

**Шапкін В.Є.**  
**АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ**  
**ОСТЕОПОРОЗУ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ**

**Харківський національний медичний університет, м. Харків,**  
**Україна**

Остеопороз - це досить розповсюджене системне захворювання кісток, що характеризується зниженням кісткової маси і порушенням мікроархітектоніки кісткової тканини. Висока поширеність робить цю проблему однією з важливих для сучасної медицини, що має певне соціально-економічне значення для суспільства в цілому. Багаторічний досвід лікування остеопорозу показує, що жоден з існуючих лікарських препаратів не може надійно відновити кількість і якість кісткової тканини. У зв'язку з цим первинна профілактика має провідну роль у зниженні розповсюдженості захворювання та витрат суспільства з ним пов'язаних. І саме загальна практика – сімейна медицина має найліпші можливості для проведення цих заходів починаючи з дитинства і закінчуючи старістю.

Даний вид профілактики базується на наших знаннях з етіології захворювання. Фактори ризику остеопорозу:

- конституційні та генетичні:
  - расовий тип (європеоїди та монголоїди);
  - маса тіла менш ніж 56 кг;
  - похилий вік;
  - спадковість;
- особливості харчування та способу життя:
  - куріння;
  - вживання алкоголю;
  - зловживання кофе;
  - незначне або надмірне фізичне навантаження;
  - дефіцит кальцію та вітаміну D в їжі;
- ендокринні особливості:
  - жіноча стать;
  - пізній початок менструацій;
  - аменорея;
  - рання менопауза;
  - оваріоектомія;
  - безпліддя;
- тривалий прийомом різних лікарських препаратів:
  - глюкокортикоїдів;
  - тиреоїдних гормонів;

- гепарину;
- антиконвульсантів;
- променева терапія;
- інші захворювання:
  - ендокринна патологія;
  - системні захворювання сполучної тканини;
  - пухлини;
  - гематологічні захворювання;
  - захворювання печінки;
  - захворювання нирок.

Стратегію первинної профілактики остеопорозу сімейному лікарю треба розробляти з урахуванням формування кісткової системи в нормі та її еволюції впродовж життя. Кісткова маса людини поступово зростає, досягаючи піку у 20-25 років, потім зберігається на певному рівні та поступово знижується після 40 років. Тому профілактичні заходи слід починати з дитинства та використовувати впродовж всього життя пацієнта.

Лабораторним показником наявності остеопорозу є низька мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ). При зниженні МЩКТ в межах від 1,5 до 2 SD по Т критерію і наявності факторів ризику до профілактичних заходів слід додати препарати кальцію і вітаміну D, а при МЩКТ зниженою більше 2 SD необхідно призначити антирезорбтивну терапію.

Для досягнення оптимальної кісткової маси важливе значення має адекватне споживання кальцію в дитинстві і особливо у період між 11 і 16 роками. Недолік кальцію в період росту організму приводить до зниження піку кісткової маси, що може стати причиною підвищеного ризику розвитку переломів навіть у молодих. Однак є поріг споживання кальцію з їжею, перевищення якого не веде до збільшення його накопичення в скелеті. Надходження кальцію з їжею на пороговому рівні потрібно в період дитинства і юності для досягнення генетично запрограмованого піку кісткової маси, для її підтримки надалі, а в постменопаузі - для профілактики її зниження. Біодоступність кальцію їжі становить близько 30% при високій індивідуальній варіабельності. Для того щоб забезпечити належний рівень споживання кальцію, рекомендується додатково призначати його препарати. Карбонат кальцію містить найбільший відсоток елементарного кальцію (40%), на другому місці цитрат кальцію (30%), далі: гліцерофосфат кальцію (19%), лактат кальцію (13%) і глюконат кальцію (9%). Абсорбція кальцію утруднена при зниженні секреторної активності шлунка, тому препарати кальцію треба приймати під час їжі - тоді абсорбція дещо вище. Для поліпшення абсорбції його слід приймати в разовій дозі не більше 500 мг.

Вітамін D (у формі активних метаболітів) бере безпосередню участь в регуляції процесів ремоделювання кістки, всмоктування кальцію в кишечнику і екскреції його нирками. Гіповітаміноз D асоціюється з

негативним кальцієвим балансом, зниженням мінералізації кісткової тканини, а також з м'язовою слабкістю. Дефіцит вітаміну D зазвичай є результатом зниження інсоляції або надходження цього вітаміну з їжею.

Недостатнє споживання білкової їжі в дитинстві може привести до затримки росту і зниженню формування кортикального шару кістки. Крім того, адекватне надходження білка важливо для зниження втрати кісткової маси у людей похилого віку.

Підвищене споживання білка може супроводжуватися гіперкальціурією у дорослих. Кожний грам білка, що метаболізується збільшує виділення кальцію з сечею на 1 мг; в результаті чого при збільшеному в два рази споживанні білка екскреція кальцію підвищується на 50%.

Високе споживання фосфору і низьке кальцію в співвідношенні 6: 1 може викликати втрату кісткової маси. Високе споживання фосфору з безалкогольними напоями створює ризик формування низького піку кісткової маси. Саме ці напої нерідко замінюють молоко у підлітків.

Кофеїн підвищує екскрецію кальцію з сечею у дорослих, проте 12 чашки кави в день суттєво не впливають на кальцієвий баланс.

Чимале значення надається фізичній активності як формі профілактики остеопорозу. Підвищене механічне навантаження на кістки сприяє наростанню мінеральної щільності кісток, в той час як зниження постійних навантажень веде до втрати кісткової маси.

З метою первинної профілактики остеопорозу сімейному лікарю необхідно своєчасно виявити групи ризику, до яких відносяться:

- жінки тендітної статури зі світлою шкірою, бездітні або ті, які мають тільки одного або двох дітей, з сімейним анамнезом переломів хребта або шийки стегна;
- жінки з ранньою чи штучною менопаузою;
- жінки і чоловіки з різними захворюваннями, що є факторами ризику розвитку остеопорозу;
- жінки і чоловіки, які приймають лікарські препарати, побічним ефектом яких є зниження кісткової маси.

Цим категоріям якомога раніше треба проводити діагностику остеопорозу за допомогою сучасних рентгенологічних та ультразвукових методів з метою визначення ступеня втрати кісткової маси і швидкості зниження її в подальшому. Якщо жінкам з певними конституціональними особливостями і обтяженою спадковістю для профілактики остеопорозу може бути досить збалансованого харчування і регулярних фізичних вправ, то для контингенту з ранньою і особливо зі штучною менопаузою показано застосування замісної гормональної терапії.

Для запобігання первинного остеопорозу також важливо домагатися зменшення вживання алкоголю і відмови від куріння, оскільки обидва ці фактори впливають на загальний стан пацієнта.

Таким чином, сімейному лікарю слід спрямовувати первинну профілактику остеопорозу на створення і підтримку міцності скелета в різні періоди життя пацієнтів, але особливо в період інтенсивного росту і формування піку кісткової маси, під час вагітності і годування грудним молоком, а також в періоди пери- і постменопаузи.