

УДК 615.838.97:616.72

ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОГО ОСТЕОПОРОЗУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Головач І.Ю., Митник З.М.

Івано-Франківська державна медична академія, м. Івано-Франківськ

Ключові слова: остеопороз, діагностика, глюкокортикоїди, профілактика, лікування, сімейний лікар

Вступ. Високий «рейтинг» остеопорозу (4-е місце за соціально-економічною і медичною значущістю) пояснюється передусім двома причинами: надмірно високою і постійно зростаючою поширеністю захворювання та значними витратами суспільства на лікування хворих із наслідками остеопорозу [2].

Ще до недавнього часу остеопорозу на Україні приділялося незаслужено мало уваги і ця хвороба була відома лише вузькому колу спеціалістів. У даний час ситуація істотно змінюється. За останні 20 років досягнуто значного прогресу в уявленнях щодо патофізіології й лікування остеопорозу. Це призвело до розуміння, що терапія й профілактика цього патологічного стану є необхідним і реальним завданням. До появи перших клінічних ознак остеопорозу проходять роки, тому необхідно прикласти значних зусиль для ранньої діагностики захворювання, ідентифікації факторів ризику пришвидшених втрат кісткової маси і визначення оптимальної лікувальної тактики. Проблема остеопорозу гостро постає в ревматології, ендокринології, нефрології, гематології, алергології, тобто вона зачіпає більшість терапевтичних спеціальностей та особливо торкається сімейних лікарів. Адже саме сімейні лікарі володіють інформацією щодо стану здоров'я кожного члена сім'ї, проводять тривале спостереження за ними, планують

проведення лікувально-профілактичних заходів, виявляють неспецифічні зміни в організмі, зокрема прискорене старіння тощо. Вирішення проблеми профілактики остеопорозу й попередження виникнення остеопоретичних переломів кісток покладається власне на сімейного лікаря.

Лікування й реабілітація хворих на остеопороз, особливо ускладнений переломами, потребує значних матеріальних витрат. Тому заходи, спрямовані на ранню діагностику остеопорозу, детермінацію груп ризику і на профілактику захворювання, сприятимуть покращанню стану здоров'я і якості життя населення і принесуть величезну економію матеріальних коштів. На сімейних лікарів покладається детермінація груп ризику щодо розвитку остеопорозу (первинного і вторинного), тривале спостереження за ними, проведення диференційованих реабілітаційних заходів, зважаючи на функціональний стан кісткової тканини, її тип старіння, визначення ефективності профілактичних і лікувальних заходів.

На даному етапі є необхідним створення інформаційних систем по популяризації проблеми остеопорозу серед лікарів, видання методичних і навчальних посібників, створення спеціалізованих програм навчання тощо.

Вторинний остеопороз розвивається при числен-

них захворюваннях внутрішніх органів. Фактично, більшість захворювань тією чи іншою мірою впливають на кістковий гомеостаз, ремоделювання кістки і її метаболізм. У клініці внутрішніх захворювань вторинний остеопороз часто виникає при тривалому (більше 1 року) прийомі глюкокортикоїдів у дозі понад 7,5 мг/добу. За цих умов у пацієнтів формується певний метаболізм кісткової тканини із пригніченням процесів формування і активацією резорбції, що призводить до прогресуючих втрат кісткової маси і розвитку глюкокортикоїд-індукованого остеопорозу [3; 4].

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 345 пацієнтів із вірогідним ревматоїдним артритом (223 пацієнти), системним червоним вовчаком (54 хворих) і бронхіальною астмою (68 хворих), які тривало приймали глюкокортикоїди. Вік хворих на ревматоїдний артрит (РА) коливався від 22 до 67 років і в середньому становив $37,9 \pm 7,5$ років. У структурі обстежених вірогідно переважали жінки. У хворих на системний червоний вовчак (СЧВ) глюкокортикоїдна (ГК) терапія проводилася всім 54 пацієнтам як базисна терапія. Усі 68 осіб із бронхіальною астмою (БА) застосовували пероральну ГК терапію. Серед обстежених хворих на СЧВ було 52 жінки (96,29%) і 2 чоловіки (3,71%), серед хворих на БА – 43 жінки (63,24%) та 25 чоловіків (36,76%). Середній вік хворих на СЧВ становив $39,7 \pm 5,8$ років, хворих на БА – $46,4 \pm 7,2$ роки. При ревматичних захворюваннях препаратом вибору серед ГК був преднізолон, при БА – полькортолон. Для дослідження були відібрані хворі, тривалість ГК терапії в яких перевищувала 6 місяців. Таким чином, тривалість ГК терапії варіювала від 6 місяців до 23 років, у середньому – $4,7 \pm 2,9$ років. Доза ГК коливалася при різних нозологічних формах і у кожного конкретного хворого впродовж всього періоду їх застосування, що пов'язано з особливостями перебігу недуги, ступенем активності захворювання, частотою загострень при БА та важкістю обструкції. Так, при РА доза ГК коливалася від 2,5 мг/добу до 40 мг/добу, при СЧВ середні добові дози ГК були вищими і коливалися у межах – 7,5-60 мг/добу (у перерахунку на преднізолон). При БА пероральна доза ГК варіювала від 5 до 25 мг/добу.

Для вивчення структурно-функціонального стану кісткової тканини проведено денситометричне обстеження зазначеного контингенту осіб за допомогою ультразвукового денситометра "Achilles+" (фірма "Lunar Corp.", Madison, США, 1995), що вимірює час проходження ультразвукової хвилі через п'яткову кістку, рентгенографія хребта і кистей, лабораторні дослідження стану кальцій-фосфорного обміну і кісткового метаболізму. Проведені дослідження дозволили розподілити обстежених осіб на групи залежно від стану кісткової тканини, виразності її структурно-функціональних порушень. На підставі бази даних, яку формують клінічні й інструментальні методи дослідження, нами розроблена система моніторингу структурно-функціонального стану кісткової тканини у контингентів населення, які тривало приймають глюкокортикоїди [1].

Результати дослідження та їх обговорення. Призначення системи полягає у наступному: оцінка стану кісткової системи у хворих, що тривало при-

ймають стероїди, проведення реабілітаційних заходів і оцінка їх дієвості, лонгітудинальні спостереження щодо зазначеного контингенту. Система моніторингу визначає диференційовані реабілітаційні заходи з огляду на функціональний стан кісткової системи, що включають медикаментозні і немедикаментозні заходи.

У пацієнтів, які тривало приймають гормони і мають нормальні остеоденситометричні показники, рекомендується вивчення чинників ризику остеопорозу, надання рекомендацій щодо способу життя (фізичні вправи і навантаження, особливості харчування із достатньою кількістю кальцію, фосфору і магнію, відмова від куріння, зловживання кавою і алкоголем тощо), а також профілактичний прийом препаратів кальцію у дозі 1200 мг/добу і активних метаболітів вітаміну D (наприклад, альфакальцидол, Кальцій-D₃-Нікомед, кальцеїн, ін.). У хворих із остеопенічним синдромом, остеопорозом і остеопоретичними переломами рекомендується усунення додаткових чинників ризику розвитку остеопорозу, корекція способу життя, по можливості, зменшення дози глюкокортикоїдів чи способу їх введення. Залежно від стану кісткової тканини (остеопенія, остеопороз, переломи) пацієнтам необхідно рекомендувати різні медикаментозні комплекси. Так, за наявності остеопенічного синдрому доцільним є прийом препаратів кальцію в добовій дозі 1200 мг + альфакальцидол 0,5 мкг/добу + естроген-гестагенна замісна терапія. При встановленому остеопорозі: препарати кальцію в добовій дозі 1200 мг + альфакальцидол 0,5 мкг/добу + кальцитонін по 50 МЕ або 100 МЕ дом'язово через день, 10 ін'єкцій (курси 2-3 рази на рік). При наявності остеопоретичних переломів кісток у пацієнтів слід застосовувати наступні лікувальні схеми: тривалий прийом бісфосфонатів (фосамакс) упродовж 3-х років + кальцитонін по 100 МЕ д/м через день № 10 (2-3 курси на рік) + кальцій 1000 мг на день + курси анаболічних стероїдів (ретаболіл, силаболіл, дураболіл).

У хворих із глюкокортикоїд-індукованими змінами в кістковій тканині спостерігаються глибокі порушення кальцій-фосфорного обміну, розлади гормонального гомеостазу і істотне пригнічення процесу кісткового формування. Тому в структурі профілактичних і лікувальних заходів при глюкокортикоїд-асоційованому остеопорозі повинні бути присутніми препарати кальцію, активні метаболіти вітаміну D, замісна гормональна терапія в жінок у постменопаузі, анаболічні стероїди.

Пацієнти, що тривало приймають гормони, повинні щорічно проходити денситометричний контроль та двічі на рік визначати стан маркерів кісткового ремоделювання (найоптимальніше – це визначення концентрації остеокальцину в сироватці крові як маркера процесів формування кістки та піридиноліну в сечі як маркера ступеня кісткової резорбції). За допомогою цих досліджень встановлюються темпи втрат кісткової маси, активність кісткового метаболізму, прогнозується виникнення остеопоретичних переломів кісток, монітується ефективність терапії. Розроблена нами система фармакологічного моніторингу за хворими із глюкокортикоїд-індукованим остеопорозом наведена на рис. 1.

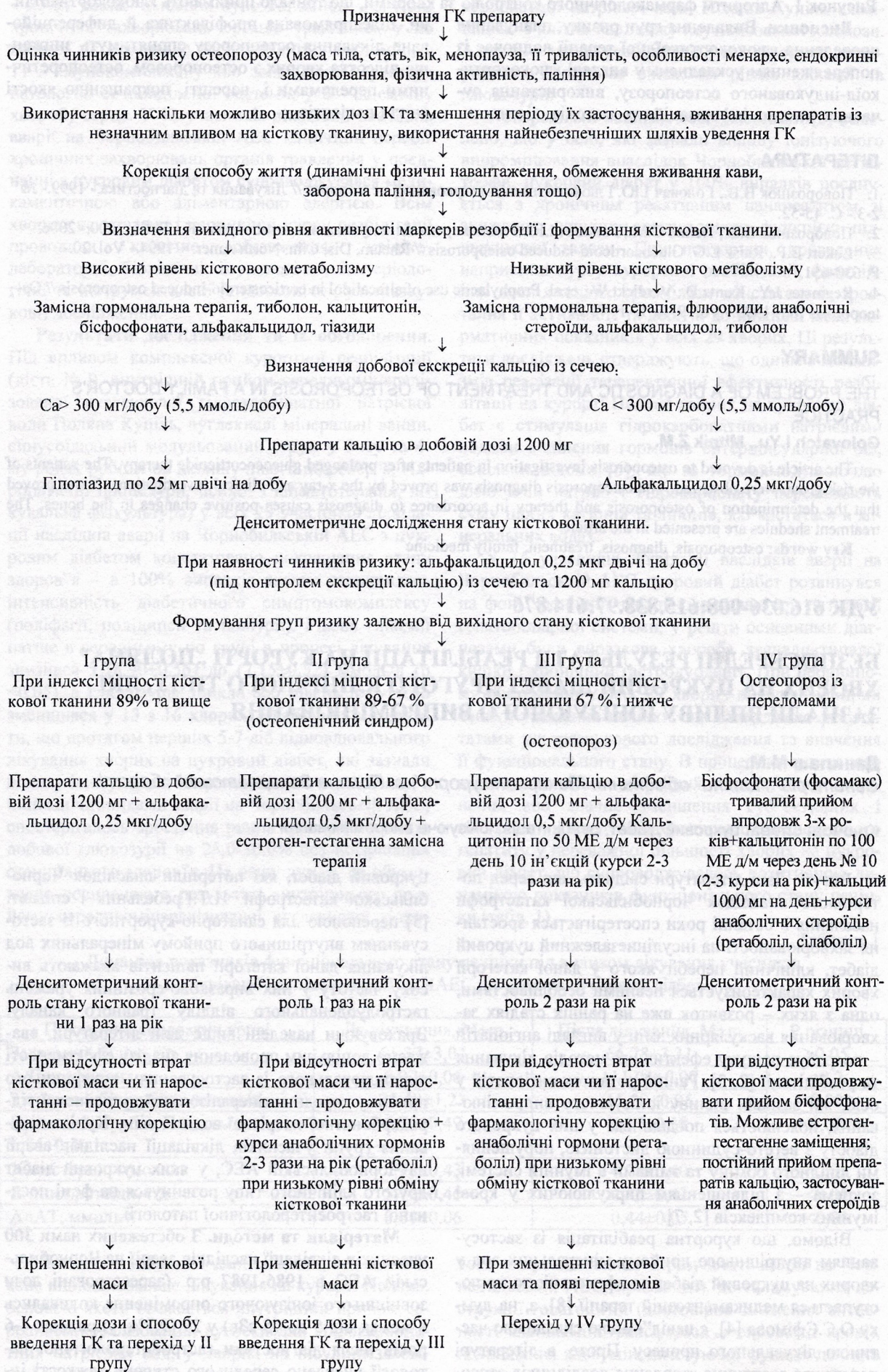


Рисунок 1. Алгоритм фармакологічного контролю за хворими, що тривало приймають глюкокортикоїди.

Висновки. Виявлення груп ризику, планування проведення глюкокортикоїдної терапії водночас із попередженням ускладнень у вигляді глюкокортикоїд-індукованого остеопорозу, використання сучасних високо інформаційних методів діагностики, цілеспрямована профілактика й диференційоване лікування остеопорозу сприятимуть зниженню відсотка хворих з остеопорозом, остеопоретичними переломами і, нарешті, покращанню якості життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Поворознюк В.В., Головач І.Ю. Глюкокортикоїд-індукований остеопороз // Лікування та діагностика.- 1999.- № 2-3.- С. 45-52.
2. Поворознюк В.В., Нейко Є.М., Головач І.Ю. Глюкокортикоїд-індукований остеопороз.- К.: ТМК, 2000.- 208с.
3. Lukert В.Р., Raisz L.G. Glucocorticoid-induced osteoporosis // Rheum. Dis. Clin. North Amer. – 1994.- Vol. 20.- P. 630-651.
4. Reginster J.Y., Kuntz D., Verdickt W., et al. Prophylactic use of alfacalcidol in corticosteroid-induced osteoporosis // Osteoporosis Int.- 1999.- Vol. 9, № 1.- P. 75-81.

SUMMARY

THE PROBLEM OF A DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF OSTEOPOROSIS IN A FAMILY DOCTOR'S PRACTICE

Golovatch I.Yu., Mitnik Z.M.

The article is devoted to osteoporosis investigation in patients after prolonged glucococorticoide therapy. The patients of the risk group were observed. The osteoporosis diagnosis was proved by the x-ray and clinical investigations. It was proved that the determination of osteoporosis and therapy in accordance to diagnosis causes positive changes in the bones. The treatment shedules are presented in the article.

Key words: osteoporosis, diagnosis, treatment, family medicine