

УДК 616.391-053.2

Юлдашева Азадаxon Сабировна, доцент

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С РАХИТОМ ИЗ АНАМНЕЗА

Резюме: Рахит у детей первых двух лет жизни является распространенным заболеванием, связанным с нарушением фосфорно-кальциевого обмена. При рахите поражается преимущественно костная система, наблюдаются нарушения со стороны центральной нервной системы, многих внутренних органов, снижается сопротивляемость организма ребенка к инфекциям.

В основе рахита лежит дефицит витамина Д, необходимого для усвоения кальция, фосфора, других микроэлементов и витаминов, которые нужны для роста костной ткани ребенка. Проблема нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей в последние годы приобретает важное значение в связи со снижением социально-экономических условий жизни, ухудшением состояния здоровья матерей.

Ключевые слова: рахит, ранний детской возраст, деформация, гиповитаминоз.

Yuldasheva Azadakhan Sabirovna, Associate Professor

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

Andijan State Medical Institute

CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY OF MOTHERS OF CHILDREN WITH RICKETS FROM THE ANAMNESIS

Resume: Rickets in children of the first two years of life is a common disease associated with a violation of calcium-phosphorus metabolism. With rickets, the skeletal system is affected mainly, disorders of the central nervous

system, many internal organs are observed, and the child's resistance to infections decreases.

The basis of rickets is a deficiency of vitamin D, which is necessary for the absorption of calcium, phosphorus, other trace elements and vitamins, which are necessary for the growth of the child's bone tissue. The problem of violation of phosphorus-calcium metabolism in children in recent years is gaining importance in connection with a decrease in socio-economic living conditions, worsening maternal health.

Key words: rickets, early childhood age, deformation, hypovitaminosis.

Актуальность. Рахит - заболевание, обусловленное временным несоответствием между потребностями растущего организма в кальции и фосфоре и недостаточностью систем, обеспечивающих их доставку в организм ребенка, ведущим патогенетическим звеном которого является дефицит витамина D и его активных метаболитов в период наиболее интенсивного роста организма[2,6]. Рахит широко распространен у детей первых двух лет жизни. В раннем детском возрасте (особенно на первом году жизни) заболевания (или состояния), связанные с нарушением фосфорно-кальциевого обмена, занимают ведущее место. Это обусловлено чрезвычайно высокими темпами развития ребенка: за первые 12 месяцев жизни масса тела увеличивается в среднем в 3 раза, длина – в 1,5. Такое интенсивное увеличение размеров тела очень часто сопровождается абсолютным или относительным дефицитом кальция и фосфора в организме[1,4]. К развитию кальций- и фосфопенических состояний приводят разнообразные факторы: дефицит витаминов (главным образом витамина D), нарушения метаболизма витамина D в связи с незрелостью ряда ферментных систем, снижение абсорбции фосфора и кальция в кишечнике, а также реабсорбции их в почках, нарушения эндокринной

системы, регулирующей фосфорнокальциевый обмен, отклонения в микроэлементном статусе и многое другое. Существенно реже встречаются гиперкальциемические состояния. Они носят, как правило, иатрогенный характер, но представляют не меньшую угрозу организму, чем гипокальциемии[1,3]. Витамин D-дефицитные состояния достаточно нередки не только в младенческом возрасте, но и у более старших детей, в частности, подростков и даже у взрослых (особенно пожилых). У подростков и взрослых при выявлении дефицита витамина D используют термины «остеопения», «остеопороз», «остеомаляция».

Профилактику рахита нужно проводить ещё в период беременности. Беременная должна не менее 2-4 часов ежедневно, в любую погоду совершать прогулки на свежем воздухе. Необходимо соблюдение режима дня беременной женщины, в том числе достаточно продолжительный сон днем и ночью. Чрезвычайно важно организовать рациональное питание беременной (ежедневно употреблять не менее 180 г мяса, 100 г рыбы — 3 раза в неделю, 100—150 г творога, 30—50 г сыра, 300 г хлеба, 500 г овощей, 0,5 л молока или кисломолочных продуктов). Вместо молока можно применять специальные молочные напитки, предназначенные для беременных и кормящих женщин («Думил мама плюс», «Энфамама», «Фемилак») и способные предупредить нарушения фосфорно-кальциевого обмена у плода и матери во время беременности и в период лактации. «Думил мама плюс» содержит высококачественные сывороточные белки, обладающие высокой питательной ценностью, углеводы, стимулирующие рост нормальной микрофлоры кишечника, а также всасывание кальция и магния в кишечнике.

При отсутствии этих специальных молочных напитков можно рекомендовать прием поливитаминных препаратов на протяжении всего периода лактации. Регулярный прием поливитаминных препаратов может предупредить нарушение фосфорно-кальциевого обмена в организме

беременной и тем самым обеспечить развивающийся плод кальцием, фосфором, витамином D.

Беременным женщинам из группы риска (нефропатии, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ревматизм и др.) начиная с 28–32-й недели беременности необходимо дополнительно назначать витамин D в дозе 500—1000 МЕ в течение 8 недель вне зависимости от времени года[5]. Вместо препаратов витамина D₃ в зимний и весенний периоды года, и особенно в северных районах, можно применять ультрафиолетовое облучение, способствующее эндогенному синтезу холекальциферола. Начинать облучение необходимо с 1/4 биодозы, постепенно увеличивая ее до 2 биодоз. Минимальное расстояние - 1 метр. Курс — 20—30 сеансов ежедневно или через день.

Цель исследования: Изучить особенности течения беременности и родов матерей больных детей рахитом.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования явились 40 детей с разными проявлениями рахита (начало, разгар) и 20 детей без проявления рахита. Критериями включения в исследование явилось наличие у пациентов в анамнезе или при клиническом обследовании симптомов рахита.

Диагностика заболевания основывалась на выявлении при клиническом обследовании характерных для рахита вегетативных симптомов (потливость волосистой части головы, разлитой красный дермографизм), мышечной гипотонии или признаков остеомаляции и остеоидной гиперплазии со стороны костной системы. Указанные вегетативные симптомы нами относились к проявлениям рахита в том случае, если они отсутствовали у ребенка с рождения, появлялись к возрасту 2-4 месяцев на фоне активного роста и предшествовали или сочетались с характерными костными изменениями. Дополнительным критерием, позволившим относить симптомы вегетативной дисфункции к

проявлениям рахита у младенцев, явилось уменьшение их выраженности или исчезновение при дополнительном назначении ребенку витамина D. Составлены анкеты для матерей больных детей рахитом, изучены объективные и лабораторные показатели минерального обмена (Ca, P, щелочной фосфатазы). Материал обработан статистически (вычислены критерии t и оценены по таблице Стьюдента-Фишера).

Результаты исследования: При изучении анамнеза матерей больных детей рахитом, выяснено, что у них беременность протекала более осложнено, на фоне различных заболеваний: грипп (43,3%), что намного выше показателя у матерей здоровых детей (10%), разница статистически существенна ($p<0,05$), что изображено на рис.1.

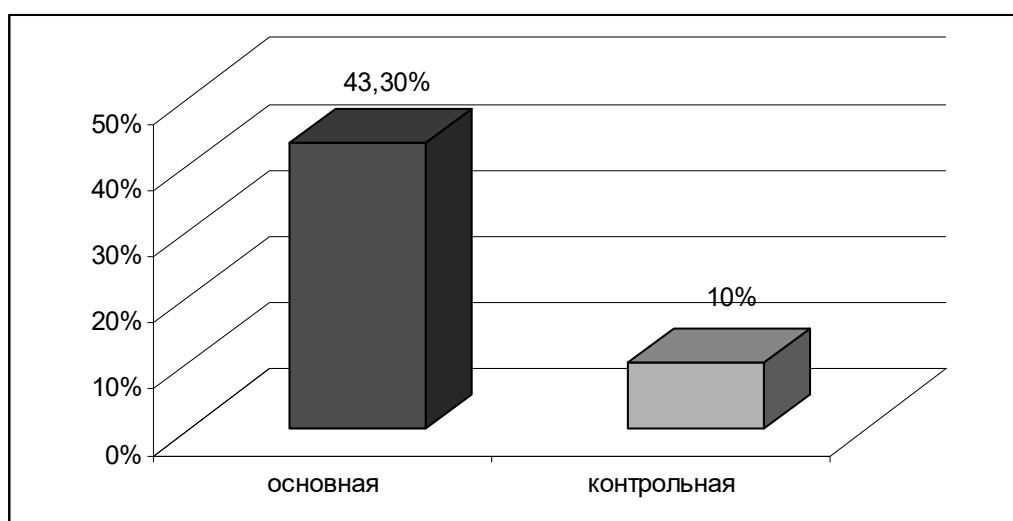


Рис.1. Частота гриппа у беременных основной и контрольной групп

Анемия также встречается у беременных основной группы (90%), нежели у беременных контрольной группы (20%), разница статистически существенны ($p<0,01$) (рис.2). При сравнении беременных основной и контрольной групп также обнаружено, что пиелонефрит (36,7%), преэклампсия (23,3% против 20%) встречается чаще у матерей детей с рахитом. При сравнении угрозы у беременных матерей сравниваемых групп разница не выявлена, т.е. показатели у обеих групп равны 10%.

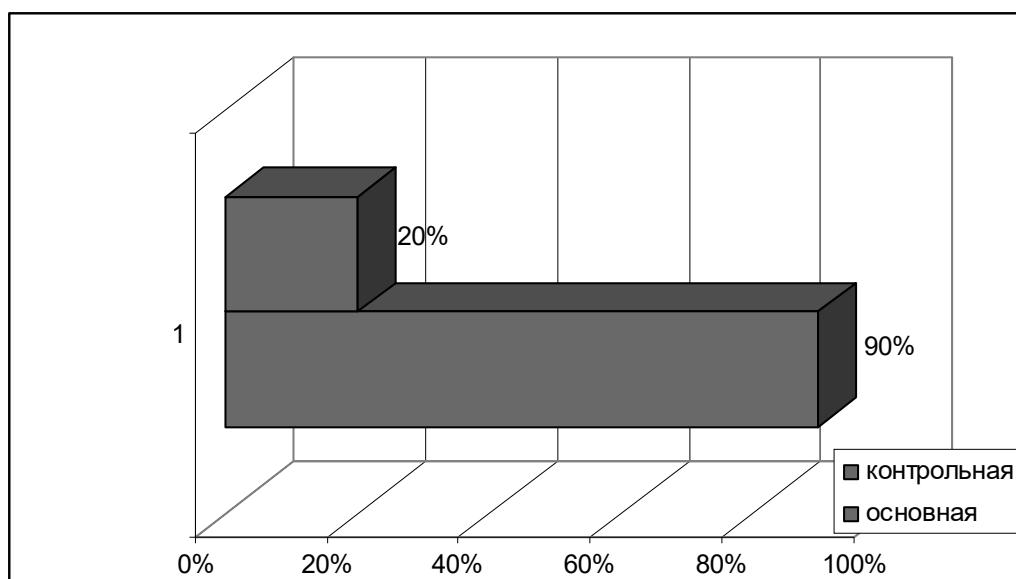


Рис.2. Частота анемии у беременных основной и контрольной групп

Выяснено также, что роды матерей больных детей рахитом протекали тяжелее, чем у контрольной группы. Так в первой группе роды с осложнениями составили 26,7%, а у второй – 10%; роды без осложнений матерей первой группы на 16,7% выше, чем у матерей контрольной второй группы. У остальных матерей больных детей рахитом роды протекали нормально (56,7%), а у матерей здоровых детей нормальные роды составили 90%, разница статистически существенна ($p<0,05$).

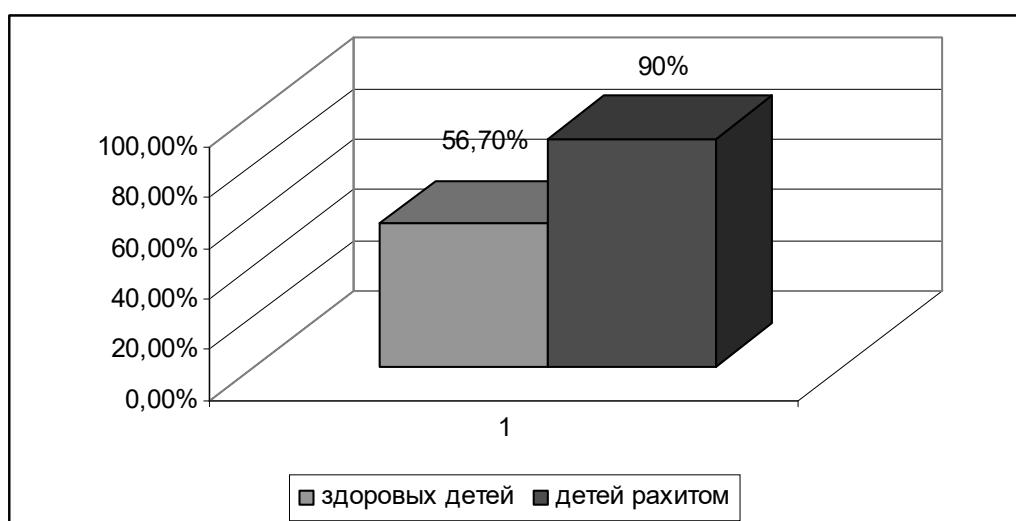


Рис.3. Частота нормальных родов у матерей здоровых детей и у матерей больных детей рахитом

Установлена большая заболеваемость рахитом детей, родившихся от матерей с экстрагенитальной патологией (21,4%), имеющих вредные привычки (23,1%) или проживающих в неблагополучных социально-экономических условиях (25,6%).

Выводы: Беременность и роды матерей больных детей рахитом протекали более тяжело, с осложнениями, что видимо сказывается в недостатке у их детей витамина Д и минералов. Специфическая профилактика рахита в современных условиях должна проводиться с учетом факторов риска, среди которых особое значение имеют сопутствующая патология ЖКТ и почек, ускоренные темпы прибавки в массе и росте на первом году жизни, а также недоношенность, внутриутробная гипотрофия и патология раннего неонatalного периода.

Необходимо дифференцированно подходить к течению беременности, характеру питания беременных женщин с целью первичной профилактики. Беременным целесообразно проведение профилактики дефицита кальция путем назначения творога. Правильное питание, употребление в пищу мясных, молочных продуктов беременной женщиной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.Архипова Н.Н. Фосфатно-кальциевый гомеостаз у детей в критические периоды роста, его нарушения, пути коррекции: автореф. дис. ... докт. мед. наук / Н.Н. Архипова. — Н. Новгород, 2006. — 46 с.
- 2.Захарова И.Н. Витамин D: новый взгляд на роль в организме: учеб.пособие / И.Н. Захарова, Т.Э. Боровик, Т.М. Творогова. — М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. — 101 с.
- 3.Мальцев С.В. Витамин D, кальций и фосфаты у здоровых детей и при патологии / С.В. Мальцев, Н.Н. Архипова, Э.М. Шакирова — Казань, 2012. — 114 с.
- 4.Munns C.F., Shaw N., Kiely M., et al. Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets. Horm Res Paediatr 2016;85:83-106.
- 5.N. Atapattu Approach to a child presenting with rickets Sri Lanka Journal of Child Health, 2013; 42(1): 40–44.

6. Weisberg P., Scanlon K., Li R., Cogswell M.. Nutritional rickets among children in the United States: review of cases reported between 1986 and 2003 American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 80, No. 6, 1697S-1705S, December 2004