

ХРУПКОЕ ВРЕМЯ



Автор:
Ева-Лилит Цветкова,
врач-эндокринолог, специалист по медицинской информации и научной коммуникации, медицинский журналист, ведущая канала о доказательной эндокринологии «Эндоновости»

В КАКИХ СЛУЧАЯХ У ЖЕНЩИН МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ОСТЕОПОРОЗ ДО НАСТУПЛЕНИЯ МЕНОПАУЗЫ, И О ЧЕМ НАДО ПОМНИТЬ ВРАЧУ

Остеопороз в пременопаузе достаточно редкое, однако не невозможное явление. В каких случаях врачу стоит заподозрить снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и отправить пациентку на денситометрию?

НУЖНЫ ЛИ СКРИНИНГИ ОСТЕОПОРОЗА В ПРЕМЕНОПАУЗЕ?

Первое, о чем стоит помнить, калькулятор риска остеопоротических переломов WHO FRAX® не точен для женщин младше 40 лет и ориентироваться на рассчитанный показатель мы можем не в полной степени.

Скрининговая двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (денситометрия) не рекомендована для женщин в пременопаузе в целях оценки МПКТ. Имеет смысл проводить подобное исследование только в двух случаях:

- при наличии малотравматичного перелома костей в анамнезе;
- при диагностированном заболевании/состоянии, вызывающем вторичный остеопороз.

МАЛОТРАВМАТИЧНЫЙ ПЕРЕЛОМ – ЧТО ЭТО?

В классическом определении – это перелом, полученный в результате падения с высоты своего роста или менее. Однако последние данные предлагают считать малотравматичным любой перелом, кроме полученного в результате автомобильной аварии, и т.п. Ряд работ показывает, что при применении классического определения малотравматичного перелома происходит недостаточная диагностика случаев остеопороза.

КАК ИНТЕРПРЕТИРОВАТЬ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕНСИТОМЕТРИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН?

У женщин в возрасте до 20 лет при оценке МПКТ используется не Т-критерий, а Z-критерий: Z-критерий < –2 СО показывает снижение костной массы.

При оценке МПКТ у женщин в возрасте между 20 и 40 годами International Society for Clinical Densitometry предлагает также опираться на Z-критерий (< –2 СО – остеопороз), а IOF Committee of Scientific Advisors Working Group on Osteoporosis Pathophysiology – на Т-критерий (< –2,5 СО – остеопороз).

Если женщине в пременопаузе без истории малотравматичных переломов была выполнена денситометрия, показавшая снижение МПКТ, мы констатируем наличие идиопатического снижения МПКТ, но не диагностируем остеопороз.

По некоторым противоречивым данным, такие женщины находятся в группе повышенного риска по остеопорозу, но антиостеопоротическая терапия не рекомендована в подобных случаях из-за неблагоприятного соотношения риска и пользы.

КАКИЕ ПРИЧИНЫ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ?

I. Остеопороз, ассоциированный с беременностью и лактацией

Даже абсолютно физиологически протекающая беременность всегда ассоциирована с потерей минеральной плотности костной ткани:

- в поясничном отделе позвоночника исследования подтверждают потерю 3–5% МПКТ в течение беременности и 3–10% в течение шестимесячного периода лактации;
- в тазобедренном суставе и бедренной кости подтверждена потеря 2–4% МПКТ в течение шести месяцев лактации.

При этом количественно потеря костной массы во время лактации напрямую зависит от продолжительности периода грудного вскармливания и послеродовой аменореи. Исследования как на людях, так и на животных моделях показывают, что восстановление костной массы после окончания грудного вскармливания зависит

от конкретного места наблюдения: наблюдается полное восстановление костной массы позвоночника и только частичное – бедренной кости. Правда, на сегодняшний день максимальная длительность подобных исследований восстановления костной массы была 20 месяцев после родов. Можно предположить, что восстановление МПКТ бедренной кости тоже происходит, просто позже.

Большинство эпидемиологических исследований показывают, что этот эффект – потери и восстановления костной массы во время и после кормления грудью – не влияет на костную массу в постменопаузе и долгосрочный риск переломов. Однако в части исследований отмечено, что множественные и длительные периоды лактации связаны с долгосрочным снижением минерализации костей.

Физиологически обусловленные временные потери МПКТ во время беременности и лактации компенсируются следующими мерами профилактики:

- полноценным питанием с источниками естественного кальция (молоко, йогурт, сыр, замороженный йогурт, тофу и т.д.);
- приемом препаратов витамина D в этот период жизни (не менее 800–1200 МЕ);
- физической активностью;
- отказом от курения и избыточного употребления алкоголя.

Если малотравматичный перелом произошел в последнем триместре беременности или во время кормления грудью, стоит заподозрить остеопороз. При этом необходимо проводить дифференциально диагностический поиск, ведь физиологически обусловленные изменения костной массы в этот период могут усугубить имеющийся вторичный остеопороз, связанный с наличием заболевания или приемом некоторых медикаментов. Если все остальные причины полностью исключены, диагностируется идиопатический остеопороз.

II. Идиопатический пременопаузальный остеопороз

Идиопатический пременопаузальный остеопороз диагностируется при сочетании:

- малотравматичного перелома костей в анамнезе;
- снижения МПКТ по результатам денситометрии;
- исключения остеомаляции (тяжелый дефицит витамина D в детстве, гипофосфатемия);

Таблица 1. Заболевания и состояния, которые могут привести к вторичному остеопорозу

1	Заболевания, затрагивающие развитие скелета
2	Пременопаузальная аменорея (гипоталамо-гипофизарные заболевания, функциональная гипоталамическая аменорея, женская атлетическая триада и т.д.)
3	Нервная анорексия
4	Синдром Кушинга
5	Гипертиреоз
6	Первичный гиперпаратиреоз
7	Дефицит нутриентов – витамина D, кальция
8	Мальабсорбция (целиакия, болезнь Крона, муковисцидоз, послеоперационная, в том числе после бариатрических операций)
9	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка и другие хронические воспалительные заболевания
10	Заболевания соединительной ткани, например несовершенный остеогенез
11	Синдром Марфана
12	Синдром Элерса – Данлоса
13	Сахарный диабет 1-го и 2-го типа
14	Хроническое заболевание почек
15	Хроническое заболевание печени
16	Алкоголизм
17	Редкие заболевания, в том числе мастоцитоз, болезнь Гоше, гемохроматоз, гипофосфатазия

Таблица 2. Лекарственные препараты, длительный прием которых может привести к вторичному остеопорозу

1	Глюкокортикоиды
2	Иммуносупрессанты (например, циклоспорин)
3	Антиэпилептические препараты (фенитоин, карбамазепин)
4	Химиотерапия
5	Агонисты рецепторов к гонадотропин-рилизинг гормону
6	Медроксипрогестерона ацетат
7	Гепарин
8	Ингибиторы протонной помпы, селективные ингибиторы захвата серотонина, низкомолекулярный гепарин – данные противоречивы

- исключения причин вторичного остеопороза при обследовании.

Причины идиопатического остеопороза точно неизвестны и, по некоторым данным, включают механизмы избыточной экскреции кальция с мочой и особенности действия инсулиноподобного фактора роста – 1 (ИФР-1).

Лечение идиопатического пременопаузального остеопороза включает:

- адекватные силовые упражнения и полноценное питание;
- прием препаратов кальция и витамина D;
- отказ от курения и избыточного употребления алкоголя;
- при рецидивирующих переломах и высоком риске препарат выбора – терипаратид, однако о долгосрочных результатах его применения у молодых женщин известно мало, некоторые исследования показывают, что после прекращения его приема может потребоваться дополнительная антирезорбтивная терапия (бисфосфонаты, деносумаб) из-за резкой потери костной массы.

III. Вторичный остеопороз

Многие заболевания и состояния могут приводить к снижению МПКТ и развитию остеопороза.

При вторичном остеопорозе в первую очередь проводят лечение или коррекцию декомпенсации основного заболевания – причины потери МПКТ – специалистом соответствующего профиля.

Кроме того, показан прием препаратов кальция и витамина D и коррекция образа жизни (такая же, как и при идиопатическом остеопорозе).

Из антиостеопоротической лекарственной терапии:

- при доказанной гипоэстрогенемии возможно применение 17-бета-эстрадиола трансдермально в комбинации с циклическим приемом прогестерона (при ФГА). Оральные контрацептивы (ОК) иногда применяются у пациенток более старшего возраста (и не при ФГА). При этом нежелательно применение низкодозовых ОК, так как они могут иметь обратный эффект на МПКТ;
- селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов не показаны при остеопорозе в пременопаузе;
- применение бисфосфонатов и деносумаба не является желательным ввиду влияния на плод (если планируется беременность) и отсутствия данных исследований их долгосрочного применения. Назначение этих препаратов происходит индивидуально, при оценке соотношения риска и пользы их применения;
- терипаратид и абалопаратид – препараты выбора при остеопорозе, ассоциированном с приемом агонистов рецепторов к гонадотропин-рилизинг гормону, глюкокортикоидов и анорексией в том случае, когда риск переломов очень высокий, в анамнезе есть малотравматичные переломы. Терапия назначается на срок до двух лет, после прекращения приема этих анаболических агентов обычно назначают бисфосфонаты или деносумаб, чтобы предотвратить быструю потерю костной массы, которая в противном случае произойдет.

IV. Ятрогения

Прием некоторых лекарственных препаратов в течение длительного времени или в высоких дозах может способствовать снижению МПКТ, в том числе до значений, соответствующих остеопорозу.

При лекарственной причине остеопороза необходима замена лекарственного препарата, если это возможно. Кроме того, показан прием кальция и витамина D и коррекция образа жизни. Рекомендации по антиостеопоротической лекарственной терапии такие же (см. выше).