

снижение минерализации позвонков и наличие их переломов.

Из лабораторных исследований следует проверить содержание кальция и фосфора в сыворотке крови, щелочной фосфатазы, витамина D₃, клиренс креатинина, у мужчин – уровень тестостерона.

Особое значение придается витамину D₃, так как его дефицит ассоциируется с повышенной слабостью, приводящей к падениям, а также склонностью к развитию сахарного диабета, онкологических заболеваний, к нарушениям в иммунной системе, развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

Для точного установления диагноза необходимо оценить минеральную плотность костной ткани (МПКТ) с помощью денситометрии позвоночника и бедренной кости, переломы которых бывают чаще всего, приводя к тяжелым последствиям, – человек становится инвалидом.

ШЛЕПАНЦЫ – КАК ФАКТОР РИСКА

Выделяют несколько стадий заболевания: остеопения, при которой наблюдается незначительное снижение минеральной плотности костной ткани, остеопороз и тяжелый остеопороз, осложненный переломами.

Клинически остеопороз разделяют на первичный и вторичный.

К первичному относятся постменопаузальный остеопороз, который возникает в период менопаузы, сенильный и ювенильный – они развиваются соответственно в старческом и юношеском возрастах, а также идиопатический остеопороз – как

результат нарушений минерального обмена.

Вторичный остеопороз может быть следствием некоторых эндокринных заболеваний, например, гиперпаратиреоза и гипертиреоза, ревматологической патологии, миеломной болезни, заболеваний крови, почечной недостаточности. Возникает также при генетических нарушениях и после приема некоторых лекарств, в частности, кортикостероидов.

Назову основные факторы риска развития остеопороза.

Прежде всего выделяют немодифицируемые факторы, то есть те, которые невозможно изменить. Это возраст старше 65 лет, женский пол, низкая минеральная плотность костной ткани, склонность к падениям, семейная предрасположенность к остеопорозу, нарушение функции половых желез, предшествующие переломы при минимальной травме.

Среди модифицируемых факторов – их можно изменить, поскольку зависят они от человека, – недостаток кальция и витамина D, вес менее 57 кг, курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, длительная неподвижность, прием кортикостероидных препаратов, частые падения.

В связи с этим – несколько советов, как говорится, на каждый день.

Чтобы избежать случайных потерь равновесия и падений, уменьшите прием седативных и снотворных препаратов, этим, как известно, часто грешат люди пожилого возраста. Займитесь регулярным лечением хронических за-

болеваний, в частности, артериальной гипертензии и аритмии.

При плохом зрении надевайте очки, оставляйте в квартире ночное освещение. Уберите вещи и предметы, которые мешают проходу по квартире, установите поручни в туалете и ванной комнате.

Ходите с тростью или ходунками, спускаясь с лестницы, держитесь за перила. На улице носите удобную, не скользящую обувь, а дома забудьте про растоптанные шлепанцы без задника.

ЛЕЧЕНИЕ ДОВОДИМ ДО КОНЦА

Лечение остеопороза, если он вторичный, включает терапию основного заболевания, а также прием обезболивающих средств, лечебную физкультуру.

Но главное – использование препаратов, которые замедляют разрушение костной ткани и стимулируют ее образование. Назначают препараты **кальция, витамина D, эстрогены, кальцитонин, бисфосфонаты**. Для усиления костеобразования – **фториды, паратгормон, кальцитриол, андрогены, гормоны роста**.

Обращаю внимание, во всех лекарственных комплексах обязательным компонентом является прием **кальция** в суточной дозе 1200-1500 мг и **витамина D₃** 800-1000 МЕ.

Для профилактики переломов принимайте **кальцецин адванс**, в составе которого 500 мг кальция, 200 мг витамина D₃, а также микроэлементы цинк, медь, марганец, бор, магний. Бисфосфонаты подавляют только разрушение кости, снижают риск переломов позвоночника.

Наиболее эффективны для профилактики и лечения остеопороза препараты **алендроновой кислоты**, которые увеличивают минеральную плотность костной ткани в позвоночнике и бедренной кости, снижают риск переломов. Показаны они и при кортикостероидном остеопорозе.

А вот кальцитонин, активные метаболиты витамина D, например, **детримакс витамин D₃, вигантол**, для профилактики недостаточно эффективны.

В терапии заболевания, в том числе осложненного переломами, используют и другие препараты, в том числе **ризедронат-тева, золедроновую кислоту, терипаратид, стронция ранелат, деносумаб**.

Замечу, не все пациенты, к сожалению, доводят лечение до конца, бросают принимать лекарства где-нибудь на середине курса, объясняя это побочным действием препаратов на желудочно-кишечный тракт или неудобством их дозирования. Разумеется, эффективность такой терапии снижается.

С учетом этих сложностей имеются средства, которые более удобны в применении. Например, **акласта** вводится внутривенно всего один раз в год. А шипучие таблетки **биносто** показаны больным с затрудненным глотанием.

Лечение остеопороза проводят под контролем минеральной плотности костной ткани, показатель оценивают ежегодно. При его снижении более 3% терапию корректируют.

Римма БАЛАБАНОВА,
профессор, доктор
медицинских наук.