



КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д И ПРОЯВЛЕНИЙ РАХИТА У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ.

Мубаракшина Алия Равхатовна

*Ташкентский Государственный Медицинский Университет, ассистент кафедры
пропедвтики детских болезней*

Аннотация: В данной статье проанализировано значение раннего выявления и лечения рахита у детей в амбулаторно-поликлинических условиях. Исследование было проведено среди 30 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, при этом изучались показатели витамина Д в соответствии с клиническими проявлениями заболевания. Результаты исследования продемонстрировали необходимость своевременного назначения витамина Д для нормализации его уровня и устранения клинических симптомов рахита.

Ключевые слова : дети раннего возраста, витамин Д , 25-ОН-D дефицит, рахит, амбулаторное наблюдение.

Введение

Рахит — одно из наиболее распространённых заболеваний раннего детского возраста, обусловленное дефицитом витамина Д и нарушением фосфорно-кальциевого обмена. Заболевание чаще всего развивается у детей в период активного роста — с 6 месяцев до 3 лет, когда потребность организма в минералах и витамине Д значительно возрастает. Клиническое течение рахита в этом возрасте характеризуется постепенным началом, стадийностью и поражением костной, нервной и мышечной систем.

Дефицит витамина и рахит остаются актуальной проблемой детского возраста, влияя на минеральный обмен и рост костной ткани. Несмотря на профилактические программы, дефицит витамина Д сохраняется у значительной части детей раннего возраста. Амбулаторно-поликлиническое наблюдение является ключевым этапом выявления ранних форм заболевания и позволяет своевременно проводить коррекцию для предотвращения осложнений.

Цель исследования

Оценить распространённость дефицита, пограничного и нормального уровня 25-гидроксивитамина Д у детей 6–36 месяцев и сопоставить их с клиническими проявлениями рахита в амбулаторных условиях.

Материалы и методы

В исследование были включены дети в возрасте от 6 до 36 месяцев, находящиеся на амбулаторном наблюдении без госпитализации. Для участия требовалось наличие доступных результатов анализа 25-гидроксивитамина Д (25-ОН-D) и отсутствие наследственных или тяжёлых хронических заболеваний. Критериями исключения

были эндокринные нарушения, влияющие на минеральный обмен, хронические заболевания почек, печени или желудочно-кишечного тракта, а также предшествующая длительная терапия витамином Д.

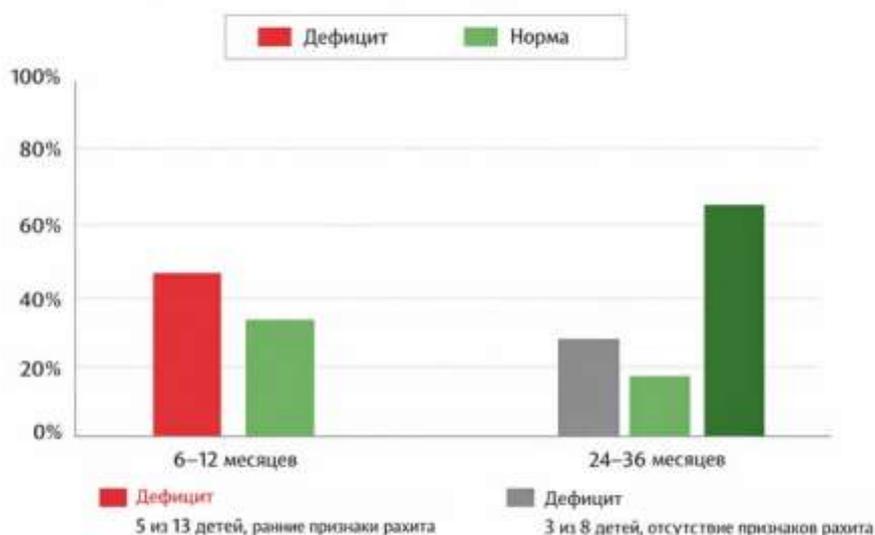
Сбор данных включал анамнез, информацию о возрасте и рационе ребёнка. Клиническая оценка включала регистрацию признаков рахита: повышенной потливости, мышечной слабости, раздражительности, замедления моторного развития, а также умеренных костных изменений, таких как расширение эпифизарных зон, уплощение затылка и деформации грудной клетки.

Лабораторное исследование заключалось в определении уровня 25-ОН-Д с последующим распределением детей по категориям: дефицит (<30 нмоль/л), пограничный (30–50 нмоль/л) и нормальный (>50 нмоль/л). Далее проводился сравнительный анализ связи уровня витамина Д с клиническими проявлениями рахита.

Результаты

В исследование были включены 30 детей, из которых 15 составили мальчики и 15 — девочки. Для анализа дети были распределены по возрастным подгруппам следующим образом: 13 детей находились в возрасте 6–12 месяцев, 9 детей — 12–24 месяца и 8 детей — 24–36 месяцев. Такое распределение обеспечивало равномерное представление всех возрастных категорий раннего детства.

Возрастные закономерности уровня витамина Д



1) Анализ распределения уровня витамина Д по возрастным подгруппам показал, что дефицит витамина Д наиболее выражен у детей в возрасте 6–12 месяцев: из 13 детей этой группы 5 имели уровень 25-ОН-Д ниже 30 нмоль/л, при этом у них чаще наблюдались ранние клинические признаки рахита.

В старшей возрастной группе 24–36 месяцев большинство детей имели нормальный уровень витамина Д: у 3 из 8 детей уровень 25-ОН-Д превышал 50 нмоль/л, при этом клинические проявления рахита практически отсутствовали.

Данные свидетельствуют о том, что младшие дети раннего возраста находятся в группе наибольшего риска дефицита витамина Д и связанных с ним ранних клинических признаков рахита.

2) Анализ уровня 25-гидроксивитамина Д (25-ОН-Д) в соответствии с клиническими проявлениями показал, что дефицит витамина Д (<30 нмоль/л) выявлен у 10 детей (33%), пограничный уровень (30–50 нмоль/л) — у 14 детей (47%), а нормальный уровень (>50 нмоль/л) отмечен у 6 детей (20%).

Категория 25-ОН-Д	Кол-во детей	Клинические проявления
Дефицит (<30 нмоль/л)	10 (33%)	Повышенная потливость 100%, мышечная слабость 80%, раздражительность 70%, замедление моторного развития 50%, умеренные костные изменения 40%
Пограничный (30–50 нмоль/л)	14 (47%)	Потливость 60%, мышечная слабость 40%, раздражительность 30%, замедление моторики 20%, минимальные костные изменения 10%
Нормальный (>50 нмоль/л)	6 (20%)	Клинические проявления практически отсутствовали; единичные случаи незначительной потливости

При оценке клинических проявлений рахита выявлено, что у детей с дефицитом витамина Д наиболее часто встречались повышенная потливость, мышечная слабость и раздражительность, замедление моторного развития отмечалось у половины этой группы, а умеренные костные изменения — у 40% детей. В группе с пограничным уровнем витамина Д клинические проявления наблюдались реже и были менее выражены: потливость встречалась у 60% детей, мышечная слабость — у 40%, раздражительность — у 30%, замедление моторного развития — у 20%, а минимальные костные изменения — у 10% детей. У детей с нормальным уровнем витамина Д клинические признаки рахита практически отсутствовали, за исключением единичных случаев лёгкой потливости. Таким образом, результаты показали прямую зависимость выраженности клинических проявлений рахита от степени дефицита витамина Д.

3) Всем детям с дефицитом витамина Д (уровень 25-ОН-Д <30 нмоль/л) назначалась терапевтическая доза витамина D3 в количестве 2000–3000 МЕ в сутки в течение 8–12 недель. После этого дозу снижали до профилактической — 400–600 МЕ в сутки. Детям с пограничным уровнем витамина Д (30–50 нмоль/л) назначалась профилактическая доза 400–800 МЕ в сутки. Контрольное обследование через 3 месяца показало, что у 70% детей с дефицитом витамина Д нормализовался уровень



25-ОН-D. Кроме того, наблюдалось значительное улучшение клинических проявлений: уменьшилась повышенная потливость, повысился мышечный тонус, улучшилось моторное развитие. У детей с пограничным уровнем витамина Д его концентрация стабилизировалась, а клинические признаки практически исчезли.

Обсуждение

Результаты исследования подтверждают высокую актуальность дефицита витамина Д у детей раннего возраста, особенно в возрасте 6–12 месяцев, что соответствует периоду активного роста и повышенной потребности организма в минералах и витамине Д. Наиболее выраженные клинические проявления рахита наблюдались у детей с уровнем 25-ОН-D <30 нмоль/л, включая повышенную потливость, мышечную слабость, раздражительность и замедление моторного развития.

Дети с пограничным уровнем витамина Д демонстрировали менее выраженные симптомы, что указывает на прямую зависимость тяжести клинических проявлений от степени дефицита. Эти данные согласуются с ранее опубликованными исследованиями, где отмечалась связь между низким уровнем витамина Д и ранними признаками рахита.

Амбулаторное наблюдение позволило своевременно выявить дефицит витамина Д и провести коррекцию с помощью терапевтической и профилактической дозы витамина Д3. Контрольное обследование показало нормализацию уровня 25-ОН-D у большинства детей и значительное улучшение клинических проявлений, что подчеркивает эффективность амбулаторной коррекции дефицита витамина Д.

Таким образом, результаты исследования подтверждают, что ранняя диагностика и адекватная терапия дефицита витамина Д в амбулаторно-поликлинических условиях являются ключевыми мерами для профилактики осложнений рахита и улучшения общего состояния ребёнка.

Заключение

Дефицит витамина Д обнаружен у 33% детей, пограничный уровень — у 47%, а нормальный уровень — только у 20%. Наибольший риск дефицита и ранних клинических проявлений рахита наблюдается у детей в возрасте 6–12 месяцев. На амбулаторном уровне чаще всего встречаются следующие признаки дефицита: повышенная потливость, мышечная слабость, раздражительность и замедление моторного развития. Амбулаторное лечение с использованием терапевтических и профилактических доз витамина Д3 эффективно нормализует уровень 25-ОН-D и значительно снижает выраженность клинических симптомов. Раннее выявление и коррекция дефицита витамина Д являются важными мероприятиями для профилактики осложнений рахита и обеспечения нормального физического развития детей раннего возраста.



Использованная литература

1. World Health Organization. *Global prevalence of vitamin D deficiency and its implications for child health*. WHO, 2020.
2. Munns CF, et al. *Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets*. *Horm Res Paediatr*. 2016;85(2):83–106.
3. Holick MF. *Vitamin D deficiency*. *N Engl J Med*. 2007;357:266–281.
4. Mithal A, et al. *Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D*. *Osteoporos Int*. 2009;20:1807–1820.
5. Bener A, et al. *Vitamin D deficiency in children: global overview*. *Pediatr Int*. 2014;56:8–16.