

Патологическая анатомия рахита очень характерна. При раннем рахите макроскопические изменения сильно прослеиваются в костях черепа, на соединении хрящевого и костного отделов ребер и в мета-эпифизарных зонах длинных трубчатых костей, т. е. в самых активно растущих местах скелета.

Кости черепа растут неспешно и увеличение их происходит в основном за счет увеличения родничков, которые длительное время остаются незакрытыми. Кости черепа истончаются, иногда образуются дефекты кости (краниотабес), чаще всего в области ламбдовидного шва. На соединении хрящевого и костного отделов ребер появляются утолщения (особенно отчетливые с внутренней поверхности VI, VII, VIII ребер), именуемые рахитическими четками. Аналогичные расширения суставных концов костей наблюдаются в длинных трубчатых костях. Гистологически обнаруживается, что в зоне энхондрального роста возникает в избытке хрящевая и остеοидная ткань, которая не подвергается [обызвествлению](#). Хрящевые клетки расположены в хаотичном порядке. Ростковая зона хряща переходит в «рахитическую зону», ширина которой пропорциональна степени заболевания. Кортикальный слой диафизов тонкий за счет лакунарного лизиса кости, она становится менее плотной и может даже отклоняться от срединной линии. В диафизе остеοидная ткань в одних случаях образуется быстро, а в других — медленно. Иногда появляются **микрoпереломы** отдельных костных балок, которые вместе с костной мозолью диагностируются на рентгенограмме в виде зоны просветления (лозеровские зоны). В связи с обширным образованием остеона, неспособного к обызвествлению, формирование полноценной кости крайне замедляется.

Прочитать еще:

- 1) [Теория аутоиммунитета](#)
- 2) [Протеиногенные пигменты](#)
- 3) [Причины и механизмы развития ожирения](#)