

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Почкайло А.С.¹, Галашевская А.А.²

¹Минская областная детская клиническая больница, Минск, Республика Беларусь;

²Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: дети; воспалительные заболевания кишечника; денситометрия; остеопороз; диагностика

Актуальность. Дети с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК: болезнь Крона, язвенный колит) являются группой высокого риска по снижению минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и развитию вторичного остеопороза. Это сопряжено не только с возможным развитием остеопороза в детстве, но и с нарушением формирования пиковой костной массы, определяющей риск раннего и тяжёлого остеопороза у взрослых. Ключевыми факторами риска являются избыточная продукция провоспалительных цитокинов, нарушения физического и полового развития, гормональный дисбаланс, нутритивная недостаточность, диетические ограничения, гиподинамия, дефицит витамина D, применение лекарственных препаратов с негативным остеотропным влиянием (глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты). **Цель:** определить распространённость низкой МПКТ и вторичного остеопороза у детей с ВЗК.

Материалы и методы. Обследовано 64 ребёнка (30 мальчиков и 34 девочки) в возрасте 2–18 лет (медиана возраста 13,5 [11,1; 15,6] года) с ВЗК: 26 детей было с язвенным колитом, 38 — с болезнью Крона. МПКТ оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с применением педиатрических протоколов обследования для поясничного отдела позвоночника (L1–L4) и всего тела (TBLH). Анализировались показатели МПКТ (г/см²) и Z-критерий (SD). Согласно рекомендациям Международного общества клинической денситометрии (ISCD, 2019), значения Z-критерия МПКТ $\leq -2,0$ SD интерпретировались как низкая МПКТ для соответствующего пола и возраста ребёнка. Вторичный остеопороз диагностировали по критериям ISCD.

Результаты. Выявлены значимые нарушения МПКТ: медианные значения МПКТ L1–L4 составили 0,644 [0,535; 0,812] г/см² (Z-критерий: $-1,3$ [$-2,3$; $-0,6$] SD); медианные значения МПКТ TBLH — 0,742 [0,656; 0,842] г/см² (Z-критерий: $-0,6$ [$-1,2$; $0,3$] SD). Низкая МПКТ выявлена у 22 (34,4%) больных ВЗК: у 8 (30,8%) детей с язвенным колитом, у 14 (36,8%) — с болезнью Крона. Пограничные значения МПКТ (Z-критерия от $-1,9$ SD до $-1,0$ SD) определялись у 17 (26,6%) больных. Вторичный остеопороз диагностирован у 7 (10,9%) больных с компрессионными деформациями позвонков по данным МРТ позвоночника в сочетании с низкими показателями МПКТ по данным рентгеновской денситометрии.

Заключение. У детей с ВЗК выявлена высокая распространённость нарушений МПКТ: низкая МПКТ — у 34,4%

детей, вторичный остеопороз — у 10,9%. Для предотвращения инвалидизирующих последствий остеопороза необходимы ранние профилактические меры, направленные на коррекцию факторов риска, а также включение рентгеновской денситометрии в стандартный протокол обследования детей с ВЗК.

* * *