

[Остеопенический синдром в I триместре беременности: фоновое заболевание или осложнение гестации?](#)

Н. Д. Гаспарян Л. С. Логутова Е. Б. Демина Д. В. Григорьева

С целью выявления распространенности остеопенического синдрома в I триместре беременности и анализа причин его возникновения были обследованы 180 беременных в возрасте от 20 до 37 лет в сроки гестации 10-12 нед. Исследование минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проводилось на ультразвуковом денситометрическом аппарате Omnisense 7000. В зависимости от МПКТ все беременные были разделены на 2 группы: с нормальной и низкой МПКТ. Результаты исследования показали, что в I триместре гестации снижение МПКТ было диагностировано у 27,2% беременных, т.е. остеопенический синдром был выявлен у каждой третьей-четвертой пациентки. Проведенный клинико-anamnestический анализ характера экстрагенитальной патологии, наличия вредных привычек и осложнений в I триместре гестации не выявил достоверных различий между обследованными беременными 1-й и 2-й групп. Показано, что остеопенический синдром, диагностированный в I триместре гестации, не является осложнением беременности.

В настоящее время проблема снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у женщин широко обсуждается в гинекологии в связи с развитием постменопаузального остеопороза. В последнее десятилетие появились сведения о существовании остеопороза или остеопении в детском и подростковом возрасте, число случаев которого у девочек пубертатного периода, по данным литературы, достигает 40% [5, 6]. Изучением состояния МПКТ у беременных начали заниматься только в последние годы [2, 4, 7]. Вероятно, что камнем преткновения для изучения МПКТ являлась невозможность использования при беременности рентгенологических методик.

Внедрение в клиническую практику новых медицинских технологий, в частности метода ультразвуковой костной денситометрии, открыло новые возможности для ранней диагностики остеопенического синдрома у беременных [1]. Опубликованы немногочисленные и неоднозначно интерпретируемые сведения об изменении костно-минерального обмена во время беременности [9-11]. При этом работ, посвященных динамическому изучению костно-минерального обмена при беременности, мы не обнаружили. Кроме того, в литературе практически отсутствуют сведения о распространенности остеопенического синдрома при беременности. Имеются лишь единичные сообщения о результатах исследования, выполненных на небольшом клиническом материале и свидетельствующих о том, что снижение МПКТ в I триместре наблюдается у 10% беременных, во II триместре - у 16,7%, а в III триместре остеопения была выявлена у 21,7% беременных [7]. При этом остается неясным: является ли остеопенический синдром, диагностированный в I триместре гестации, осложнением или только фоновым заболеванием при беременности. Исходя из изложенного, целью исследования явились оценка распространенности остеопенического синдрома в I триместре беременности и анализ причин возникновения данного состояния.

Всего нами были обследованы 180 беременных в возрасте от 20 до 37 лет в сроки гестации 10-12 нед. Всем беременным проводили стандартное общеклиническое обследование. Критериями включения явились наличие прогрессирующей беременности и отсутствие хронических экстрагенитальных заболеваний, приводящих к снижению МПКТ. Денситометрическое исследование проводилось на ультразвуковом аппарате Omnisense 7000.

Согласно рекомендациям ВОЗ, оценка состояния костной ткани проводилась по T-критерию, который отражает отклонение от пиковых значений МПКТ у молодых здоровых женщин. Снижение МПКТ на 1-2,5 стандартных отклонения (SD) расценивается как остеопения, более чем на 2,5 SD - как остеопороз [5, 9]. В зависимости от показателей МПКТ все беременные были разделены на 2 группы. В 1-ю (контрольную) группу вошла 131 беременная с нормальной МПКТ (T-критерий до -1,0); 2-ю (основную) группу составили 49 пациенток с низкой МПКТ. Снижение МПКТ в I триместре беременности было выявлено у 49 (27,2%) из 180 беременных, т.е. остеопенический синдром был диагностирован практически у каждой третьей пациентки. При этом в 42 случаях была зарегистрирована остеопения (T-критерий изменялся от -1,0 до -2,2), а в 7 случаях - остеопороз, с вариациями T-критерия от -2,5 до -3,8. Для выявления причин остеопенического синдрома у беременных в I триместре гестации мы провели тщательный анализ клинико-anamnestических данных у обследованных женщин. Возраст беременных обеих групп был сопоставим, составляя в среднем $27,7 \pm 0,3$ года в контрольной и $26,2 \pm 0,5$ года - в основной группе, с идентичными индивидуальными вариациями от 20 до 37 лет. Среди них первородящих женщин в 1-й группе было 73 (56,6%), в основной - 34 (69,4%), повторнородящих - 58 (43,4%) и 15 (30,6%) соответственно, т.е. большую часть пациенток обеих групп составляли первородящие. Таким образом, мы не выявили зависимости между состоянием МПКТ у беременных и наличием у них в анамнезе родов. Проведенный анализ предыдущих родов показал, что в основной группе у 2 из 15 пациенток (13%) дети родились с переломом ключицы. Один ребенок был с массой более 4000 г, и полученную травму можно расценить как осложнение родового акта. Однако второй ребенок родился с массой 3100 г у матери с нормальными размерами таза. Можно предположить, что у новорожденного был спонтанный перелом ключицы как следствие нарушения костно-минерального обмена у беременной. У пациенток контрольной группы детей, рожденных с переломами ключицы, выявлено не было. Возраст наступления первой менструации у женщин обеих групп колебался от 10 до 16 лет, составив в среднем $13,2 \pm 0,12$ года в контрольной группе и $13,1 \pm 0,19$ года - в основной. Позднее менархе наблюдалось одинаково часто в обеих группах: в 1-й группе у 21 (16%) пациентки, а во 2-й у 6 (12,5%). При этом дисфункция яичников встречалась у 11 (22,5%) пациенток с остеопеническим синдромом, что в 1,6 раза чаще, чем в контрольной группе (19 - 14,5%). Причем у 3 (6%) женщин основной группы в анамнезе была аменорея. Бесплодие в основной группе также встречалось в 1,5 раза чаще по сравнению с контрольной группой (см. таблицу). Анализ генеративной функции показал, что в обеих группах практически одинаково часто пациентки имели медицинские аборт: в 1-й группе - 53 (40,5%), а во 2-й - 17 (34,6%) женщин. Известно, что использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) благоприятно влияет на состояние МПКТ [3, 4]. В нашем исследовании КОК принимали 48 (37%) женщин в контрольной группе и 24 (49,7%) - в основной. Однако длительность приема КОК в 1-й группе в среднем составляла $14,6 \pm 1,17$ мес, а во 2-й - $6,8 \pm 1,63$ мес. Проведенный индивидуальный анализ показал, что больше года КОК в 1-й группе получали 24 (18,3%) пациентки, а во 2-й группе только 2 (8,3%). Таким образом, можно предполагать, что значимый эффект профилактики остеопороза зависит от длительности приема КОК. Анализируя характер экстрагенитальной патологии у беременных, мы обращали внимание прежде всего на те заболевания, которые могли бы повлиять на состояние костно-минерального метаболизма. Заболевания почек без нарушения функции наблюдались в обеих группах практически одинаково часто: в 1-й группе у 19 (14,5%) женщин, а во 2-й - у 5 (10,4%). У каждой четвертой пациентки имелись заболевания желудочно-кишечного тракта: у 30 (22,9%) в 1-й группе, у 11 (22,4%) - во 2-й. Ожирение чаще встречалось в основной группе - у 18 (36,7%), чем в контрольной - у 28 (19,5%). Гиперандрогения была диагностирована у каждой третьей пациентки в 1-й группе (49 - 38%), и у каждой второй - в основной группе (24 - 49%). Число случаев антифосфолипидного

синдрома также не различалось между обследуемыми группами беременных, равняясь в 1-й группе - 17,5%, во 2-й группе - 12,2%. Переломы конечностей в анамнезе были у 26 (19,8%) женщин в контрольной группе и у 10 (20,4%) - в основной. При этом 19 (39%) беременных в основной группе отмечали отягощенную наследственность по перелому костей. Причем у 16 (84,2%) из 19 беременных отягощенная наследственность по травматизму костей наблюдалась по материнской линии, и один случай перелома был зарегистрирован во время беременности у матери пациентки. В контрольной группе наследственность была отягощена у 39 (29,7%) женщин.

Одним из факторов риска развития остеопороза является курение. По данным эпидемиологических исследований, у курящих женщин чаще встречаются компрессионные переломы позвонков и больше потеря массы кортикального слоя кости в области запястья. Кроме того, у женщин, курящих более 12 сигарет в день, уровень эстрогена в крови ниже, чем у некурящих. Это свидетельствует об опосредованном отрицательном влиянии никотина на костную ткань [8]. Проведенный нами анализ показал, что закономерностей в снижении МПКТ у беременных в зависимости от этой вредной привычки не было. В обеих группах 50% пациенток выкуривали до беременности от 3 до 20 сигарет в день. При первом осмотре жалобы на неспецифические симптомы кальциевой недостаточности, такие как судорожные подергивания и сведение икроножных мышц, обострение кариеса зубов, ломкость ногтей, а также выпадение волос, предъявляли 32 (65,3%) беременные в основной группе, что в 1,5 раза чаще, чем в контрольной группе - 57 (43,5%). Клинический анализ течения I триместра беременности не выявил достоверных различий между обследуемыми группами. Наиболее частым осложнением в I триместре гестации в обеих группах была угроза прерывания беременности, выявленная в контрольной группе у 74 (56,5%) беременных, а в основной группе - у 29 (59,2%). Поскольку выявленное снижение МПКТ в I триместре гестации у каждой третьей-четвертой беременной не согласуется с опубликованными данными, методом слепой выборки мы провели исследование МПКТ у 50 небеременных женщин в той же возрастной группе (в среднем $27,6 \pm 0,5$ года). У 16 (32%) женщин было отмечено снижение МПКТ, из них у 2 был диагностирован остеопороз (Т-критерий $-2,6$), а в 14 - остеопения (Т-критерий изменялся от $-1,0$ до $-2,4$). Таким образом, полученные нами результаты показали, что в I триместре гестации снижение МПКТ было диагностировано у 27% беременных. Среди небеременных женщин той же возрастной группы остеопенический синдром был выявлен у 32% пациенток. Проведенный клинико-анамнестический анализ характера экстрагенитальной патологии, вредных привычек и осложнений, отмеченных в I триместре гестации, не выявил достоверных различий между обследованными беременными контрольной и основной групп. Таким образом, результаты исследования показывают, что распространенность снижения МПКТ у женщин репродуктивного периода составляет в среднем 30%, а остеопенический синдром, диагностированный в I триместре гестации, не является осложнением беременности.

Литература:

1. Глюер К.Н. Остеопороз и Остеопатии 1999; 3: 33-39.
2. Морэ Л. XIV Европейский конгресс гинекологов и акушеров. Тезисы докладов. Испания: Гранада 1999; 43.
3. Прилепская В.Н., Ледина А.В., Малышева О.И., Дрожжина К.А. Consilium medicum 2000; 2: 6: 257-260.
4. Рахманов А.С., Бакулин А.В. Остеопороз и остеопатии 1998; 1: 28-30.
5. Семичева Т.В., Баканова Т.Д. Остеопороз и остеопатии 2002; 1: 28-30.
6. Щеплягина Л.А., Моисеева Т.Ю. Рус мед журн 2003; 11: 27: 1554-1556.
7. Щербавская Э.А., Кочеткова Е.А., Гельцер Б.И. Эхография 2001; 2: 4: 423-427.

Российский вестник акушера-гинеколога №6 | 2005

8. Godfrey K., Walker-Bone K., Robinson S. et al. J Bone Miner Res 2001; 16: 9: 1694-1703.
9. Kalkwarf H.J., Specher B.L. Endocrine 2002; 17: 1: 49-53.
10. Ulrich U., Miller P.B., Eyre D.R., Chesnut C.H. Arch Gynec Obstet 2003; 268: 4: 309-316.
11. Zeni S.N., Ortela Soler C.R., Lazzari A. et al. Bone 2003; 33: 4: 606-613.