



UNIVERSAL INSIGHTS CONFERENCE ON SCIENCE AND SOCIETY

international scientific conference

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛГОРИТМА КОРРЕКЦИИ ОСТЕОПЕНИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

Кулдашев С.Ф.,
Мухамадиева Л.А.

Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: острая ревматическая лихорадка, дети, остеопения, денситометрия, минеральная плотность костной ткани.

Введение. Хроническое воспаление, гиподинамия и недостаточное поступление кальция при ОРЛ могут нарушать набор пиковой костной массы. Денситометрический мониторинг у таких детей в клинической практике почти не применяется.

Цель. Оценить минеральную плотность костной ткани (МПК) у детей с ОРЛ, выявить факторы риска остеопении и оценить эффективность разработанного алгоритма коррекции.

Материалы и методы. Обследовано 157 детей с ОРЛ в возрасте 5–15 лет. МПК (BMD, г/см²; Z-score) определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA, DPX MD+, LUNAR, США) в поясничном отделе позвоночника (L1–L4), шейке бедренной кости и костях предплечья. Контролем служили здоровые сверстники. Оценивали антропометрию по стандартам ВОЗ, питание (анкетирование родителей) и физическую активность. При истинной гипокальциемии назначали карбонат кальция («Жемчужный кальций») и

UNIVERSAL INSIGHTS CONFERENCE ON SCIENCE AND SOCIETY

international scientific conference

витамин D. Эффект оценивали до лечения (n=81), через 1 месяц (n=53) и через 3 месяца (n=35).

Результаты. Наименьшие значения BMD зарегистрированы в пубертатном периоде. Наибольшие отличия от здоровых детей выявлены в области L2 и костей предплечья. Z-score положительно ассоциировался с индексом массы тела. Низкая физическая активность отмечена у 75 (47,8%) детей, недостаточное потребление кальция с пищей — примерно у 25%. Факторами риска остеопении оказались рецидивирующее течение, хорея, кардит, дефицит витамина D, гипокальциурия и гиподинамия. Через 3 месяца лечения сывороточный кальций повысился:

- у детей 5–10 лет — с $2,0 \pm 0,08$ до $2,4 \pm 0,03$ ммоль/л ($p < 0,05$);
- у детей 11–15 лет — с $1,8 \pm 0,04$ до $2,3 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Частота обострений снизилась с $3,05 \pm 0,12$ до $1,58 \pm 0,62$.

Заключение. Снижение МПК в области L2 и предплечья можно рассматривать как ранний маркер остеопении у детей с ОРЛ. Стратифицированный алгоритм улучшает показатели кальциевого обмена и ассоциирован со снижением частоты обострений. Для подтверждения результатов необходимы контролируемые исследования.