

## Компетентность Родителей В Вопросе О Витамине D И Его Роли В Профилактике Рахита

*Бойназарова Г. Т<sup>1</sup>*

**Резюме:** В статье приведены данные собственного исследования об осведомленности родителей о витамине D и необходимости его использования для профилактики рахита, о частоте клинических признаков рахита у детей.

**Ключевые слова:** витамин D, рахит, осведомленность, дети.

**Актуальность.** Проблема дефицита витамина D на сегодняшний день остается одной из наиболее актуальных [1,3].

Результаты многочисленных исследований указывают на важную роль витамина D в организме человека и на негативные последствия, связанные с его недостаточностью.

Рахит - общее заболевание организма ребенка, сопровождающееся нарушением обмена веществ, в первую очередь фосфорно-кальциевого, значительными расстройствами костеобразования нарушением функций всех ведущих органов и систем, непосредственной причиной которого чаще всего является гиповитаминоз D [2,5].

Болеют преимущественно дети первых двух лет жизни. Возможно и более позднее развитие рахита, как правило, в периоды наиболее интенсивного увеличения размеров тела и скелета. Правомочным поэтому является и определение рахита как болезни роста [3,6].

Рахит - одно из самых частых заболеваний детей раннего возраста, но точных данных о его распространенности нет.

Современная статистика учитывает только тяжелые его формы, которые в нашей стране встречаются относительно редко благодаря повышению материального благосостояния и культуры населения, более четкому соблюдению санитарных и гигиенических норм, профилактическим мероприятиям [4,7].

Рахит способствует развитию и более тяжелому течению острой респираторной инфекции, пневмоний, кишечных расстройств и других заболеваний, которые обычно принимают затяжной, рецидивирующий характер. В свою очередь каждое из них усугубляет тяжесть рахита.

Таким образом, как бы создается порочный круг, взаимообусловленных патологических процессов, разорвать который без лечения рахита часто невозможно.

Среднетяжелые и тяжелые формы рахита сопровождаются глубокими нарушениями костеобразования и связанными с этим грубыми деформациями скелета формируется типичный облик больного, сохраняющийся иногда на всю жизнь: низкий рост, искривленные ноги и грудная клетка, большая голова, нависающий лоб, запавшая переносица.

Могут быть дефекты зрения (астигматизм, близорукость), аномалий прикуса, плоскостопия, рахитически суженного таза.

В сложных механизмах развития рахита основное место принадлежит гиповитаминозу D.

<sup>1</sup> Гулистанский государственный университет



Его специфическая функция заключается в регуляции процессов всасывания кальция, фосфора в кишечнике и отложения их в костную ткань, а также реабсорбции кальция и фосфатов в почечных канальцах.

Витамин D проявляет своё специфическое действие не в виде соединения, которое образуется в коже под влиянием ультрафиолета или поступает в организм с пищей, а в форме активных метаболитов, последовательное преобразование которых происходит в печени и затем в почках с участием специфических ферментов - гидроксилаз.

Известно, что различные белковые системы закладываются и достигают максимальной активности в процессе эмбриогенеза и постнатального развития неодновременно.

Временное отставание любой из этих систем, участвующих в утилизации витамина D, может явиться причиной нарушения минерального обмена[8].

К числу подобных причин могут относиться нарушения всасывания витамина D в кишечнике из-за недостаточного образования и секреции желчи, малая активность 25-гидроксилазы печени и 1-альфа-гидроксилазы почек, участвующих в биосинтезе активных метаболитов, нехватка белков, транспортирующих активные формы витамина D, дефицитная эффективность систем, участвующих в транспорте ионов Ca через энтероцит.

Нарушения фосфорно-кальциевого обмена, связанные с гиповитаминозом D, низким уровнем тиреокальцитонина и гиперпаратиреозом, приводят к снижению окислительных процессов, развитию ацидоза в кости, углубляющего изменения клеточного метаболизма и нарушающего нормальный процесс обызвествления хрящевой и остеоидной ткани.

Разнообразные нарушения в обмене веществ сочетаются со значительными сдвигами в системе ферментов.

Установлено уменьшение в крови активности фосфорилазы и увеличение активности щелочной фосфатазы (отщепляет фосфор от органических соединений).

Повышенная активность щелочной фосфатазы, стимулированная гормонами паразитовидных желез, приводит к перемоделированию кости за счёт остеокластов и остеобластов.

Избыточная остеоидная гиперплазия объясняется также недостаточным образованием 24,25-диокси-витамина D, контролирующего синтез белковой стромы кости (неконтролируемая остеоидная гиперплазия).

В целом патогенез рахита весьма сложен, характеризуется нарушением не только минерального, но и других видов обмена, что оказывает многостороннее влияние на функциональное состояние различных органов и систем и, в первую очередь, способствует нарушению процессов костеобразования[5].

**Цель исследования:** на основании опроса родителей детей раннего возраста оценить их компетентность о роли витамина D.

#### **Задачи:**

1. Уточнить знания родителей о необходимости профилактики рахита у детей грудного возраста.
2. Уточнить частоту клинических признаков рахита у детей и установить их связь с видом вскармливания и дозой витамина D.
3. Уточнить частоту достаточной обеспеченности витамином D среди обследованных детей первых 2-х лет жизни.

**Материал и методы.** Было проведено анкетирование родителей 36 детей в возрасте от 0 до 16 месяцев, находящихся на госпитализации в областном детском многопрофильном медицинском центре Сырдарьинской области.



**Результаты и их обсуждение.** Было осмотрено 36 детей. Средний возраст детей составил  $5,42 \pm 4,46$  мес.

Девочек было 16, мальчиков - 20. На грудном вскармливании находилось большинство детей (58,33%). 83.3% детей были доношенными. 77.8% де-тей принимали витамин Д в стандартной профилактической дозе: 500 МЕ – 64,3%, 1000 МЕ – 21,4%, 1500 МЕ – 7,1%.

В лечебной дозе (2000 МЕ) витамин Д получали 2 детей, у которых определяли уровень витамина Д в крови в связи с тем, что им был клинически диагностирован рахит.

67,9% детей стали принимать профилактическую дозу в рекомендованные сроки: с 1-го месяца жизни; значительное большинство (92,8%) - по рекомендации врача.

Тем не менее, при осмотре признаки рахита легкой степени (повышенная потливость, облысение затылка и его уплощение, размягчение краев большого родничка) были выявлены у 38,9% детей, признаки средней степени рахита (лобные и теменные бугры, «поля шляпы») диагностированы у трети детей (30,6%), а рахит 3 степени (с искривлением нижних конечностей, задержкой роста и «лягушачьим» животом) диагностирован у 2 детей (5,6%).

**Выводы:** родители хорошо осведомлены о необходимости профилактики рахита.

Витамин Д большинство детей получают своевременно в профилактической дозе по рекомендации врача.

Более половины из них принимают препараты сами в профилактической дозе и дают своим детям.

Отмечают предпочтительное применение препаратов в осенне-зимне-весенний период.

Однако 49,4% осмотренных детей имеют клинические проявления рахита легкой или средней степени тяжести, что свидетельствует о необходимости назначения профилактической дозы витамина Д всем детям, независимо от вида вскармливания, а также о необходимости определения содержания витамина Д в крови для коррекции дозы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, Л.М. Педиатрия: курс лекций / Л.М. Беляева. - Москва: Медицинская литература, 2011. - С. 489-493.
2. Коровина, Н.А. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей (проблемы и решения): руководство для врачей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, А.В.Чебуркин - Москва, 2015. - 70 с.
3. Неверо Е.Г. Актуальность проблемы рахита и пути ее решения/Е.Г. Неверо//Медицинские новости. - 2015. - № 8. - С.2-6.
4. Новиков, П.В. Современный рахит (классификация, методы диагностики, лечения и профилактики): лекция для врачей / П.В. Новиков; под общ. ред. Ю.Е. Вельтищева. - Москва, 2017. -71 с.
5. Рахматуллаев А.К.,Абдурахманов К.Х / Рахит: пособие для врачей. - Ташкент, 2002. - 64 с.
6. Рахит, недостаточность витамина D и Всемирный консенсус по профилактике и лечению нутритивного рахита: взгляд российских педиатров. / Студеникин В.М., Казакова К.А., Акоев Ю.С. и др. // Российский педиатрический журнал. – 2017 - 20 (2) - С. 116-122.
7. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике рахита у детей: учебно-методическое пособие / А.С. Почкайло, В.Ф. Жерносек, Э.В. Руденко Н.В. Почкайло, Е.В. Ламеко. - Минск, 2014 - 72 с.
8. Струков, В.И. Дискуссионные вопросы рахита / В.И. Струков // Педиатрия. - 2006. - № 3. - С. 25-28.

