Диагностика постменопаузального остеопороза: что важно знать врачу акушеру-гинекологу

СТАТИСТИКА

В России у людей старше **50** лет ежеминутно происходит **7** переломов позвонков и каждые **5 мин** – перелом шейки бедренной кости [1].

По результатам оценки International Osteoporosis Foundation и The European Federation of Pharmaceutical Industry Associations, в странах Евросоюза около **22 млн** женщин и **5,5 млн** мужчин в возрасте от **50** до **84** лет страдают остеопорозом [2].

ВАЖНО

К основным маркерам образования костной ткани относятся: остеокальцин; общая щелочная фосфатаза и ее костный изофермент; карбокси- и аминотерминальные пропептиды проколлагена 1-го типа. О резорбтивных процессах кости судят по уровню: N- и С-телопептидов молекул коллагена 1-го типа, связанных поперечными сшивками; уровню пиридинолина и дезоксипиридинолина; гидроксипролина, кальция в моче, а также тартрат-резистентной кислой фосфатазы в плазме крови. При лабораторной диагностике рекомендуется параллельно определять показатели как костеобразования, так и резорбции кости. Использование описанных биохимических тестов позволит проводить более полную диагностику остеопороза и осуществлять оценку эффективности антиостеопоротической терапии.

Масштабы распространенности остеопоротических изменений позволяют говорить об эпидемическом характере данной патологии, ведущее место в структуре которой занимает первичный остеопороз у женщин пострепродуктивного возраста (согласно классификации Российской ассоциации по остеопорозу от 1997 г. – постменопаузальный и сенильный остеопороз).

Постменопаузальный остеопороз – системное метаболическое заболевание костной ткани, в основе патогенеза которого – гормональная перестройка, связанная с угасанием функции яичников. Проблема своевременной диагностики остеопороза во всем мире заключается в длительном субклиническом течении патологического процесса вплоть до возникновения перелома.

- Согласно анонимному опросу 57 врачей гинекологического профиля, лишь 61,4±6,4% считают постменопаузальный остеопороз профильным заболеванием, которое должен курировать врач-гинеколог.
- Женщины с остеопорозом обращаются к ревматологу, эндокринологу, а тем более к ортопеду-травматологу, как правило, уже при клинических проявлениях заболевания либо с первичной патологией, являющейся причиной развития вторичных остеопоротических изменений.

Именно врач акушер-гинеколог амбулаторного звена наряду с врачом общей практики как никто другой способен отслеживать динамическую картину состояния здоровья пациентки на протяжении длительного времени еще до периода наступления менопаузы, что, в свою очередь, позволит осуществлять своевременную диагностику патологической постменопаузальной потери костной массы и проводить адекватную профилактику и коррекцию возникающих нарушений.

Диагностика

Несмотря на логичность тезиса о том, что на первом рубеже диагностики и профилактики постменопаузального остеопороза стоит врач акушер-гинеколог амбулаторно-поликлинической службы, тем не менее среди опрошенных респондентов лишь 28,1±5,9% смогли составить список наиболее значимых факторов риска возникновения остеопороза и связанных с ним переломов; больше чем у 1/2 врачей-гинекологов вызвала затруднение оценка результатов рентгеновской костной денситометрии. Кроме того, многие гинекологи, участвующие в опросе, основным методом профилактики постменопаузального остеопороза назвали препараты кальция, и лишь 17,5±5,0% с целью комплексной коррекции и профилактики потери костной массы назначают препараты менопаузальной гормональной терапии.

Диагностический алгоритм остеопороза включает: оценку факторов риска, уровня минеральной плотности кости и биохимических маркеров костного метаболизма.

В 2008 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) с целью выявления 10-летнего риска остеопоротических переломов была рекомендована прогностическая модель, основанная на суммарной оценке нескольких значимых факторов: возраст, пол обследуемого, индекс массы тела, наличие переломов в анамнезе и у ближайших родственников, курение, прием глюкокортикоидов, наличие ревматоидного артрита и других заболеваний, приводящих к вторичному остеопорозу, злоупотребление алкоголем, а также уровень минеральной плотности шейки бедренной кости [3]. При этом изучение риска можно проводить как с использованием показателей минеральной плотности шейки бедренной кости, так и без него. Этот инструмент, включающий и русскоязычную версию, представлен для широкого круга пользователей во Всемирной сети Интернет (http://www.shef.ac.uk/FRAX/). При работе с системой необходимо выбрать регион, в котором проживает пациент, после чего ответить на перечисленные вопросы. После проведенных расчетов программа выдает показатель 10-летнего риска возникновения перелома, выраженный в процентах.

В модели FRAX наибольшей прогностической силой обладает немодифицируемый фактор – наличие остеопоротического перелома в анамнезе. На основании оценки факторов риска, используя модель FRAX, можно решить вопрос о необходимости проведения медикаментозного лечения остеопороза. Например, женщине старше 65 лет, относящейся к группе высокого риска по возникновению перелома, рекомендована антиостеопоротическая терапия даже при нормальных показателях минеральной плотности кости. Лицам до 65-летнего возраста при отсутствии переломов в анамнезе необходимо перед началом терапии определить уровень минеральной плотности кости. Наличие остеопоротического перелома у пациента уже само по себе является причиной для назначения медикаментозного лечения [4]. Людям, не имеющим высокого риска, согласно модели FRAX, или лицам моложе 65 лет требуется проведение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с целью оценки минеральной плотности кости. Результаты остеоденситометрии интерпретируются на основании Т-критерия (T-score), который представляет количество стандартных отклонений от средних значений пика костной массы молодых людей. Согласно рекомендациям ВОЗ и Международного общества клинической денситометрии (International Society for Clinical Densitometry), Т-критерий, находящийся в пределах от +2,5 до -1, свидетельствует о нормальном уровне минеральной плотности кости; при остеопении Т-критерий располагается в диапазоне

Рис. 1. Электронная микрофотография нормальной костной ткани.

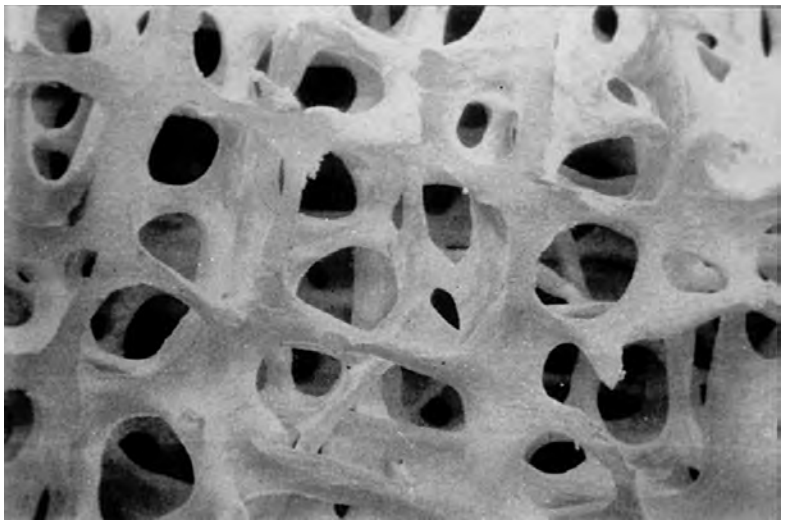
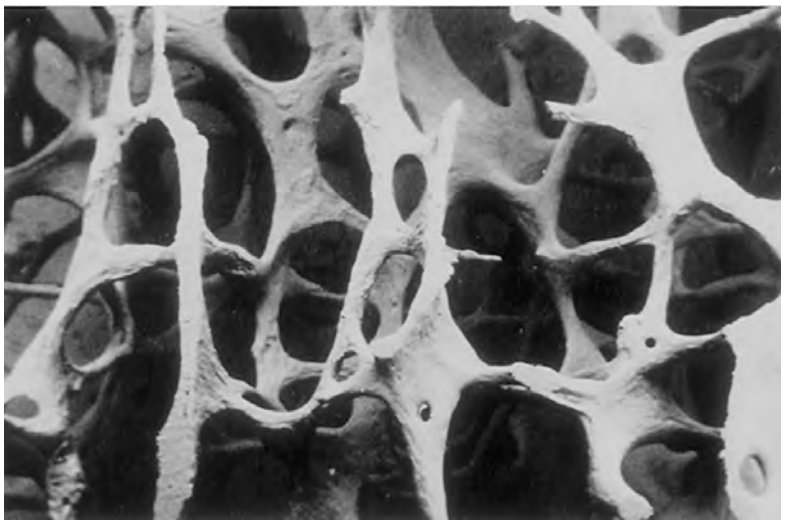


Рис. 2. Электронная микрофотография костной ткани больного остеопорозом.



от -1 до -2,4, при остеопорозе – соответствует -2,5 и ниже [5].

Несмотря на определенные преимущества, FRAX имеет ряд ограничений – отсутствует количественный учет того или иного фактора (например, дозировки глюкокортикоидов, числа переломов в анамнезе, стажа курения). Кроме этого, существуют публикации, демонстрирующие невысокую чувствительность данной прогностической модели у лиц, не имеющих в анамнезе переломов [6].

Другие факторы

Врач акушер-гинеколог не должен ограничиваться только оценкой риска переломов, так как постменопаузальный остеопороз - заболевание, заключающееся не в изолированном поражении скелета, а в системном нарушении метаболических процессов, связанных с наступлением менопаузы. Помимо факторов, представленных в прогностической системе FRAX, для изучения риска развития постменопаузального остеопороза имеет немаловажное значение оценка паритета женщины и длительности лактации. Проведенные исследования продемонстрировали большую вероятность развития постменопаузального остеопороза у женщин с высоким паритетом (3 и более родов в анамнезе) и лактационным периодом более 9–18 мес, а также в случаях, когда имели место короткие интервалы между беременностями (1–2 года) [7].

При ведении пациентов с остеопорозом врачу необходимо:

- исключить заболевания, имитирующие постменопаузальный остеопороз;
- в доступной форме объяснить пациентке причины остеопороза и описать факторы, проводящие к развитию этого заболевания;
- провести оценку тяжести остеопороза с целью формирования прогноза и плана коррекционных мероприятий;
- выбрать наиболее приемлемые для пациентки методы лечения;
- осуществлять динамический контроль эффективности терапии остеопороза.

Помимо оценки перечисленных факторов и минеральной плотности кости в диагностике и прогнозировании постменопаузального остеопороза нашло применение определение биохимических маркеров костного метаболизма (показатели костеобразования и резорбции костной ткани), а также предикторов нарушений костного гомеостаза.

В перименопаузальном периоде с целью комплексной диагностики, проводимой врачом акушером-гинекологом, имеет смысл оценивать гормональный профиль женщины, включающий определение уровня фолликулостимулирующего, тиреотропного гормона, пролактина (так как гиперпролактинемия сопровождается потерей костной массы), паратиреоидного гормона, важно изучение уровня витамина D в плазме крови (в связи с тем, что с увеличением возраста распространенность его дефицита возрастает). Целесообразно проведение и анализа потребления кальция, ведь хорошо известно, что у лиц старшей возрастной группы поступление кальция в связи с особенностями питания и уменьшением абсорбционной способности в кишечнике снижается, что в свою очередь способствует его недостаточности в организме, резко повышает вероятность остеопоротических изменений.

Выводы

Таким образом, комплекс диагностики постменопаузального остеопороза выходит за рамки простой оценки факторов риска остеопоротических переломов и проведения остеоденситометрии:

- Акушер-гинеколог амбулаторно-поликлинической службы, имея возможность наблюдать женщину в течение разных возрастных периодов, должен уделять значительное внимание вопросу прогнозирования и ранней диагностики постменопаузального остеопороза.
- Необходимо активное проведение мероприятий, включающих информационную поддержку женщин, находящихся в перименопаузальном периоде (как в индивидуальном порядке, так и посредством проведения специализированных школ по остеопорозу/климактерию).

По материалам статьи И.С. Захарова, Г.А. Ушаковой, Г.И. Колпинского, опубликованной в журнале «Consilium Medicum».

В марте 2019 г. были опубликованы обновленные клинические рекомендации Европейского общества эндокринологов (European Society of Endocrinology, ESE), касающиеся ведения пациенток с остеопорозом, находящихся в постменопаузальном периоде. При составлении рекомендаций эксперты сформулировали следующие тезисы:

- риск будущих переломов у женщин в постменопаузе должен определяться с использованием инструментов оценки, специфичных для каждой страны;
- при планировании лечения должны быть учтены предпочтения пациентов;
- для снижения вероятности возникновения остеопоротических переломов наряду с коррекцией диеты и образа жизни должна использоваться медикаментозная терапия;
- у женщин в постменопаузе, имеющих факторы риска, лекарственная терапия способна снизить частоту переломов; при проведении лечения решение о выборе препарата необходимо принимать на основании соотношения риск/польза с учетом профиля безопасности.

Литература

1. *Лесняк О.М. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии – 2010.*
2. *Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M, Compston J. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). Arch Osteoporos. 2013; 8: 136.*
3. *Kanis JA, Oden A, Johansson H, et al. FRAXTM, a new tool for assessing fracture risk: clinical applications and intervention thresholds. Medicographia. 2010; 32 (1): 33–40.*
4. *Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Под ред. О.М.Лесняк, Л.И.Беневоленской. 2–е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.*
5. *These are the Official Positions of the ISCD as updated in 2013. Available at: http://www.iscd.org/official-positions/2013-iscd-official-positions-adult. Accessed: 24.04.2014.*
6. *Никитинская О.А., Торопцова Н.В. Оценка риска переломов с использованием модели FRAXTM (ретроспективное десятилетнее исследование). Альманах клин. медицины. 2014; 32: 50–5.*
7. *Мищенко Е.Б. Оценка значимости внешних и внутренних факторов риска развития остеопороза. Автореф. дис. … канд. мед. наук. СПб., 2007.*

OMNIDOCTOR.RU