

# Проблема остеопороза

## Анонс



Професор В.М. Сідельников

Відповідно до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій і наукових семінарів, які проводяться у 2010 році», що затверджений МОЗ України та НАМН України, **16-17 вересня 2010 року** на базі Донецького національного медичного університету ім. М. Горького відбудеться **XII щорічна Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання)**, присвячена пам'яті члена-кореспондента НАН, НАМН України, професора В.М. Сідельникова.

На конференції будуть розглянуті сучасні проблеми догляду за здоровою дитиною та її виховування, проблеми діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань дитячого віку. 17 вересня 2010 року також відбудеться науково-методична конференція «Актуальні питання викладання педіатрії у вищих медичних навчальних закладах III-IV рівнів акредитації МОЗ України».

До участі у Всеукраїнській конференції запрошуються дитячі лікарі, лікарі з фаху «загальна практика – сімейна медицина», організатори охорони здоров'я, викладачі педіатричних і профільних кафедр вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти МОЗ України, науковці профільних науково-дослідних установ НАМН і МОЗ України.

Заявки на участь (автори, назва доповіді, установа, місто, прізвище доповідача, телефон, поштова й електронна адреса) просимо надсилати на адресу: 02660, м. Київ, проспект Алішера Навої, 3, Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2, завідувачу кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, професору Волосовцю Олександру Петровичу до 30 червня 2010 р. або на електронну адресу [krivopustov@voliacable.com](mailto:krivopustov@voliacable.com)

Адреса проведення конференції: м. Донецьк, пр. Ілліча, 16, актовий зал Донецького національного медичного університету ім. М. Горького.

Іногородніх учасників конференції просимо заздалегідь потурбуватися про місце проживання у м. Донецьку та про квитки на проїзд.

Будемо раді бачити Вас учасниками XII Сідельниковських педіатричних читань!

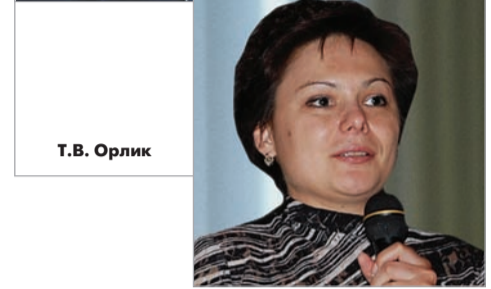
З повагою,

професор Волосовець О.П. – заступник директора Департаменту кадрової політики, освіти і науки МОЗ України, завідувач кафедри педіатрії №2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

**Остеопороз – сложная междисциплинарная проблема, которой в настоящее время уделяется пристальное внимание ученых и врачей различных специальностей. Это коварное заболевание имеет множество причин и может развиваться в любом возрасте. От его тяжелых осложнений, в частности – переломов шейки бедренной кости, тел позвонков, костей предплечья, фактически не застрахован ни один пациент. Наиболее часто врачи сталкиваются с системным остеопорозом, возникающим у лиц старших возрастных групп на фоне дисбаланса половых гормонов, дефицита кальция, витаминов и микроэлементов в рационе.**



В.В. Поворознюк



Т.В. Орлик

На сегодняшний день остеопороз у женщин рассматривается как одна из основных медицинских проблем постменопаузального периода. На фоне выраженного эстрогенного дефицита закономерно ускоряются процессы резорбции костной ткани, происходит прогрессирующее снижение ее минеральной плотности и в конечном итоге – возникают остеопоротические переломы различных локализаций. Поэтому совершенно очевидно, что каждая женщина, вступающая в период «осени», нуждается в своевременном скрининге начинающихся патологических изменений костной ткани, профилактике, а при необходимости – и современном лечении остеопороза. Однако специфика периода пременопаузы, в котором в идеале и должен начинаться такой мониторинг, такова, что женщин гораздо больше беспокоят другие признаки пока еще минимального эстрогенного дефицита – так называемые «изменения в зеркале» (сухость кожи, быстрое увеличение количества морщин), приливы, диспареуния, психоэмоциональные нарушения. Со всеми этими проблемами женщины обращаются в первую очередь к гинекологу, а значит, именно гинекологи, являясь для таких пациенток врачами «первого контакта», могут и должны не только вовремя обратит внимание женщин на важность проблемы остеопороза, но и принять первые меры по его своевременной диагностике и лечению. Поэтому закономерно, что проблема остеопороза в практике врача-гинеколога обсуждается в рамках большинства научно-практических конференций, посвященных различным аспектам современной гинекологии. Не стала исключением и международная конференция «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии», которая проходила 12-14 мая в г. Судаке. Доклад о проблеме остеопороза у женщин в постменопаузальном периоде представила вниманию участников секционного заседания по гинекологической эндокринологии кандидат медицинских наук Татьяна Васильевна Орлик – ученица наиболее авторитетного отечественного эксперта в области изучения остеопороза, президента Украинской ассоциации остеопороза, члена правления Всемирной ассоциации остеопороза (IOF), президента Украинской ассоциации менопаузы, андропаузы и заболеваний костно-мышечной системы, руководителя отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины», директора Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, заслуженного деятеля науки и техники

Украины, доктора медицинских наук, профессора Владислава Владимировича Поворознюка.

– Как известно, в этом году завершается объявленная ВОЗ в 2001 г. Всемирная декада заболеваний костей и суставов, посвященная пяти наиболее распространенным заболеваниям опорно-двигательного аппарата: остеопорозу, остеоартрозу, боли в спине, ревматоидному артриту и травматическим повреждениям костей и суставов. В этом «рейтинге» заболеваний, имеющих наибольшее медико-социальное значение, остеопороз неслучайно занимает первое место – ведь распространенность в популяции самого этого заболевания и его грозных осложнений (переломов тел позвонков, переломов бедренной кости и предплечья) продолжает стремительно увеличиваться. Согласно предварительным оценкам через 60 лет количество остеопоротических переломов бедренной кости увеличится с 1,6 до 6 млн. Для женщин и мужчин риск переломов соответственно составляет:

- бедренной кости – 17,5% и 6%;
- тел позвонков – 15,6% и 5%;
- дистального отдела предплечья – 16% и 5,5%.

В целом риск развития остеопоротических переломов весьма высок, особенно у женщин. Так, в течение жизни 4 из 10 женщин в постменопаузальном периоде имеют один остеопоротический перелом и более. Частота остеопоротических переломов значительно выше, чем частота случаев инфаркта, инсульта и рака молочной железы вместе взятых.

К факторам риска развития остеопороза, наиболее значимым для женщин, относятся:

- предшествующие переломы в возрасте старше 40 лет, особенно компрессионный перелом позвоночника;
- возраст старше 65 лет;
- уменьшение роста более чем на 6 см или наличие кифоза;
- остеопороз или переломы в семейном анамнезе;
- индекс массы тела <20 кг/м<sup>2</sup>;
- ранняя менопауза, послеродовой период, позднее менархе, вторичная аменорея;
- гиподинамия;
- парентеральное питание;
- иммобилизация;
- злоупотребление алкоголем.

В настоящее время в Украине женщины старше 40 лет составляют около половины всего женского населения. Количество женщин старше 65 лет, то есть в возрасте, который сам по себе является мощным фактором риска остеопороза, сегодня достигает практически 20% женского населения. Ситуацию с остеопорозом у женщин значительно усугубляет и тот

## Новости

### Материнские и младенческие исходы при родах на дому и в стационаре: метаанализ



Американские ученые проанализировали данные медицинской литературы о безопасности для матери и ребенка запланированных родов на дому и в роддоме. По сложившейся практике в странах Западной Европы, где были собраны данные для исследования, домашние роды принимает практикующий акушер с соответствующей лицензией. При каких-либо осложнениях он немедленно вызывает специализированную бригаду для доставки роженицы/родильницы и ребенка в стационар.

В ходе систематического обзора авторы проанализировали североамериканские и европейские данные 342 056 запланированных домашних родов и 207 551 запланированных родов в стационаре.

Запланированные роды на дому были связаны с меньшим количеством вмешательств у матери, таких как эпидуральная анестезия, электронный мониторинг сердечного ритма плода, эпизиотомия и оперативное родоразрешение. У этих женщин реже возникали разрывы, кровотечения и инфекция. Анализ исходов у новорожденных при запланированных родах на дому показал меньшую частоту рождения недоношенных, детей с низкой массой тела, а также более низкую потребность во вспомогательной вентиляции.

Хотя запланированные роды на дому и в стационаре сопровождались сопоставимыми показателями перинатальной смертности, частота неонатальной смерти при родах на дому втрое превысила таковую при родах в стационаре.

J.R. Wax, F.L. Lucas, M. Lamont et al. Am J Obstet Gynecol 2010; 203

### Влияние менструального цикла и применения гормональных контрацептивов на структуру головного мозга



Межполовые различия в структуре головного мозга были неоднократно описаны в литературе, однако эти данные разрознены. Исследователи провели анализ структур головного мозга 28 женщин, половина из которых использовали гормональные контрацептивы, а также 14 мужчин с помощью высокоразрешающих методов визуализации. Головной мозг участниц исследования, не принимавших контрацептивы, сканировали дважды: в раннюю фолликулярную фазу и в середине лютеиновой фазы цикла. Объем серого вещества сравнивали при помощи воксельной морфометрии.

Объем гиппокампа, парагиппокампулярной и веретенообразной извилин, миндалевидного тела и базальных ядер оказался больше у мужчин, а серого вещества префронтальной коры, пре- и постцентральной извилин – у женщин. Описанные межполовые различия зависели от фазы менструального цикла и приема гормональных контрацептивов.

В раннюю фолликулярную фазу объем серого вещества мозга женщин в области правых парагиппокампулярной и веретенообразной извилин был больше по сравнению с размерами этих структур в середине лютеиновой фазы менструального цикла.

Кроме того, по данным исследователей, регулярный прием гормональных контрацептивов был связан с увеличением объема префронтальной коры, пре- и постцентральной, парагиппокампулярной и веретенообразной извилин и височной области мозга женщин.

B. Pletzer, M. Kronbichler, M. Aichhorn et al., J brain res. 2010.06.019

Подготовил Олег Мазуренко

## В практиці врача-гінеколога

факт, що рівень потреблення кальція в щоденному раціоні у українських жінок є дуже низьким. Практично половина жінок в постменопаузальному періоді (46,5%) вживає менше 400 мг кальція в сутки, що сприяє розвитку втрати костної тканини. Ще в 1998 г. були опубліковані результати обширних епідеміологічних досліджень, проведених у всіх регіонах України професором В.В. Поворознюком і його колегами, згідно з якими було встановлено, що критичним в відношенні ризику розвитку остеопорозу і остеопенії для українських жінок є вік 50-59 років. Саме в цьому періоді частота даної патології починає різко зростати; к 1980-1989 року остеопороз і остеопенія відзначаються абсолютно у всіх жінок. За даними одного з останніх досліджень, проведеного в нашому Українському науково-медичному центрі проблем остеопорозу в 2007 г. з допомогою нового апарату рентгеновського денситометра, нами також встановлено, що починаючи з віку 50-59 років у жінок різко зменшуються показники мінеральної щільності костної тканини на рівні позвоночника, с 60-69 років – на рівні шийки бедра.

Які ж основні стратегічні задачі профілактики і лікування системного остеопорозу? В першу чергу – це досягнення максимально можливого піку костної маси в період полового дозрівання і формування скелета з максимальною міцністю. Характеристиками, зниження і протидія негативного впливу екзогенних і ендогенних факторів на костну тканину, а також запобігання втрати костної маси і по можливості підвищення її мінеральної щільності в старшому віковому періоді. В рішення кожної з цих задач важливу роль відіграють лікарі-гінекологи.

К основним принципам ведення пацієнтів з діагнозом системного остеопорозу належать усунення відомих факторів ризику, зменшення ризику падінь, зміна стереотипу харчування і фізичної активності. В якості підтримуючого лікування можуть бути рекомендовані фізіотерапія, а також прийом анальгетиків і міорелаксантів. Однак базисною терапією остеопорозу в даний час є застосування спеціальних антиостеопоротических препаратів. Сьогодні на світовому і на українському фармацевтичному ринку представлено велике число антиостеопоротических засобів різних груп. В залежності від механізму дії їх можна розділити на такі основні групи:

– засоби, що впливають на диференціацію остеокластів і їх активність (бісфосфонати, естрогени, селективні модулятори естрогенних рецепторів, препарати кальцитоніну);

– засоби, що впливають на диференціацію остеобластів (паратиреоїдний гормон);

– засоби, одночасно впливають на диференціацію остеобластів і остеокластів (стронцій ранелат).

Найбільш обширною групою антиостеопоротических препаратів в даний час є бісфосфонати. В залежності від хімічного будови можна виділити наступні підгрупи бісфосфонатів:

– бісфосфонати, що не містять атома азоту (етидронат, клодронат, тилудронат);  
– амінобісфосфонати, що містять атом азоту (памідронат, алендронат);  
– амінобісфосфонати, що містять заміщений атом азоту (ибандронат);

– бісфосфонати, що містять атом азоту в гетероциклічному кільці (ризедронат, золедронат).

Значительний інтерес учених і клініцистів сьогодні викликають представителі 3-го покоління бісфосфонатів, до яких, зокрема, належить ризедронат. В залежності від величини інгібувального потенціалу в відношенні остеокластів виділяють 3 класи бісфосфонатів, і за даною класифікацією ризедронат належить до класу С, являючись одним з найбільш потужних фармакологічних агентів, що гнітють активність остеокластів. Як і всі бісфосфонати, ризедронат має відносно низьку біодоступність (1-5%), всмоктується в верхніх відділах шлунково-кишкового тракту (ЖКТ), переважно в шлунку і дванадцятиперстній кишці. Більша частина (60%) абсорбованої ризедронової кислоти встраюється в костну тканину, 40% виводиться з сечею; неабсорбований препарат виводиться з калом. Ризедронова кислота не піддається системному метаболізму і накопичується переважно в місцях активної резорбції костної тканини, зберігаючи свою присутність в її структурі більше 10 років. Крім інгібування активності остеокластів і відповідно – гнітіння процесу резорбції кістки, ризедронат також викликає позитивний вплив на обмін кальція: збільшує його всмоктування в ЖКТ, знижує його концентрацію в плазмі крові, сприяє посиленню вироблення кальцитріолу і реабсорбції кальція в нирках.

Терапія бісфосфонатами, зокрема і ризедронатом, показана пацієнткам з остеопорозом в постменопаузальному періоді (Т-критерій  $\leq 2$  SD), з остеопенією (Т-критерій  $\leq 1,5$  SD) при наявності одного і більше факторів ризику, з остеопоротическими переломами в анамнезі. Оскільки терапія бісфосфонатами завжди є достатньо тривалою, з метою оцінки ефективності лікування рекомендують проведення контрольних денситометричних досліджень через кожні 1-2 роки лікування. Слід підкреслити, що в Україні єдиним затвердженим показанням до застосування ризедронату є наявність остеопорозу у жінок в постменопаузальному періоді. Однак, наприклад, в США, цей препарат дозволено застосовувати і за інших, більш широких показань: для лікування остеопорозу у чоловіків, для профілактики і лікування глюкокортикоїд-індукованого остеопорозу, а також для лікування хвороби Педжета.

Яскравим представителем останнього покоління бісфосфонатів, призначених для перорального застосування, є препарат Ризендрос 35 виробництва фармацевтичної компанії «Зентива». Серед доступних на українському фармацевтичному ринку тільки ризедронат знижує ризик остеопоротических переломів всіх ключових локалізацій: вертебральних переломів, переломів бедра, неverteбральних переломів. В ході проведених за кордоном клінічних досліджень було доведено, що порівняно з плацебо вже через 6 місяців прийому відносний ризик неverteбральних переломів знижується на 66%, а через 12 місяців – на 74%. Згідно з результатами масштабного рандомізованого дослідження REAL (Silverman S.L. et al., 2007) по завершенні першого року терапії ризедронатом порівняно з застосуванням алендронату частота розвитку переломів шийки

бедра знизилася на 43%, неverteбральних переломів – на 18%.

Можливість застосування ризедронової кислоти в лікуванні остеопорозу активно вивчається і в Україні. Так, на базі Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу зараз проводиться клінічне дослідження, присвячене вивченню ефективності і безпеки застосування препарату Ризендрос 35 в лікуванні системного остеопорозу у жінок в постменопаузальному періоді. Участь в ньому приймає 21 пацієнтка з системним постменопаузальним остеопорозом; середній вік хворих – 63,7+9,2 роки. Оцінка вираженості вертебрального болювого синдрому проводилася за візуально-аналоговою шкалою, мінеральної щільності костної тканини різних відділів скелета (поясничний відділ позвоночника на рівні L1-L4, передплеччя, проксимальний відділ бедренної кістки) – з допомогою двохенергетическої рентгеновської денситометрії (DXA). В відповідності з дизайном дослідження всі жінки були обстежені до початку лікування; згодом їм було призначено препарат Ризендрос 35 в дозі 35 мг 1 раз в тиждень впродовж 12 місяців в поєднанні з обов'язковим прийомом комбінованого препарату кальцію і вітаміну D (Кальцеїн Адванс по 2 таблетки в день щодня впродовж 12 місяців). Кожні 3 місяці (тобто через 3, 6, 9 і 12 місяців по завершенні повного курсу лікування) учасницям дослідження будуть проводити денситометричне дослідження і анкетування. На даному етапі більшість пацієнток (18 з 21) отримують Ризендрос 35 впродовж уже 6 місяців і ми можемо говорити про попередні результати даного дослідження. Ми встановили, що на

рівні поясничного відділу позвоночника (L1-L4) суттєвий приріст мінеральної щільності костної тканини відзначається вже через 3 місяці після початку лікування і продовжує збільшуватися до 6-го місяця терапії. Через 6 місяців від початку лікування достовірне збільшення мінеральної щільності костної тканини було встановлено також на рівні шийки бедра і лучевої кістки. В цілому за весь час застосування препарату Ризендрос 35 нами не відзначено виражених побічних ефектів, і попередні результати нашого дослідження свідчать про хорошу переносимість даного лікарського засобу, зокрема – з боку ЖКТ. Не встановлено також жодних небажаних лікарських взаємодій при одночасному застосуванні препарату Ризендрос 35 в поєднанні з нестероїдними протизапальними препаратами, ацетилсалicyловою кислотою, H<sub>2</sub>-гістаміноблокаторами і інгібіторами протонної помпи. За нашими даними, Ризендрос 35 добре переноситься пацієнтками, що страждають захворюваннями ЖКТ.

Ризендрос 35 – високоєфективний бісфосфонат для перорального застосування, вже через 6 місяців прийому якого знизюється ризик остеопоротических переломів всіх ключових локалізацій – як вертебральних, так і неverteбральних. Таким чином, ми сьогодні можемо з впевненістю рекомендувати Ризендрос 35 як широку застосуванню у жінок в постменопаузальному періоді в якості швидкого, ефективного, безпечного і доступного рішення проблеми системного остеопорозу у пацієнток даної вікової групи.

Підготувала **Елена Барсукова**

3



**РИЗЕНДРОС 35**  
Ризедронат натрію

### Остановим остеопороз!



- **Перший ризедронат на ринку України!**
- **Значительно снижает частоту вертебральных и неverteбральных переломов уже через 6 месяцев лечения<sup>1-2</sup>**
- **Переносимость препарата, в том числе со стороны желудочно-кишечного тракта, сравнима с эффектом плацебо<sup>2-3</sup>**

\* Рекомендуемая доза: 35 мг (1 таблетка) в неделю. В упаковке - 4 таблетки.



1. Harrington JT, et al. 2004. Calcif Tissue Int 74:129-135.  
2. Harris ST, et al. 1999. JAMA 282:1344-1352.  
3. Sorenson OJH, et al. Bone 32 (2003). 120-126.

ООО «Санофі-Авентіс Україна»  
вул. Желіська, 48-50А, Київ, 01033, Україна  
тел. +380 44 354 2 000, факс. +380 44 354 2 001  
UARIS.09.12.02



**ZENTIVA**  
У складі групи санofi-авентіс