

ОСТЕОПОРОЗ, СВЯЗАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ЛАКТАЦИЕЙ: ОПИСАТЕЛЬНЫЙ МИНИ-ОБЗОР

Аббосхужаева Л.С.¹, Алиханова Н.М.², Исмаилов С.И.³, Тахирова Ф.А.², Акрамова Г.Г.¹, Шакирова М.М.¹

¹Республиканский специализированный научно практический центр эндокринологии им. акад. Туракулова Ё.Х.

²Центр поддержки здорового образа жизни и повышения физической активности

³Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Ремоделирование костной ткани зависит от состояния фосфорно-кальциевого обмена, паратиреоидного гормона, витамина D, гормона роста, кальцитонина, тиреоидных гормонов, глюкокортикоидов и др. В целом, все эффекты на состояние метаболизма костной ткани реализуются через основные регуляторные системы остеобластогенеза (канонический wnt-сигнальный путь) и остеокластогенеза (RANKL/RANK/OPG). Изменения экспрессии молекул-регуляторов остеобластогенеза и остеокластогенеза с возрастом и вследствие негативного влияния других факторов приводят к снижению прочности кости, что может проявляться снижением костной массы, МПКТ и/или нарушением внутренней микроархитектоники и как следствие переломами при минимальной травме. Остеопороз, связанный с беременностью и лактацией (ОБЛ) является редкой формой остеопороза, так как до сих пор нет данных о частоте данного заболевания. Связано это с тем, что переломы позвонков случаются либо в последнем триместре беременности, либо после родов. Как правило в этом периоде женщины не обследуются, потому что основные методы диагностики включают облучение, которого избегают в связи с рентген облучением плода и после родов в связи с уходом за новорожденным. Вместе с тем, патогенез до сих пор неясен. До недавнего времени практически не существовало данных о качестве жизни и отдаленных клинических исходах пациентов с ОБЛ.

Цель: обобщить результаты исследования женщин с остеопорозом, связанного с беременностью и лактацией.

Материалы и Методы: За период 2019 года по 2021 год в 1 Республиканский специализированный научно практический центр эндокринологии им. акад. Туракулова Ё.Х. обратились 21 женщин с диагнозом ОБЛ. У всех женщин при обращении были жалобы на боль в спине, которые возникли в основном третьем триместре беременности или в первые шесть месяцев лактации.

Результаты: Всем пациенткам было проведено МРТ исследование, были выявлены переломы тел позвонков. Из анамнеза ни у одной из них боли раньше до беременности не беспокоили. У 90,4% женщин боль появилась впервые при первой беременности, 9,5% при второй и третьей беременности. Также всем женщинам были проведены лабораторные и инструментальные исследования, было выявлено что Z критерий МПКТ составил в среднем -2,7 что соответствовало остеопорозу. Из 21 женщин остеопороз был у 100% в поясничной области позвоночника, у 20% так же был остеопороз бедренной кости. У 80,9% женщин переломы локализовались исключительно в поясничном отделе позвоночника, у 66,6% были локализованы в грудном отделе позвоночника и у 50% были переломы и грудных и поясничных одновременно, у 9,5% переломы другой локализации. При этом среднее количество переломанных поясничных позвонков составило 3,2, грудных позвонков в среднем 1,8. При анализе гормональных и биохимических показателей оказалось, что у 85,7% женщин средний показатель витамина Д был ниже нормы, из них у 33% была недостаточность и у 61,9% был выявлен дефицит. У 15% этот показатель был в пределах нормы. Среднее значение ПТГ составило $40,9 \pm 22,8$ пг/мл, но у тех женщин у которых была недостаточность и дефицит витамина Д среднее значение ПТГ было достоверно выше чем у остальных, при этом не превышая референсные значения. Среднее значение маркеров резорбции (b-CrossLaps) составило $0,659 \pm 0,52$ нг/мл, маркеров формирования (остеокальцин) $37,48 \pm 23,7$ нг/мл. Среднее значение щелочной фосфатазы $143,3 \pm 71,14$ МЕ/л, кальция $2,24 \pm 0,24$ ммоль/л, фосфора $1,31 \pm 0,43$ ммоль/л. Такие факторы риска как курение и употребление алкоголя среди 100% женщин отсутствовали, также как и сахарный диабет 1 и 2 типа, патология щитовидной железы. Никто из женщин не принимал глюкокортикоидные гормоны более 3 месяцев, не было перелома в прошлом, и хронической патологии желудочно-кишечного тракта.

Обсуждение: В практике встречаются случаи остеопоротических переломов у женщин за 10 лет до начала менопаузы, что указывает на влияние дополнительных факторов риска ускоряющих потерю костной массы. Возможно, это связано с недостаточностью питания или сниженной физической нагрузкой. Необходимо провести более глубокое изучение для выявления факторов риска остеопороза позвонков у беременных и лактирующих женщин. Поэтому переломы, связанные с ОБЛ могут быть важной причиной инвалидности как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

Выводы: Ранняя диагностика и лечение остеопороза беременных и лактирующих женщин имеет большое значение для сохранения здоровья и качества жизни. Необходимы дополнительные исследования.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА, СВЯЗАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ЛАКТАЦИЕЙ

Аббосхужаева Л.С.¹, Алиханова Н.М.², Исмаилов С.И.³, Тахирова Ф.А.², Акрамова Г.Г.¹, Шакирова М.М.¹

¹Республиканский специализированный научно практический центр эндокринологии им. акад. Туракулова Ё.Х.

²Центр поддержки здорового образа жизни и повышения физической активности

³Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель: проанализировать клинические особенности остеопороза и результаты лечения связанного с беременностью и лактацией.

Материалы и методы: У женщины в возрасте 34 лет появилась острая боль в спине через две недели после первых родов. Боль локализовалась между лопатками и в нижней части грудного отдела позвоночника. В остальном она была здорова, не курила, придерживалась здорового питания и занималась физическими упражнениями до беременности. Беременность протекала нормально. Роды были несложными, и ребенок был исключительно на грудном вскармливании. Когда боль в спине не исчезла через три месяца, пациентка была направлена в ортопедическую клинику, где при осмотре были выявлены боли при пальпации и движении грудного отдела позвоночника. Магнитно-резонансная томография (МРТ) показала компрессионные переломы и отек костного мозга в верхней концевой пластине тела позвонка Th 7, нижней концевой пластине Th9, а также в верхней и нижней концевых пластинах L1 и L3. У нее не было семейного анамнеза остеопороза и предыдущих переломов. Во время беременности она принимала пищевые добавки для беременных женщин, в состав которых входили кальций и витамин D. Анализ крови показал норму С-реактивного белка, креатинина, витамина D, кальция, паратиреоидного гормона, фосфата, магния, натрия, калия, тиреотропного гормона, тироксина, щелочной фосфатазы. Минеральная плотность кости (BMD) в поясничном отделе позвоночника, измеренная с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, была ниже, чем ожидалась для возраста пациента (Z критерий L1-L4 -2,5). Низкая МПК и множественные переломы позвонков были интерпретированы как остеопороз, связанный с беременностью и лактацией.

Результаты: Пациентке порекомендовали прекратить грудное кормление (с 4 месяца после родов).

Лечение: 1) Терапаратид (Фортео) подкожно 20 мкг в сутки, перорально 1000 мг кальция карбонат и 2000 МЕ витамина D ежедневно. Лечение терапаратидом продолжали в течение двух лет. МПК измерялась ежегодно. Через год L1-L4 МПК Z-критерий: -2,5; общая МПК правой бедренной кости Z-критерий -1,6; общая МПК левой бедренной кости Z-критерий -1,8, через 2 года МПК была чуть ниже ожидаемого уровня возраста пациента в поясничном отделе позвоночника: L1-L4 BMD Z-критерий -1,7 (тренд 3,2%); общая МПК правой бедренной кости: Z-критерий -1,0 (тренд 2,5%); общая BMD левой бедренной кости Z-критерий -1,0 (тренд 4,9%).

Обсуждение: Во время лактации и беременности, особенно в третьем триместре, повышается потребность в кальции, поэтому существует стресс для материнского гомеостаза кальция. Это увеличение физиологически компенсируется увеличением кишечной абсорбции, снижением экскреции кальция с мочой и повышенной резорбцией кости. Пока не ясно, почему у некоторых женщин развивается остеопороз, вызванный беременностью. На сегодняшний день было сформулировано несколько гипотез для объяснения этиопатогенеза ОБЛ. Было высказано предположение, что резорбция кости в ходе ОБЛ может быть результатом повышенной секреции белка, связанного с гормонами паращитовидной железы, из молочной железы во время лактации. Некоторые авторы подняли вопрос об остеопении до беременности, которую трудно проверить из-за недостатка данных о ОБЛ.

Выводы: Лечение Терапаратидом в комбинации с препаратами кальция, витамином D, показало положительный лечебный эффект, но при этом целевой уровень терапии достигнут не был. Необходимо исследовать маркеры остеорезорбции и остеосинтеза, что позволит оценить эффективность лечения уже через 3 месяца и при необходимости скорректировать терапию.

ОСТЕОПОРОЗ СВЯЗАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ЛАКТАЦИЕЙ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Аббосхужаева Л.С.¹, Алиханова Н.М.², Исмаилов С.И.³, Тахирова Ф.А.², Акрамова Г.Г.¹, Шакирова М.М.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический центр эндокринологии им. акад. Туракулова Ё.Х.

²Центр поддержки здорового образа жизни и повышения физической активности

³Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель: проанализировать клинические особенности остеопороза связанного с беременностью и лактацией.

Материалы и методы: 23-х летняя женщина на 5-м месяце своей первой беременности начала жаловаться на боли в спине средней тяжести. Через неделю после родов боль в спине усилилась.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника, выполненная через два месяца после родов, показала компрессионный перелом Th12, L2 и L3. Минеральная плотность кости (BMD) была измерена с помощью рентген абсорбциометрии (DEXA), результаты которого показали, что костная масса поясничного отдела позвоночника по Z-критерию ниже возрастной нормы (-2,2). Минеральная плотность правой и левой бедренной кости соответствовали норме. Лабораторные исследования: Вит Д был 28,2 нг/мл, остеокальцин – 45,94 нг/мл, ПТГ-78,6 pg/ml, щелочная фосфатаза-70 U/l, кальций-2,59 ммоль/л, P1NP-121,3 нг/мл. Сцинтиграфия паращитовидных желез не выявила патологии. До беременности боли в спине никогда не беспокоили. Вредные привычки, хронические заболевания отсутствуют. Семейный анамнез по поводу остеопороза отрицательный. Не было никаких признаков метаболического, мета-статического или инфекционного заболевания костей, основанного на лабораторных и рентгенологических данных, поэтому была диагностирована остеопения, связанная с беременностью и лактацией.

Результаты: Пациентке была назначена терапия на один год: ибандроновая кислота в дозе 3 мг/3 мл внутривенно 1 раз в три месяца, витамин D 50 000 МЕ по 1 капсуле 1 раз в неделю №4, после Витамин Д 2000 МЕ по 1 капсуле ежедневно и препараты кальция карбонат 500 мг 2 раза в день. С целью оценки качества лечения через 6 месяцев