естественном вскармливании с 4–5 недельного возраста. Для этого используется витамин D, профилактическая доза которого составляет для здоровых доношенных детей 400–500 МЕ в сутки. Специфическая профилактика рахита препаратами витамина D доношенным детям проводится в осенне-зимне-весенний периоды на первом и втором году жизни. Детям из группы риска по развитию рахита (недоношенным, детям из двоен, с задержкой внутриутробного развития и др.) назначают витамин D в дозе 1000 МЕ в сутки в течение 1 месяца с последующим переходом на 500 МЕ в сутки. Дети с малыми размерами родничка не имеют противопоказаний к профилактическому назначению витамина D, если сохраняются возрастные темпы роста окружности головы.

Для эффективного лечения рахита назначается комплекс мероприятий по нормализации режима жизни ребенка, с достаточной инсоляцией, обеспечение его полноценным сбалансированным питанием. Одновременно с препаратами кальция назначается терапия витамином D