

ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ РАЗМЕРАМИ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА

Н. К. Шошина

Кафедра факультетской педиатрии (зав.—проф. К. А. Святкина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Проведено наблюдение в динамике за развитием 68 детей, рожденных с малыми размерами большого родничка. Уровень их физического и психического развития был тот же, что и у детей контрольной группы. У части обследованных выявлены признаки рахита (32,5% — у детей с малыми размерами родничка и 35,3% — в контрольной группе). Обсуждается проблема проведения профилактики рахита у детей с малыми размерами лобного родничка.

Ключевые слова: дети грудного возраста, большой родничок, рахит, профилактика.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

В последние годы отмечается некоторое увеличение числа детей, рождающихся с закрытым или уменьшенным размером большого родничка. Существуют мнения, что в подобных случаях детям может угрожать развитие краниостеноза или микроцефалии [1—3]. Принято считать, что большой родничок у новорожденных бывает в пределах от $1,8 \times 2$ см до $2,8 \times 3$ см, который закрывается к концу первого года жизни, иногда позже.

Причины малых размеров большого (лобного) родничка при рождении и более ранних сроков его закрытия у детей остаются неясными. Новые сведения о метаболизме витамина D в организме и его влиянии на фосфорно-кальциевый обмен дали основание некоторым клиницистам предположить связь между ранним закрытием родничка и массовой D-витаминизацией детей раннего возраста. Появилась большая настороженность к использованию витамина D для профилактики рахита, в связи с чем значительная часть детей с малыми размерами большого родничка не получает его, а между тем они нередко заболевают рахитом [4, 6].

В течение года под нашим наблюдением и обследованием в динамике находилось 68 детей, родившихся с закрытым и малым размером лобного родничка. 5 детей имели закрытый родничок при рождении, у 12 его размеры были равны $0,5 \times 0,5$ см, у 14 — 1×1 см, у 12 — $1 \times 1,5$ см и у 25 — $1,5 \times 1,5$ см. Для контроля обследован 31 ребенок с размерами родничка при рождении 2×2 см и более.

В анамнезе особо обращали внимание на состояние здоровья матери, сбалансированность ее питания во время беременности и лактации, а также на течение беременности и родов. При объективном обследовании учитывали соматический статус ребенка, физическое и нервно-психическое развитие. Детей осматривали каждые 3 мес, определяли массу тела, рост, окружность головы и груди, размеры большого родничка. У большинства из них изучали уровень кальция, фосфора, активность щелочной фосфатазы (ЩФ) в сыворотке крови, по показаниям проводили реакцию Сулковича, рентгенографию дистальных отделов костей предплечья. Наблюдаемые группы детей были идентичными по полу и возрасту, в преобладающем большинстве рождены от молодых и здоровых родителей в результате первой беременности и родов.

Следует указать, что среди матерей, родивших детей с малым лобным родничком, редко встречались женщины до 20 лет, причем в их анамнезе различные отклонения в течении беременности и родов отмечались чаще. Средний возраст матерей, родивших детей с закрытым родничком, равен 26 годам (24—31 год). Мы не выявили зависимости рождения детей с малым лобным родничком от времени года. В обеих группах большинство из них родились в осенне-зимний период.

Более половины новорожденных в основной и контрольной группах находилось на раннем смешанном и искусственном вскармливании (63,2 и 71%).

Мы попытались определить частоту рождения детей с малым размером лобного родничка в зависимости от проводимой антенатальной профилактики рахита. Полноценную профилактику в виде 10 сеансов УФ-облучения или курса D-витаминизации (ежедневно 500 МЕ витамина D в течение 2 последних месяцев беременности) получили 38,2% женщин в основной и 48,4% — в контрольной группе. Неполный курс (2—4 сеанса УФ0) — 26,5 и 22,6% соответственно. 35,3% женщин основной и 29% контрольной группы антенатальную профилактику совсем не проводили.

Среди детей с закрытым и маленьким лобным родничком при рождении ($0,5 \times 0,5$ см) антенатальная профилактика рахита была назначена 23,5% матерей. Нами не отмечена также зависимость сроков закрытия родничка от проводимой антенатальной профилактики рахита. В основной и контрольной группах число детей с рано закрывшимся родничком (до 6 мес) было примерно одинаковым (57,7 и 69,5%). Постнатальная профилактика рахита реже проводилась детям с малыми размерами лобного родничка, большинство из них получали витамин D кратковременно или нерегулярно. Совсем исключили витамин D у 42,7% детей основной и у 22% контрольной группы.

Представлялось важным выявить влияние витамина D на сроки закрытия большого родничка. Практически здоровым детям с малым размером большого родничка витамин D назначали с целью профилактики дробно (500 МЕ в сутки), некоторые получали рыбий жир или УФО. По нашим данным, витамин D не вызывал каких-либо побочных реакций; проба Сулковича была отрицательной или слабо положительной; не отмечено также ускорения темпов закрытия родничка и изменений в состоянии межкостных швов; не нарушен рост головы; физически дети не отставали от сверстников, что согласуется с данными других авторов [5].

Физическое развитие всех обследованных было гармоничным (см. табл.). Тем не менее у 6 детей (8,8%) к 1 году установлены несколько уменьшенные размеры головы (от 41 до 43 см в окружности). У 4 из них в анамнезе имелись натальная травма головного мозга и недоношенность, у их матерей — патология беременности и родов. У одного ребенка мать во время беременности, протекавшей с токсикозом, одновременно получала витамин D и УФ-лучи. Лишь в одном случае не удалось установить какой-либо причины. Большой родничок у 3 детей закрылся к 6 мес, у 3 — в 7—10 мес. Витамин D этим детям не назначали.

Физическое развитие детей, родившихся с малым размером большого родничка

Показатели физического развития	Группы детей	
	с размером большого родничка до $1,5 \times 1,5$ см	с размером большого родничка до 2×2 см и более
Окружность головы при рождении, см	$35,3 \pm 0,3$	$35,5 \pm 0,2$
Окружность головы в 6 мес, см	$43,1 \pm 0,4$	$43,1 \pm 0,1$
Окружность головы в 1 год, см	$45,7 \pm 0,4$	$46,3 \pm 0,2$
Масса тела при рождении, г	3426 ± 350	3381 ± 280
Масса тела в 6 мес, г	7450 ± 210	7914 ± 300
Масса тела в 1 год, г	10240 ± 320	10267 ± 410
Сроки появления зубов, мес	6,7	7
Развитие статических функций:		
начали сидеть, мес	6	6
начали ходить, мес	11,5	11

Несмотря на малые размеры родничка при рождении, у 44% наблюдавшихся нами детей он закрылся в 9—12 мес. Характерно, что у некоторых родничок, довольно быстро уменьшаясь в первые месяцы жизни, в дальнейшем на протяжении 3—4 мес оставался без изменений (чаще в пределах $0,5 \times 0,5$ см) и окончательно закрывался к 1 году. У детей, не получавших витамин D с целью профилактики, рахит встречался более часто (50%, $P < 0,05$). У 13,7% из них выявлен рахит II степени. Установлена определенная зависимость возникновения данного заболевания от возраста ребенка (чаще с 3 до 6 мес), времени года (чаще зимой и весной), характера вскармливания. Как правило, рахит в обеих группах развивался на фоне других сопутствующих заболеваний: экссудативно-катарального диатеза, анемии, острых респираторных заболеваний.

Диагноз рахита ставили на основании анамнеза, наличия не менее 3 клинических признаков, а также показателей фосфорно-кальциевого обмена в крови и рентгенологических данных. В большей степени наблюдались потливость (48%), облысение затылка (68%), теменные бугры (48%), гипотония мышц (44%). У детей, рожденных с малым размером большого родничка, чаще констатировали явления остеонидной гиперплазии: четки, теменные бугры ($P < 0,02$), позднее прорезывание зубов ($P < 0,05$). У детей контрольной группы отмечались признаки остеомаляции: податливость краев большого родничка, уплощение затылка, деформация головы и

грудной клетки ($P < 0,05$). Уровень неорганического фосфора, кальция, активность ЩФ у больных рахитом обеих групп существенно не отличались.

У матерей, дети которых родились с малыми размерами лобного родничка, чаще регистрировались различные отклонения в родах (38,2 и 28%), преждевременные роды (12 и 8,2%), перенашивание (8,8 и 6,4%). Следует отметить и часто встречающуюся у таких детей различную натальную патологию головного или спинного мозга ($P < 0,02$), причем более чем у половины из них большой родничок закрылся до 6 мес (56,3%). Все они в последующем наблюдались невропатологом, у 5,7% детей выявлена пренатальная гипотрофия. Нередко натальная патология мозга сопровождалась недоношенностью или врожденной гипотрофией. У двоих обнаружено сочетание косоплоскости и врожденного порока сердца. В течение года у части детей основной группы наблюдались небольшие неврологические нарушения в виде косоглазия (у 3), миотонического синдрома (у 2), беспокойства (у 5), повышения сухожильных рефлексов (у 2).

Нервно-психическое развитие всех детей к 1 году соответствовало возрастной норме. Лишь один ребенок, рожденный преждевременно, в асфиксии, с явлениями натальной травмы головного мозга и пренатальной гипотрофией, к 1 году отставал от сверстников в психическом и физическом развитии.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что дети с уменьшенным или закрытым большим родничком при рождении развиваются гармонично, соответственно возрастным нормам. Малые размеры большого родничка чаще выявляются у детей с различной патологией в родах и последующим развитием натальной травмы головного или спинного мозга, именно поэтому они нуждаются в тщательном наблюдении педиатра и невропатолога. В связи с возможным развитием микроцефалии с профилактической целью назначать им витамин D не рекомендуется.

При хорошем нервно-психическом и физическом развитии детей с малым размером большого родничка профилактику рахита следует проводить обычным дробным методом (400—500 МЕ в сутки). По нашим данным, витамин D отрицательного влияния на развитие детей и темпы закрытия родничка не оказывает. Прямой связи между рождением детей с малыми размерами лобного родничка и антенатальной профилактикой рахита не установлено. Одновременное проведение у беременных женщин D-витаминизации и ультрафиолетового облучения противопоказано.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калиткин К. Н. *Вопр. охр. мат.*, 1971, 11.— 2. Козырев В. А. *Краниостеноз*. Л., Медицина, 1962.— 3. Копылов М. Б. *Журн. невропатол. и псих.*, 1965, 5.— 4. Святкина К. А. *Педиатрия*, 1981, 2.— 5. Таболин В. А., Дешкина М. Ф., Сахарова Т. В. *Вопр. охр. мат.*, 1968, 4.— 6. Чебуркин А. В. *Педиатрия*, 1979, 10.

Поступила 8 декабря 1981 г.

УДК 616.632.18+616.61—053.1:616.127—053.2

СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ФОСФАТНЫМ ДИАБЕТОМ И БОЛЕЗНЬЮ ДЕ ТОНИ — ДЕБРЕ — ФАНКОНИ

Ф. М. Терещенко

Кафедра педиатрии № 1 (зав.— проф. С. В. Мальцев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Проведено комплексное клиническое, рентгенологическое, биохимическое, поликардиографическое обследование 15 больных фосфатным диабетом и 16 детей с болезнью де Тони—Дебре—Фанкони. Установлено нарушение сократительной способности миокарда, степень которого определялась характером и тяжестью метаболических сдвигов. Изучение сократительной функции миокарда имеет практическое значение при оценке тяжести заболевания, эффективности терапии и при подготовке больных к хирургической коррекции костных деформаций.

Ключевые слова: фосфатный диабет, болезнь де Тони—Дебре—Фанкони, миокард, поликардиография.

1 таблица. Библиография: 3 названия.

Развивающиеся при различных формах рахитоподобных заболеваний глубокие нарушения минерального и электролитного обмена, несомненно, влияют на деятельность сердечной мышцы. Однако до сих пор были изучены лишь электрокардиографи-