

Остеопороз: сучасний стан проблеми

Остеопороз (ОП) є найпоширенішим метаболічним захворюванням кісток. Ця хвороба здатна призвести до значних фізичних, соціальних та економічних наслідків у зв'язку з інвалідизацією та втратою працездатності. Одна з основних небезпек ОП полягає в тому, що зазначений стан протягом тривалого часу може залишатися асимптомним і вперше маніфестувати переломом кістки (Bethel M. et al., 2019).

За визначенням, ОП являє собою зменшення кісткової маси на одиницю об'єму кістки порівняно з аналогічними показниками осіб того самого віку та статі. Особливостями остеопоротичної кістки також є порушення мікроархітектури та підвищена ламкість (Rosen H.N., 2019). Через певні статеві гормонозалежні особливості жінки більш схильні до ОП, передусім у постменопаузальний період. За результатами досліджень ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» й Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу, ОП спостерігається в 13% жінок віком 50-59 років, у 25% представниць вікової категорії 60-69 років, 50% – 70-79 років і в 53% – 80-89 років (Поворознюк В.В., 2005). На жаль, за даними К.В. Freedman і співавт. (2000), лише близько 24% жінок у постменопаузі з дистальними переломами променевої кістки підлягали діагностиці ОП або його лікуванню. Крім недостатньої уваги лікарів, проблемою контролю ОП є недостатня прихильність пацієнтів до лікування: лише чверть хворих приймають призначені препарати протягом року без жодних перерв (Yu T.Y. et al., 2017; McCombs J.S. et al., 2004; Cheng L.-I. et al., 2015).



Запобігти епідемії ОП можна лише за умови створення державної програми діагностики, профілактики та лікування ОП і його ускладнень. Міркуваннями з цього приводу, а також з інших актуальних питань ведення пацієнтів з ОП із нашим виданням поділився **доктор медичних наук, професор Дмитро Геннадійович Рекалов (м. Запоріжжя).**

Які фізіологічні процеси контролюють стан кісткової тканини?

– Кістка – динамічний орган, який постійно ремодельується за рахунок резорбції остеокластами й утворення нової кісткової тканини остеобластами. У цих процесах бере участь низка сигнальних систем і медіаторів. Скелет має також своєрідний життєвий цикл, який полягає в досягненні пікової кісткової маси впродовж підліткового та молодого дорослого віку й подальшому її зниженні. У жінок втрата кісткової маси прискорюється в період настання менопаузи, середня швидкість втрати мінеральної щільності кістки становить 2-3% на рік. Надалі зменшення цього показника сповільнюється та варіює в межах 0,1-0,5% на рік як у жінок, так і в чоловіків (Zaheer S., LeBoff M.S., 2018).

Наскільки актуальним є питання ОП?

– Сьогодні порушення мінеральної щільності кісток набуло практично епідемічного характеру. На початку захворювання ці порушення є безсимптомними, проте через певний час виражені болі та в тяжких випадках переломи змушують пацієнтів звернутися по медичну допомогу. Розповсюдженість ОП в Україні зрівняна з показниками у високорозвинених європейських країнах або навіть перевищує їх. Наприклад, відповідно до даних В.В. Поворознюка, кожна сьома українська жінка віком 50-59 років страждає на ОП,

а у віковій групі 80-89 років цей патологічний стан уражає половину жінок.

Які найбільші загрози асоціюються з ОП?

– Життя з ОП небезпечне через постійний ризик перелому, в тому числі агравматичного. У світі остеопоротичний перелом відбувається щодня 3 секунди. Кожна третя жінка та кожен п'ятий чоловік віком понад 50 років переносять остеопоротичний перелом протягом життя. Після подібного перелому шийки стегнової кістки до 20% хворих помирають протягом найближчих 6 міс, близько половини не можуть пересуватися без сторонньої допомоги, третина втрачає здатність до самообслуговування. Загалом у жінок ризик перелому шийки стегна перевищує сумарний ризик раку грудної залози, яєчників і матки, у чоловіків – ризик виникнення раку простати.

Які підтипи ОП розрізняють?

– ОП поділяється на первинний і вторинний. Своєю чергою, первинний ОП включає 1 тип (постменопаузальний, із високим кістковим метаболізмом) і 2 тип (сенільний, із низьким кістковим обміном). Постменопаузальний ОП трапляється в 5-20% жінок; його розвиток пов'язують зі зниженням синтезу естрогенів у період менопаузи. Сенільний ОП асоціюється з порушенням координації процесів резорбції та формування кісткової тканини. Цей тип ОП практично з однаковою частотою розвивається в жінок і чоловіків. У жінок похилого віку одночасно може спостерігатися й постменопаузальний, і сенільний ОП. Вторинний ОП зазвичай є ускладненням різноманітних захворювань (ендокринних, запальних, гематологічних, гастроентерологічних тощо) або їх медикаментозної терапії (Kanis J.A. et al., 2019).

За якими ознаками сімейний лікар має запідозрити ОП?

– Серед пацієнтів молодого віку слід звертати увагу на дівчат-підлітків, особливо з пізнім менархе. Ця категорія є групою ризику ОП, яка потребує ретельного обстеження. Також сімейному лікарю варто тримати на особливому контролі вагітних і жінок, які годують груддю. Останнім бажано провести денситометрію, оскільки підвищені втрати кальцію під час вагітності та лактації можуть призводити до демінералізації кісткової тканини. Ще одна причина погіршення стану кісток – підвищені фізичні навантаження. У старшій віковій групі (понад 60 років) проведення денситометрії особливо важливе, оскільки в постменопаузальному періоді практично всі жінки перебувають у групі ризику розвитку ОП.

Якою є профілактика ОП?

– Передусім це достатнє вживання кальцію та вітаміну D, основними джерелами яких є молочні продукти. Проте в Україні лише кожна п'ята жінка отримує достатньо цих мікронутрієнтів із харчуванням, натомість 80,8% українок перебувають в умовах «кальцієвого голоду», оскільки споживають менш ніж 700 мг кальцію на добу. Тому важливою частиною профілактичної роботи є санітарно-просвітницька діяльність, тобто постійне обговорення проблеми ОП як у спільноті лікарів (травматологів, ортопедів, сімейних лікарів, терапевтів), так

і в середовищі пацієнтів. Доцільні нефармакологічні заходи профілактики ОП – перебування на сонці, достатній відпочинок. У разі лабораторного виявлення недостатності кальцію, вітаміну D, магнію та цинку необхідна своєчасна корекція. Слід також відмовитися від шкідливих звичок (уживання алкоголю, куріння), регулярно займатися фізичними вправами, адекватно лікувати наявні коморбідні стани.

Окрема медична проблема – ОП, індукований прийомом глюкокортикоїдів (ГК). Наскільки великий ризик розвитку ОП у хворих, які приймають ці засоби?

– На жаль, практично в кожного другого пацієнта, котрий отримує ГК, розвивається ОП. Будь-яка гормонотерапія є високоефективним методом лікування, проте вона часто супроводжується низкою ускладнень, які важко швидко та повною мірою усунути. Більшість ревматологічних захворювань на тому чи іншому етапі лікування потребують призначення ГК, тому з метою уникнення ризику ОП слід ретельно дотримуватися рекомендованих методик застосування цих препаратів. Головне правило – призначити мінімальні ефективні дози на мінімальний доцільний термін. Наприклад, оновлені рекомендації Європейської протиревматичної ліги (EULAR, 2019) із лікування ревматоїдного артриту вказують, що короткий курс ГК має бути рекомендований на старті терапії чи при зміні базисного протиревматичного препарату, в різних дозуваннях і способах застосування, але з огляду на клінічні прояви необхідно максимально швидко, наскільки це можливо, знижувати дозу ГК.

Ключовим моментом у патогенезі ОП, індукованого ГК, виступає безпосередня пригнічувальна дія останніх на остеобласти, що зумовлює зменшення утворення кісткової тканини. Крім того, ГК знижують абсорбцію кальцію в кишечнику та його реабсорбцію в ниркових каналцях. Це призводить до негативного балансу кальцію в організмі та транзиторної гіпокальціємії, що, своєю чергою, стимулює секрецію паратиреоїдного гормону та посилює резорбцію кісткової тканини (Kanis J.A. et al., 2019).

Які медикаментозні методи лікування дають змогу запобігти формуванню ОП або зменшити його вираженість?

– За умови призначення ГК слід наголосувати на надзвичайній важливості повноцінного харчування, багатого на кальцій і вітамін D. Якщо денситометричний аналіз виявив ОП або остеопенію, слід коригувати ці стани за допомогою фармацевтичних препаратів із метою запобігання патологічному ремодельованню кісткової тканини. Базисними засобами в цьому випадку виступають препарати кальцію та вітаміну D.

У своїй практиці я використовую препарат Кальцемін® Адванс (компанія «Байер Конс'юмер Кер АГ»), оскільки разом з ідеально збалансованим сполученням кальцію та вітаміну D цей засіб містить інші мінерали (магній, цинк, мідь, марганець, бор), які відіграють важливу роль у мінеральному обміні кісток. Перелічені остеотропні мінерали сприяють утворенню колагенового матриксу, котрий утримує кальцій у кістковій тканині. Так, магній задіяний у формуванні кісткової тканини, в тому числі за рахунок участі в синтезі колагену 1 типу, а також сприяє засвоєнню кальцію

в кістках. Мідь бере участь у синтезі колагену й еластину, марганець – у синтезі гелевої основи сполучної тканини. Бор підсилює вплив естрогенів на кісткову тканину, а цинк регулює рівень інсуліноподібного фактора росту-1 (Громова О.А. і соавт., 2014). Отже, за допомогою Кальцемін® Адванс можна забезпечити не лише достатній уміст кальцію, а й його утримання. Саме синтез органічного кісткового матриксу розглядають як центральний механізм репарації кісткової тканини. Органічний кістковий матрикс на 90% складається з колагену 1 типу та виконує дві основні функції: забезпечення пружності кістки й опір переломам, а також створення основи для засвоєння кальцію кістковою тканиною. Варто зазначити, що зручний режим дозування Кальцемін® Адванс підвищує прихильність пацієнтів до терапії.

Важливо, що ефективність препарату Кальцемін® Адванс підтверджена в низці наукових досліджень, як вітчизняних, так і закордонних. Призначаючи Кальцемін® Адванс, можна бути впевненим, що препарат впливає на всі ланки патогенезу ОП і характеризується потужною доказовою базою. Цей засіб, уперше зареєстрований 26 червня 1998 р., випробуваний часом і тривалим застосуванням у реальній практиці. Клінічна ефективність Кальцемін® описана в 1 докторській дисертації та 3 кандидатських дисертаціях, у 5 монографіях, 5 методичних рекомендаціях і навчальних посібниках, 8 інформаційних листах МОЗ України та більш ніж у 70 наукових статтях. Безпеку Кальцемін® Адванс також доведено: за весь час застосування відзначено лише 7 випадків несерйозних побічних явищ (шкірні алергічні реакції) на понад 12 млн проданих упаковок.

Яке дослідження Кальцемін® Адванс ви можете навести як приклад?

– Н.В. Торопцова й І.А. Баранова (2013) провели відкрите клінічне дослідження з оцінки ефективності та переносимості цього препарату при остеопенії в жінок. У дослідженні взяли участь 100 пацієнок віком 45-65 років з остеопенією в ділянці хребта та/або шийки стегна, котрих було рандомізовано на 2 групи – прийому Кальцемін® Адванс і контрольної, учасниці котрої дотримувалися лише відповідних рекомендацій із харчування. У групі Кальцемін® Адванс спостерігалася достовірно краща динаміка змін мінеральної щільності кісткової тканини.

У роботі М.А. Гаркуші (2006) було показано, що при застосуванні Кальцемін® Адванс у лікуванні остеопоротичних переломів дистального відділу передпліччя в осіб різного віку та статі термін формування кісткового мозоля скорочується на 25% – із 2 до 1,5 міс. Отже, Кальцемін® Адванс пришвидшує процес консолідації переломів, збільшує щільність кісткової тканини та зменшує інтенсивність болювого синдрому.

Як розмежувати компетенцію сімейного лікаря та вузькопрофільного спеціаліста в лікуванні ОП?

– Сімейний лікар має ретельно відстежувати групи ризику та попереджати їх по потенційні наслідки ОП. Лікар загальної практики також повинен призначити профілактичні та лікувальні засоби при ОП. Якщо ж захворювання прогресує, виникають патологічні переломи, то необхідна консультація вузького спеціаліста, котрий зможе відкоригувати лікування з метою покращення прогнозу та зменшення вираженості симптоматики. Після цього пацієнт знову переходить під контроль свого сімейного лікаря.

Список літератури знаходиться в редакції.

Підготувала **Лариса Стрільчук**

ЛІНІЙКА КАЛЬЦЕМІН® БІЛЬШЕ, НІЖ КАЛЬЦІЙ І D₃

КАЛЬЦЕМІН® АДВАНС: кальцій, вітамін D₃, колагенутворюючі мінерали для міцних та пружних кісток.

КАЛЬЦЕМІН® СІЛЬВЕР з максимальною дозою D₃* для людей старше 50 років.

Мінерали

для синтезу
колагенового матриксу,

який утримує
кальцій в кістках¹

ЩОБ КІСТКИ ЗАЛИШАЛИСЯ МІЦНИМИ

КАЛЬЦІЙ
+ D₃

МІНЕРАЛИ



*серед препаратів лінійки Кальцемін®

1. Громова О.А., Торшин И.Ю., Томилова И.К. и др. Кальций и биосинтез коллагена: систематический анализ молекулярных механизмов воздействия // РМЖ. 2016. № 15. С. 1009–1017.

Реклама лікарського засобу для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для спеціалістів охорони здоров'я. Кальцемін® Адванс UA/7110/01/01 від 13.10.2017 Кальцемін® Сільвер UA/7138/01/01 від 13.10.2017. L.UA.MKT.CH.04.2020.0887

