

вило 6,3 (2,0; 17,8) мес у пациентов с НБО и 0,1 (0,03; 0,17) мес у пациентов с ОГО ($p=0,0000001$). Не отмечено различий в уровне гемоглобина и тромбоцитов, выявлена тенденция более высокому уровню лейкоцитов при ОГО 12,6 x 10⁹/л (8,4; 15,5), в сравнении – 7,8 x 10⁹/л (6,7; 9,2) при НБО. Выявлены различия в показателях СОЭ – 39,5 (25,0; 58,0) мм/ч и 26,0 (11,0; 41,0, $p=0,009$), СРБ 65,0 мг/л (20,0; 146,0) и 8,2 мг/л (4,3; 34,0, $p=0,01$) у пациентов с ОГО и НБО, соответственно. У 29/43 (67,4%) пациентов с ОГО из биоптата кости идентифицирован инфекционный возбудитель, тогда как при НБО в 100% случаев результаты бактериологического исследования пункта-

та кости были стерильны. Заболевание сопровождалось симптоматикой артрита в 69,2% (НБО) и 23,4% случаев (ОГО), ($p=0,000005$). Лихорадка отмечена у 43/47 (91,5%) и 20/52 (38,5%) пациентов с ОГО и НБО ($p=0,0000001$). Монофокальное поражение встречалось у всех пациентов с ОГО, тогда как при НБО в лишь у 10/52 (19,2%) больных ($p=0,0000001$).

Выводы. Проведен анализ клинико-лабораторных особенностей НБО и ОГО. Выявлены достоверные различия между группами по активности заболевания, количеству очагов поражения, времени от дебюта до постановки диагноза.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

МАНСУРОВА Г.Ш., МАЛЬЦЕВ С.В.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань

Цель: Изучить распространенность снижения минеральной плотности костной ткани у детей длительно находящихся на безмолочной диете в возрасте от 2 до 10 лет с применением количественной ультразвуковой сонометрии.

Материал и методы. Проведено исследование минеральной плотности костной ткани у 30 детей в возрасте от 2 до 10 лет с диагнозом atopический дерматит, находившихся на стационарном лечении в Городском аллергологическом центре г. Казани. Для оценки состояния минеральной плотности костной ткани у детей применялась количественная ультразвуковая сонометрия, основанная на измерении скорости ультразвука в кости. Исследование проводилось в двух точках: на большеберцовой и лучевой костях. Для проведения исследования применялся аппарат Omnisense-7000.

Результаты. Из анамнестических данных обследованных детей было установлено, что большинство из них на 1 году жизни получали грудное вскармливание (26 детей, 87%), из них до 6 месяцев – 15 детей (57%), до 12 месяцев – 11 детей (30%), оставшиеся 13% – искусственное вскармливание. Ни один ребенок из обследованной группы ранее не получал препараты солей кальция. На момент осмотра и

проведения остеоденситометрии 22 (73,3%) ребенка были на строгой безмолочной диете, 8 детей (26,7%) – имели период безмолочной диеты в анамнезе (на момент осмотра получали кисломолочные продукты). У 12 детей на безмолочной диете (54,5%) выявлено снижение минеральной плотности костной ткани, среди которых остеопения была установлена у 10 детей (83,3%), остеопороз – у 2 детей (16,6%). Из них большинство (8 детей, 66,6%) имели остеопению в области лучевой кости, остальные 33,4% – сочетанную остеопению лучевой и большеберцовой кости. Среди 8 детей получающих кисломолочные продукты (с безмолочной диетой в анамнезе) у 2 детей (25%) также была установлена остеопения, выявленная на лучевой кости.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что дети с atopическим дерматитом, находящиеся на безмолочной диете составляют группу риска по развитию остеопении и остеопороза. Исходя из вышесказанного, дети с atopическим дерматитом длительно находившиеся или находящиеся на безмолочной диете нуждаются в дотации кальция в рацион питания, а также в проведении скрининговой остеоденситометрии.

ФАКТОРЫ ВЛИЯНИЯ НА МИНЕРАЛИЗАЦИЮ СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

ПОЛЯКОВА Е.Ю., ЩЕПЛЯГИНА Л.А.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

У детей с некомпенсированным сахарным диабетом 1 типа (СД1), ввиду дефицита инсулина и недостаточной секреции инсулиноподобного фактора роста-1, нарушаются процессы роста и минерализации скелета. Решение данной проблемы усугубляется тем, что практически все дети с СД1 недостаточно обеспечены витамином D, который играет важную роль в образовании инсулина β -клетками поджелудочной железы.

Для прогноза развития скелета у этой категории пациентов большое значение имеет изучение взаимоотношений между ростом ребенка с СД1, обеспеченностью его кальцием и уровнем гликированного гемоглобина (HbA1c).

Цель: проанализировать состояние минерализации скелета и композиционный состав тела у детей с СД1.

Материал и методы. Обследовано 82 ребенка от 4-х до 15 лет с длительностью СД1 не менее 1 года. Дети пубертат-

ного возраста составили 61%, дети в возрасте до 11 лет – 39%. Оценку минеральной плотности кости (МПК) и композиционного состава тела (содержание минерала в костях, ВМС; жировая и мышечная масса) проводили методом двуэнергетической рентгеновской денситометрии (ДРА) на денситометре Discovery A (Hologic, США). Исследовали МПК поясничного отдела позвоночника (прямая проекция) и всего скелета по программе Whole body, «WB». Результаты исследования МПК позвоночника сравнивались с референсной базой данных прибора и отечественными нормативами (Щеплягина Л.А. с соавт, 2004). Критическими значимыми считали значения МПК ниже – 2 SD (ISCD, 2013). Анализировали показатели общего и ионизированного кальция, фосфора, паратиреоидного гормона (ПТГ), маркеров костного ремоделирования.

Степень компенсации сахарного диабета оценивали по уровню HbA1c (%). Витамин D определяли по содержанию