

EUROOPA PEDIAATRILISE GASTROENTEROLOOGIA, HEPATOLOOGIA JA TOITMISE ÜHINGU (ESPGHAN) KONSENSUSSEISUKOHT D-VITAMIINIVAEGUSE PUUDUSE KOHTA IMIKUTEL, LASTEL JA NOORUKITEL

D-vitamiini vähesus lastel on jätkuvalt aktuaalne teema, kuid siiani pole üksmeelset hinnangut, millist D-vitamiini taset veres hinnata lastel puuduseks ja millal on vaja D-vitamiini lisaks manustada. Hästi on teada D-vitamiinivaeguse mõju loo mineraalse tiheduse kujunemisele, kuid mõju kohta skeletiväliste haiguste arengule on vähe tõestatud andmeid.

Euroopa pediaatrilise gastroenteroloogia, hepatoloogia ja toitmise ühingu toitmiskomitee (ESPGHAN Nutrition Committee) soovitude järgi kuuluvad vitamiinivaeguse riskirühma rinnapiimatoidul olevad imikud, põhjamaades elavad tumedanahalised, adipoossed lapsed ja lapsed, kes ei saa erinevatel põhjustel piisavalt päikest. Lisaks kuuluvad vitamiinivaeguse riskirühma lapsed, kellel on kas krooniline maksa-, neeru- või seedetraktihaigus, ning lapsed, kes saavad kas epilepsiaravimeid (fenütoiin, karbamasepiin) või süsteemset glükokortikoidi.

Enim on D-vitamiinivaegusest ohustatud rinnapiimatoidul olevad imikud, sest rinnapiim ei sisalda D-vitamiini piisavalt, et tagada vajalikku kaltsiumiainevahetust. ESPGHANi toitmiskomitee soovitab anda rahhiidi ennetamiseks kõigile rinnalastele D-vitamiini 400 rahvusvahelist toimeühikut (RÜ) päevas.

Kui imik mingil põhjusel ei saa rinnapiima, toidetakse teda piimaseguga. Enamik piimasegusid on valmistatud lehmapiimast ja kõigile piimasegudele on D-vitamiini lisatud 40–100 RÜd piimasegu 100 kcal kohta.

Kui D-vitamiini lisamanustamise vajadus imikutele ja D-vitamiinivaeguse riskirühmale on hästi teada,

siis lisamanustamise vajaduse kohta tervetele üle üheaastastele lastele Euroopas ühtseid soovitusi ei antud ei ole. Kuna D-vitamiini peamiseks allikaks on UVB-kiirguse toime selle süntees nahas ja Euroopa eri laiuskraadidel on päikesekiirguse intensiivsus aastaajast tingitult varieeruv, soovitatakse üle üheaastastele tervetele lastele D-vitamiini lisamanustamist kaaluda, lähtudes kohalikest oludest.

D-vitamiini vaeguse ja vähesuse hindamiseks kliinilises töös on esitatud järgmised pragmaatilised seisukohad:

- lapsel on D-vitamiini vähesus, kui vere 25(OH)D sisaldus on alla 50 nmol/l;
- lapsel on D-vitamiini vaegus, kui vere 25(OH)D sisaldus on alla 25 nmol/l;
- D-vitamiini tase on piisav, kui vere 25(OH)D sisaldus on üle 50 nmol/l.

On leitud, et enamikul rahhiiti haigestunud imikutel ja osteomalaatsiaga noorukitel on vere 25(OH)D sisaldus alla 25 nmol/l. Kuid on ka juhte, mil vere 25(OH)D sisaldus on 50 nmol/l piires. Seetõttu arvatakse, et nii rahhiidi kui ka osteomalaatsia kujunemist mõjutab peale D-vitamiini ka toiduga saadav kaltsiumikogus.

Praegu puudub üksmeelne hinnang D-vitamiini potentsiaalselt toksilise annuse ja D-vitamiini suurenenud sisalduse kohta veres, mis põhjustavad hüpervitamiinooosi.

ESPGHANI toitmiskomitee ei ole andnud soovitusi D-vitamiini ohutute annuste kohta ja on viidanud Euroopa toiduohutusameti soovitustele. Annused, mis ei põhjusta hüpervitamiinooosi, on imikul 1000 RÜd

päevas, 1–10aastastel kuni 2000 RÜd päevas ja 11–17 aastastel kuni 4000 RÜd päevas.

Lastel ja noorukitel on uuritud põhjuslikke seoseid D-vitamiinivaeguse ja 1. tüüpi diabeeti, astmase ja respiratoorsetesse infektsioonidesse haigestumise vahel. Praegu ei ole piisavalt tõendeid, et D-vitamiini vähesus mõjutaks nende haiguste arenguriski lastel ja noorukitel ning üksnes nende haiguste ennetamise eesmärgil ei soovitata tervetele lastele D-vitamiini lisaks manustada.

ALLIKAD

1. Braegger C, Campoy C, Colomb V, et al. Vitamin D in the healthy European paediatric population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013;56:692–701.
2. EFSA Panel on Dietetic Products NaACA. Scientific opinion on the tolerable upper intake level of vitamin D. *EFSA J* 2012;10:45.



Heli Grünberg –
TÜ Kliinikumi
lastekliinik