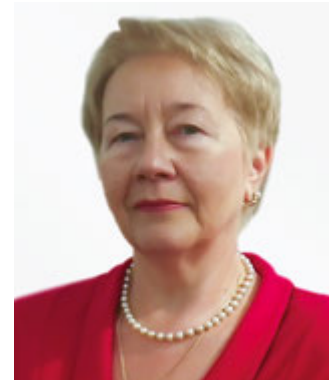




Менопауза і остеопороз. Роль гінеколога у вирішенні проблеми За матеріалами конференції



В.І. Пирогова, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

У статті розглянуто причини виникнення остеопорозу у період менопаузи та фактори, що сприяють його розвитку, принципи діагностики остеопоротичних змін, а також застосування препаратів кальцію і вітаміну D₃ для лікування та профілактики цього захворювання.

Ключові слова: менопауза, остеопороз, кальцій, вітамін D, вітамін D₃.

У рамках науково-практичної фахової школи-семінару «Контраверсійні питання з акушерства та гінекології», що відбулась 16 листопада, виступила завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Віра Іванівна Пирогова. У своїй доповіді «Менопауза і остеопороз. Роль гінеколога у вирішенні проблеми» професор висвітлила питання остеопорозу у жінок зрілого віку, зосередивши увагу на ролі препаратів кальцію і вітаміну D₃ у лікуванні та профілактиці остеопорозу.

У всьому світі збільшується кількість жінок зрілого і похилого віку. У розвинених країнах протягом останнього століття втричі зросла частка жінок, старших за 50 років. В Україні частка жінок цього віку становить 35% – майже одну п'яту усього населення країни (National Institute for Health and Care Excellence, 2019). Після певного віку в організмі жінки починаються інволютивні процеси – перебудова репродуктивної системи на інший режим функціонування (перименопаузальний перехід), що завершується менопаузою. Середній вік настання менопаузи є неоднаковим у різних країнах. В Україні він становить 48–49 років. Період менопаузи пов'язаний із численними негативними наслідками для здоров'я, одним із яких є остеопороз.

Остеопороз – системне захворювання скелета, що характеризується зниженням маси кісток та порушенням мікроархітектури кісткової тканини, внаслідок чого значно підвищується крихкість кісток. У жінок у період менопаузи остеопороз є первинним, тобто зумовлений обмінно-ендокринно-імунними порушеннями (табл. 1). Проблема остеопорозу у жінок особливо актуальна у зв'язку із його високою поширеністю й тяжкими наслідками (переломи кінцівок і хребта, артропатії, едентулізм), що призводять до непрацездатності, різкого погіршення

якості життя та підвищення смертності (Karsdal M.A., Bay-Jensen A.C., Henriksen K., 2012). Відомо, що перелом шийки стегнової кістки часто призводить до смерті жінок похилого віку. За прогнозом учених, до 2050 року кількість переломів шийки стегна зросте із 500 тис. до 1 млн випадків на рік.

До найбільш важливих факторів, що підвищують ризик виникнення остеопоротичних переломів, відносяться (Riek A.E., Towler D.A., 2011):

- дефіцит кальцію та вітаміну D;
- цукровий діабет 1-го та 2-го типу;
- гіпогонадізм;
- гіперкортицизм, терапія кортикостероїдами;
- алкоголізм, тютюнопаління.

Оскільки однією з причин виникнення остеопорозу є недостатність кальцію та вітаміну D, варто розглянути їх фізіологічне значення для організму людини. Гомеостаз кальцію залежить від процесів його всмоктування у кишках, реабсорбції у нирках та мобілізації з кісткової тканини, активності кальційрегулюючих гормонів (паратгормона, кальцитоніну), рівня фосфору та інших гормонів, що впливають на обмін вітаміну D. Порушення кальцієвого обміну спричиняє не лише дефіцит кальцію, а й патологічні зміни в будь-якій ланці регуляції, що в результаті призводить до абсолютного дефіциту кальцію або зниження його біологічної доступності.

Ознаками дефіциту кальцію є:

- підвищена втомлюваність, хронічна загальна слабкість, зниження звичної працездатності, емоційна лабільність;
- порушення сну і зниження концентрації уваги;
- ламкість і тьмяність волосся, крихкість і розшарування нігтів, нездоровий колір обличчя;
- невизначений біль у м'язах кінцівок, суглобах, схильність до судом литкових м'язів, а також м'язів кистей рук і стоп, особливо при переохолодженні;

Таблиця 1. Чинники, що сприяють виникненню остеопорозу

Чинники, зумовлені способом життя		
Недостатнє споживання кальцію	Дефіцит вітаміну D	Надлишок вітаміну A
Надмірне вживання кофеїну	Надмірне вживання солі	Прийом алюмінійвмісних препаратів (антацидів)
Споживання трьох або більше порцій алкоголю на добу	Недостатня фізична активність	Імобілізація
Паління (активне або пасивне)	Падіння	Худорлявість
Генетичні чинники		
Муковісцидоз	Гомоцистинурія	Недосконалий остеогенез
Синдром Елерса – Данлоса	Гіпофосфатазія	Наявність переломів у сімейному анамнезі
Хвороба Гоше	Ідіопатична кальциурія	Порфірія
Хвороби накопичення глікогену	Синдром Марфана	Синдром Райлі – Дея
Гемохроматоз	Синдром Менкеса	
Гіпогонадний статус		
Нечутливість рецепторів до андрогенів	Гіперпролактинемія	Синдроми Шерешевського – Тернера і Клайнфельтера
Нервова анорексія і булімія	Пангіпопітуїтаризм	
Спортивна аменорея	Передчасне виснаження яєчників	
	Ендокринні розлади	
Недостатність наднирникових залоз	Цукровий діабет	Тиреотоксикоз
Синдром Кушинга	Гіперпаратиреоїдизм	
Гастроінтестинальні порушення		
Целіакія	Запальні захворювання кишечника	Первинний біліарний цироз
Порушення пасажу їжі по шлунку	Мальабсорбція	
Хірургічні втручання на органах шлунково-кишкового тракту	Захворювання підшлункової залози	
Гематологічні розлади		
Гемофілія	Множинна мієлома	Системний мастоцитоз
Лейкемія, лімфоми	Серпоподібноклітинна анемія	Таласемія
	Ревматичні та аутоімунні захворювання	
Анкілозуючий спондиліт	Системний червоний вовчак	
Інші патологічні стани та захворювання		
Алкоголізм	Емфізема	М'язова дистрофія
Амілоїдоз	Ниркова недостатність	Парентеральне харчування
Хронічний метаболічний ацидоз	Епілепсія	Трансплантація органів
Застійна серцева недостатність	Ідіопатичний сколіоз	Переломи до настання повноліття
Депресія	Множинний склероз	Саркоїдоз
Медичні препарати		
Антикоагулянти (гепарин)	Хіміотерапевтичні протипухлинні препарати	Агоністи гонадотропін-релізінг-гормона
Антиконвульсанти	Циклоспорин А, такролімус	Препарати літію
Інгібітори ароматази	Медроксипрогестерону ацетат	Глюкокортикоїди

- підвищена кровоточивість ясен, схильність до носових кровотеч, виникнення синців без видимої причини;
- підвищена чутливість зубної емалі до холодного та гарячого, рецидивуючий карієс;

- підвищена схильність до алергічних реакцій, діатезів, полінозів.

Рівень кальцію у крові є однією із фізіологічних констант організму. При зниженні рівня цього макроелемента парашитоподібні залози виділяють паратгормон, і починається резорбція кісткової тканини, спрямована



Таблиця 2. Профілактика остеопорозу

У пременопаузальному періоді	<ul style="list-style-type: none"> Виявлення жінок із дефіцитом естрогенів і низькою кістковою масою для призначення лікування, спрямованого на збереження кісткової тканини Зміна способу життя (виключення тютюнопаління, нормалізація дієти, призначення фізичних вправ із навантаженням)
У постменопаузальному періоді	<ul style="list-style-type: none"> Виявлення та лікування жінок із низькою кістковою масою Виявлення та лікування жінок із порушеннями зору, захворюваннями нервової системи, остеоартрозом та артритами, які можуть сприяти падінням Зміна способу життя (виключення тютюнопаління, нормалізація дієти, призначення фізичних вправ із навантаженням)
У старості	Ті самі рекомендації, що й у постменопаузальному періоді, а також вживання заходів та створення побутових умов, що зменшують ризик падіння.

на поповнення нестачі кальцію у судинному руслі. Рівень мінералізації кістки неминуче знижується, і, за відсутності додаткового надходження кальцію, виникає остеопороз.

Для діагностики остеопорозу призначають ряд досліджень (National Osteoporosis Foundation, 2014; AACE/ACE Postmenopausal Osteoporosis CPG, 2016):

- загальний аналіз крові;
- біохімічний аналіз крові;
- визначення рівня кальцію і фосфору у сироватці крові;
- визначення рівня вітаміну D у сироватці крові (не загального, а 25(OH)D₃);
- визначення β-Cross Laps (C-кінцевих телопептидів колагену 1-го типу) у крові, дезоксипіридоліну у сечі (маркери резорбції кістки);
- визначення рівня кістково-лужної фосфатази, P1NP (N-термінальний пропептид проколагену 1-го типу), остеокальцину у крові (маркери формування кістки);
- денситометрія.

Найбільш достовірним методом діагностики є денситометрія. Зміни щільності кісткової тканини встановлюють на підставі T-критерію – кількості стандартних відхилень (SD) вище і нижче від середнього показника піка кісткової маси молодих жінок віком 30–35 років. Нормою вважають не більше –1 SD від пікової кісткової маси. При остеопорозі T-критерій перевищує –2,5 SD. Проміжні значення T-критерію свідчать про остеопенію. Ознакою тяжкого остеопорозу є значення T-критерію більше –2,5 SD і наявність переломів в анамнезі.

Лікування остеопорозу має бути комплексним. Відповідно до клінічних рекомендацій із лікування остеопорозу, препарати кальцію та вітаміну D₃ мають бути обов'язковим компонентом будь-якої схеми терапії остеопорозу (рівень доказовості A). Комбінований прийом кальцію та вітаміну D₃ знижує частоту переломів, зокрема перелому шийки стегнової кістки у жінок старшого віку (що мають високий ризик його виникнення), які мешкають у будинках-інтернатах, а також в осіб, старших за 65 років, які мешкають самі (рівень доказовості A). Препарати кальцію та вітаміну D₃ доцільно призначати для профілактики остеопорозу починаючи з перименопаузального періоду

(European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women, 2018) поряд з іншими рекомендованими заходами (табл. 2).

В арсеналі лікаря-гінеколога є чимало препаратів для компенсації дефіциту поживних елементів. Один із них – Азвестів® (АТ «Київський вітамінний завод») містить 600 мг кальцію і 400 МО вітаміну D₃. Це комбінований медичний препарат, що регулює обмін кальцію в організмі. Він знижує резорбцію кісткової тканини й підвищує її щільність, поповнюючи нестачу кальцію та вітаміну D₃.

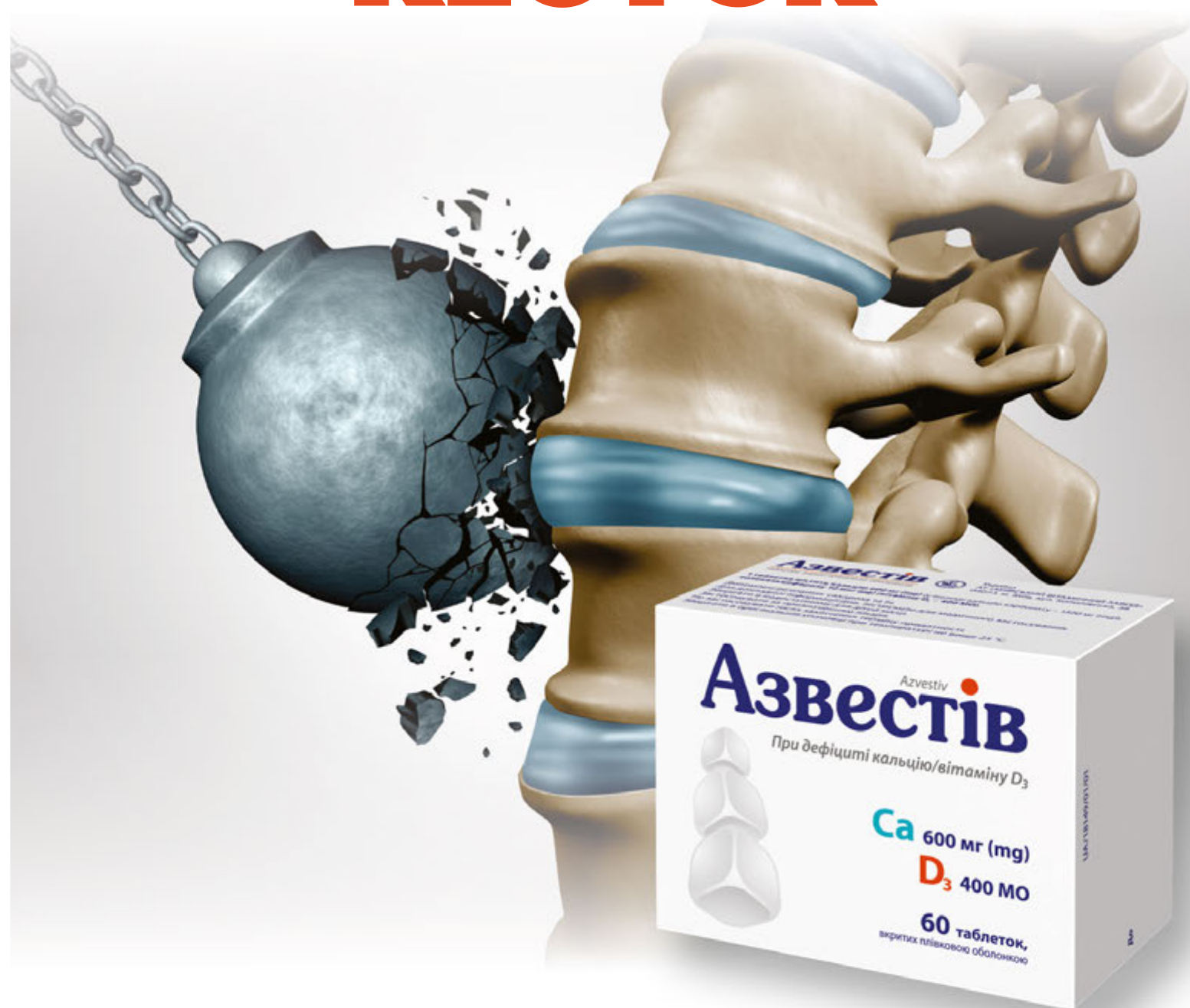
Таблетку препарату Азвестів® рекомендовано приймати протягом 1,5 год після прийому їжі, не розжовуючи та запиваючи склянкою води чи соку. У дорослих жінок та пацієнток літнього віку дозування наступне: 1 таблетка двічі на добу. Завдяки такому дозуванню забезпечується нормальне споживання кальцію, що становить 1200 мг на добу (National Osteoporosis Foundation, 2014). За потреби дозу можна знизити відповідно до визначеного рівня кальцію у сироватці крові.

Вітамін D₃ у складі таблетки Азвестів® чинить подвійний ефект: компенсує нестачу вітаміну й сприяє кращому всмоктуванню кальцію. Пацієнткам із вираженим дефіцитом вітаміну D можна додатково призначати препарати холекальциферолу, орієнтуючись на цільовий рівень вітаміну D₃, який становить 30–50 нг/мл (AACE/ACE Postmenopausal Osteoporosis CPG, 2016).

Важливим компонентом клінічних рекомендацій щодо профілактики остеопорозу є адекватне вживання кальцію та вітаміну D₃, які містяться у харчових продуктах або у складі лікарських засобів (European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women, 2018). Призначення препаратів кальцію та вітаміну D₃ до та під час менопаузи дозволяє суттєво покращити стан кісткової тканини й запобігти виникненню остеопорозу.

Довідка від редакції. На вітчизняному фармацевтичному ринку привертає увагу комплексний препарат кальцію та вітаміну D₃ Азвестів виробництва АТ «Київський вітамінний завод». Препарат виробляється із сировини найвищої якості від європейських постачальників. Процес виробництва відповідає стандартам GMP. Серед переваг препарату Азвестів доцільно відзначити вигідне співвідношення ціни та якості.

ДЛЯ МІЦНОСТІ КІСТОК



Комбінований лікарський засіб, що **регулює обмін кальцію в організмі**
Знижує резорбцію і збільшує щільність кісткової тканини, поповнюючи
нестачу **Кальцію** і **Вітаміну D₃** в організмі

Перед застосуванням обов'язково ознайомитися з інструкцією по застосуванню препарату та проконсультуватися з лікарем.
Реєстраційне посвідчення МОЗ України №UA/18149/01/01 від 15.06.2020,



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!