

УДК 616.71-007.234:[614.23:616./4]

Н.В. Малик, І.П. Пасічник, І.М. Харченко *

ПРОБЛЕМА ОСТЕОПОРОЗУ ОЧИМА ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

*Науково-практичний медичний центр ХНМУ (м. Харків)

Дана стаття є фрагментом пріоритетної прикладної наукової теми МОЗ України «Обґрунтування та впровадження системи регіонального моніторингу здоров'я дітей та підлітків в умовах реформування ПМСД населенню України», що виконується у межах міжгалузевої програми «Здоров'я нації 2002-2011 роки» (держреєстрація № 0106U003999; 2007-2009р.), що виконується Харківським національним медичним університетом.

У теперішній час до проблеми остеопору, який ще називають “німою епідемією ХХІ сторіччя”, і який дійсно може торкнутися кожного, привернуто увагу як практичних лікарів, так і самих пацієнтів, оскільки вже сьогодні остеопороз разом із патологією серцево-судинної системи, цукровим діабетом та злоякісними новоутвореннями є одним із найпоширеніших хронічних захворювань.

За визначенням експертів ВООЗ (1991) остеопороз – це системне захворювання скелету, що характеризується зниженням кісткової маси, мікроструктурними пошкодженнями кісткової тканини, які призводять до збільшення ламкості кісток та підвищення ризику переломів. На сьогодні поміж численних форм остеопору найпоширенішою залишається інволюційний остеопороз, пов'язаний із старінням організму. У жінок він розвивається після настання менопаузи й поділяється на власне менопаузальний і сенільний, а в чоловіків він виникає в середньому після 60 років [13, 17].

Медико-соціальне значення проблеми постменопаузального остеопору важко переоцінити: в теперішній час у світі він діагностован приблизно в 200 мільйонів жінок. У 20–25% жінок старше 50 років відмічається один або більше переломів тіл хребців. Безпосередньою причиною розвитку постменопаузального остеопору і остеопоротичних переломів є суттєва втрата кісткової тканини, що виникає у жінок після появи менопаузи. У віці 50–59 років мають нормальну кісткову тканину тільки 34% жінок, у 60–69 років – 11%, у 70–79 років – 4% [3].

Разом з тим сімейні лікарі досить часто стикаються з вторинними формами остеопору, що розвивається у пацієнтів з ендокринними (гіперпаратиреоз, гіпертиреоз, цукровий діабет), ревматологічними захворюваннями (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак), певними видами патології системи травлення, нирок, крові та ін. [23].

Особливу групу складає ятрогенний остеопороз, що виникає у пацієнтів, які тривалий час приймають глюкокортикоїди, антиконвульсанти, тироксин, імунодепресанти та ін. [8]. Пацієнтам, які застосовують ці препарати, слід рекомендувати зміну раціону. Зокрема збільшення в ньому частки молочних продуктів та риби, а також профілактичний прийом препаратів кальцію та вітаміну D3.

Фактором ризику остеопенічного синдрому в жінок репродуктивного віку є вагітність та лактація.

Кісткова тканина зазнає значних змін у різні вікові періоди. У дітей та підлітків відбувається інтенсивне накопичення кісткової маси – близько 85% її формується у віці 11-16 років. Саме в цей віковий період батькам та сімейним лікарям слід приділяти належну увагу збалансованому харчуванню дитини, наявності в її раціоні достатньої кількості багатих на кальцій, вітамін D та білки продуктів. Діти повинні вживати 1200 – 1300 мг кальцію на добу, але, на жаль, їх харчування не завжди відповідає цим вимогам [19].

Остеопороз – це суттєва загроза і для чоловічого населення. Наразі доведено, що зниження рівня тестостерону в чоловіків літнього та старечого віку призводить до зменшення кісткової маси та розвитку остеопенії й остеопору.

До факторів ризику розвитку остеопору відносять: жіночу стать, похилий вік, спадкову схильність, європейську або монголоїдну расу, астенічну будову тіла, блакитні очі, ранню менопаузу (до 44 років), анорексію або булімію, низький вміст кальцію та вітаміну D в їжі, вживання у великій кількості таких продуктів, як кава та поварена сіль, що сприяють синтезу паратгормона, малору-

хомий образ життя, паління, зловживання алкоголем, тривале використання деяких медикаментів (антикоагулянтів, послаблюючих, антиконвульсантів) [18].

Однією з основних скарг, з якою пацієнти звертаються до сімейного лікаря, є біль у хребті, та найвідомішим клінічним проявом остеопорозу є саме його ускладнення – остеопоротичні переломи, які асоціюються не тільки з погіршенням якості життя, але і з підвищенням рівня смертності у жінок у постменопаузальний період [6].

Традиційно найбільш небезпечними в цьому відношенні враховувалися переломи проксимального відділу стегна. Однак на сьогоднішній день рівень летальності при переломах тіл хребців порівнюються з такимим при переломах шийки стегна. У багатьох випадках діагноз “остеопороз” встановлюється лише тоді, коли у пацієнта відбувається той чи інший перелом. Причому клінічні прояви, що передують йому (швидка втомлюваність, зниження працездатності, дифузний біль в кістках та потиличній ділянці із за гіперлордозу шийного відділу хребта, дратівливість, плаксивість, депресивні стани, порушення сну, апатія), помилково вважаються ознаками інших захворювань або взагалі не привертають до себе уваги. Так, біль в ділянці хребта часто розцінюють як прояви остеохондрозу, хоча насправді це – один з найчастіших симптомів остеопорозу, який потребує спеціалізованого діагностичного обстеження [4]. Наприклад, при остеопорозі відбуваються зміни в структурі альвеолярного відростка, що можуть бути причиною розхитування і втрати зубів.

До клінічних проявів остеопорозу належать хронічний біль, зменшення росту, деформація тіл хребців, кіфоз, абдомінальний біль, обструктивні захворювання легенів, що обумовлені деформацією тіл хребців, колінний та міжфаланговий деформуючий артроз, закрепи, депресивні стани та ін [12].

При огляді пацієнтів потрібно звертати увагу на вік, особливості конституції, наявність грудного кіфозу, можливе укорочення тулуба, наявність додаткових шкірних зморшок на тулубі, розміщення ребір на гребнях підвздошних кісток, дряблість м'язів, наявність в них больових вузликів, біль при здавленні грудної клітини, болісність при пальпації грудного та поперекового відділів хребта.

Остеопороз супроводжується зменшенням росту пацієнтів, м'язовою слабкістю, появою почуття тяжкості в міжлопаточній ділянці. Поколачування по хребту обумовлює біль, при пальпації виявляється напруження довгих

м'язів спини. Поступово змінюється осанка хворого: з'являється кіфоз грудного відділу хребта, розвивається сутулість, може посилюватися поперековий лордоз. Змінюється вся фігура хворого: нижня частина тіла стає довше, ніж верхня, уплощується верхній трикутник ромба Міхаеліса, грудна клітина та живіт вип'ячуються, шкіра над хребтом істончується, рухомість його мінімальна. Кругові рухи та нахили вперед обмежені. Хода хворих стає невпевненою, вони рухаються дрібними шагами з широко розставленими ногами [2].

У багатьох випадках до розвитку остеопоротичних переломів перебіг захворювання взагалі є безсимптомним. Тому у віці після 50 років доцільно проходити профілактичні обстеження.

Згідно рекомендаціям ВООЗ з 2000 р. біль у спині об'явлена пріоритетним дослідженням у структурі декади кісток та суглобів (2000 – 2010 р.р.).

“Біль – це неприємне сенсорне та емоційне переживання, що обумовлене існуючими або можливими пошкодженнями, які описуються в межах такого пошкодження” (визначення Міжнародної асоціації по вивченню болю). Біль є адаптивною реакцією організму, що має значення сигналу тривоги. Однак, якщо біль стає хронічним, він втрачає своє фізіологічне значення і враховується патологічним.

«Боль – сторожевой пес здоровья, ибо предупреждает об опасности». – казали вдавнину. Больові відчуття – найбільш неприємні ознаки хвороби, позбавлення від яких в усі часи асоціювалося з високим лікарським мистецтвом, із самою сутністю лікарської професії, її гуманністю. Лікар сьогодні багато знає та вміє, його знання про захворювання поповнюються з кожним днем, але зцілення багатьох патологічних станів залишається недосяжною мрією.

Поперековий біль – симптом, який найбільш часто зустрічається в больовій практиці лікарів різних спеціальностей: сімейних лікарів, неврологів, ортопедів-травматологів, ревматологів, фізіо- та рефлексотерапевтів. Біль у спині – це проблема, в якій переплітаються неврологічні, ортопедичні, травматологічні та ревматологічні аспекти. Біль – це складний інтегративний процес, у виникненні і підтримці якого приймають участь свідомість, відчуття, пам'ять, мотивація, вегетативні механізми, поведінкові реакції та емоції. Тому інтенсивний гострий або тривалий хронічний біль може значно обтяжувати існування хворого, різко знижувати якість його життя.

Згідно статистики 30–60% населення розвинутих країн страждають на періодичний біль у спині, що повторюється. 75% пацієнтів з болем у спині звертаються за допомогою до 2–3 фахівців і більше, при цьому не завжди досягають усунення больового синдрому. Біля 80% хворих з болями у спині мають попереківий, на який можуть страждати всі вікові категорії, однак пік захворюваності приходить на вік від 30 до 60 років.

Больовий синдром у хворих на остеопороз може бути практично постійним. При цьому біль частіше локалізується у поперековому та крижовому відділах хребта, кістках тазу, в ділянці кіштових, гомілково-стопних суглобів, у ребрах. Біль посилюється при фізичному навантаженні, при змінах погоди. В горизонтальному положенні пацієнта біль зменшується. По мірі прогресування остеопорозу, збільшення кіфозу, біль у хребті збільшується. Поява гострого болю, який збільшується при рухах, як правило, обумовлена переломом хребця та ребер.

Біль у спині – неспецифічний симптом, який може бути обумовлений великою кількістю причин. XX сторіччя внесло серйозні корективи в розуміння етіології та патогенезу болю в попереку. Початково основною причиною його виникнення вважалося запалення нервових корінців та стовбурів, що знайшло своє відображення в терміні “попереково-крижовий радикуліт”. Потім інфекційно-запальну теорію змінила вертеброгенна, чому чимало сприяв розвиток нейровізуалізаційних засобів обстеження. Причину поперекового болю стали шукати в дегенеративно-дистрофічних змінах хребта, у стисненні грижею диска нервового корінця, що відобразилось у відповідній термінології: дискогенний корінцево-компресійний синдром, вертеброгенна радикулопатія, вертеброгенний рефлекторний синдром.

Фактори ризику виникнення болю в спині можуть бути розподілені на сприятливі та провокуючі. Фактори, що сприяють, в свою чергу, розділяються на ті, що не корегуються та ті, що корегуються. До факторів, які не корегуються, відносять спадковість, вік та стать.

Фактори, що корегуються – це порушення осанки (сколіоз, кіфосколіоз, сутулість); хвороби шлунково-кишкового тракту через порушення всмоктування вітамінів групи В; тривале ізометричне напруження м’язів в незручній позі на виробництві та в биті; дія несприятливих метеофакторів (локальне та загальне переохолодження); слабкий м’язовий корсет внаслідок відсутності регулярних занять фізкультурою; збільшення ваги тіла; паління, зловживання алкоголем,

їжі з великим вмістом пуринових основ та прянощів.

Не слід забувати про вторинне походження болю, яке потрібно виключити. Можливими причинами вторинного синдрому болю в спині є: метаболічні ураження кісток (остеопороз, остеомаліяція); переломи хребців; первинні та метастатичні пухлини хребців, спинного мозку, ретроперитонеального простору; інфекційні ураження хребців і міжхребцевих дисків (туберкульоз, бруцельоз, епідуральний абсцес); неінфекційні запальні захворювання (анкілозуючий спондиліт, синдром Рейтера, ревматоїдний артрит); хвороби росту (сколіоз); гострі порушення спинального кровообігу; відображений біль при захворюваннях малого тазу [20]. Також слід пам’ятати про більш рідкі причини вторинного болю в спині. Наприклад, у пацієнтів похилого віку, особливо жінок у постменопаузальний період, у яких раптово виникає тяжкий нестерпний біль, при рентгенологічному дослідженні часто виявляють патологічні переломи хребців, що пов’язані з остеопорозом. Можливість дебюта серйозної спинальної і вісцеральної патології з банальним болем у спині потребує постійної уваги сімейного лікаря і негайного втручання лікаря – фахівця.

Сімейному лікарю слід враховувати і психосоціальні фактори, що сприяють хронізації болю: соціальні та фінансові проблеми, емоційний стрес у дебюті захворювання, запобігання активного образу життя, тенденція до депресії та очікування, що біль може призвести до інвалідизації.

Забезпечити ефективне знеболювання повинен вміти кожний лікар, насамперед, з міркувань гуманності. Крім того, в теперішній час існує багато доказів, що знеболювання має важливе фізіологічне значення для перебігу захворювання в цілому [1, 24].

Раціональне знеболювання повинно вміщувати не тільки анальгетики, але і ряд інших засобів та заходів лікування – допоміжні лікарські препарати, блокади анестезуючими засобами місцевої дії, психотерапію, при необхідності гормональні препарати і, безумовно, постійний та всебічний догляд у лікарні та вдома.

На жаль, часто лікарі в скаргах пацієнтів на біль бачать проблему в дегенеративних змінах хребта і не враховують, що за цією скаргою можуть критися “сигнали небезпеки”, що за банальним ховаються серйозні проблеми. Тому на першому місці при болю в спині, як правило, використовують нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), що є обґрунтованим, тому що саме ці пре-

парати, пригнічують синтез прозапальних медіаторів шляхом блокади ЦОГ, здатні переривати аферентну імпульсацію з першоджерела болю – пошкодженої сполученої тканини. За ними йдуть міорелаксанти, що усувають міогенний компонент болю. Ці дві групи препаратів найбільш добре вивчені у відношенні ефективності та небезпечності у категорії пацієнтів з патологією хребта [1].

Можна зустріти на практиці, коли лікарі для купірування больового синдрому призначають мануальну терапію, чого категорично робити не можна при наявності остеопорозу в пацієнта, тому що виникають тяжкі ускладнення, які можуть інвалідизувати хворого та прикувати до ліжка [22].

У діагностиці остеопорозу можуть бути використані такі методи, як ультразвукова денситометрія, моноенергетична рентгенівська денситометрія, периферична двоенергетична рентгенівська денситометрія, які дозволяють виявити мінеральну щільність поперекового відділу хребта, стегневих кісток, усього скелету, дистального відділу лучової та ліктьової кісток. Крім того, використовують метод рентгеноморфометрії хребта, що дає можливість виявити деформації тіл хребців. Досліджують також біохімічні маркери остеопорозу (маркери кісткової резорбції та кісткового формування), показники кальцій-фосфорного обміну [11, 14].

Використовуючи дані методики, сімейний лікар може точно та своєчасно діагностувати остеопороз, призначити лікування та попередити деякі ускладнення.

При розробці стратегії лікування пацієнта на остеопороз, лікар повинен враховувати процеси кісткового ремоделювання, зменшення або припинення втрати ваги тіла, ліквідування больового синдрому, поширення рухової активності, попередження виникнення нових переломів [1, 9, 20].

Лікування остеопорозу вміщує етіологічну (лікування основного захворювання при вторинному остеопорозі, відміна препаратів з ятрогенним ефектом), патогенетичну (зниження кісткової резорбції, стимуляція кісткостворювання) та симптоматичну (дієта, що збалансована за кальцієм, фосфором, мікроелементами, білками, вітамінами, антиоксидантами; препарати кальцію, лікувальна фізкультура, ортопедичне лікування, фізіотерапія, знеболюючи препарати) терапію [21, 24].

На теперішній час є багато робіт, щодо терапії первинного остеопорозу в жінок у менопаузі; хоча пошуки нових препаратів та схем лікування продовжуються.

Лікарські препарати, що використовуються для профілактики та лікування остеопорозу, розподілені на дві групи: антирезорбтивні (засоби замісної гормональної терапії, бісфосфонати, кальцитоніни) та стимулятори формування кісткової тканини [10, 14].

У теперішній час увагу фахівців повернуто до препаратів групи бісфосфонатів останньої генерації, що використовуються для проведення антирезорбтивної терапії при остеопорозі.

Профілактика та лікування остеопорозу повинні бути виключно індивідуальними, враховувати вік пацієнта, фактори ризику. До останніх відносять наявність в анамнезі низькоенергетичного перелому, прийом глюкокортикоїдів у дозі від 2,5 мг протягом 3 місяців та більше, паління. При наявності вказаних факторів високого ризику лікування пацієнта слід починати вже на стадії остеопенії.

Які ж препарати для профілактики та лікування остеопорозу мають сьогодні в наявності вітчизняні фахівці? Важливу роль у формуванні кісткової тканини в період росту організму, його зрілості та інволюції грає кальцій, тому препарати кальцію та вітаміну D традиційно використовують в якості базисних засобів профілактики розвитку остеопорозу та комплексного лікування. В цій якості вони незамінні, оскільки рівень вживання кальцію з їжею за останні десятиріччя в Україні різко знизився.

Головним принципом лікування любого болю є задача максима: біль у кожного хворого повинен бути ліквідований або облегшений. Хоча в багатьох випадках повністю виконати це завдання важко, але при умовах уважної та послідовної оцінки причин хронічного больового синдрому, правильного вибору різноманітних анальгетичних та допоміжних засобів, їх раціонального застосування, задовільного результату можна домогтися завжди.

Таким чином, остеопороз – це поширене мультифакторіальне захворювання із складним патогенезом, яке призводить до погіршення якості життя та трагічного кінця. Сьогодні в нашій державі існують сучасні діагностичні та лікувальні можливості для успішної боротьби з таким грізним захворюванням, як остеопороз, і запобігання його розвитку в здорових людей. Профілактика та лікування остеопорозу потребують від лікаря загальної практики та пацієнта порозуміння та великого терпіння, тому що тільки в такому разі можна сподіватися на успіх.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аспекты терапии остеопороза / И. А. Зупанец [и др.] // Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / под ред. Н. А. Коржа, В. В. Поворознюка, Н. В. Дедука, И. А. Зупанца. — Харьков : Золотые страницы, 2002. — С. 424–441.
2. Грунтовский Г. Х. Деформации позвоночника / Г. Х. Грунтовский // Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / под ред. Н. А. Коржа, В. В. Поворознюка, Н. В. Дедука, И. А. Зупанца. — Харьков : Золотые страницы, 2002. — С. 10–29.
3. Дедука Н. В. Факторы риска и механизмы развития остеопороза / Н. В. Дедука, И. А. Зупанец // Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / под ред. Н. А. Коржа, В. В. Поворознюка, Н. В. Дедука, И. А. Зупанца. — Харьков : Золотые страницы, 2002. — С. 60–65.
4. Делягин В. М. Дифференциальная диагностика внутренних болезней в практике семейного врача : руководство / В. М. Делягин, А. Г. Румянцев. — М. : МАКС Пресс, 2001. — 746 с.
5. Диагностика и консервативное лечение заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы : справочник. В 8 кн. Кн 1 : Остеопороз / А. А. Корж, Н. В. Дедука, С. Д. Шевченко [и др.]. — Харьков : Основа, 1995. — 52 с.
6. Корж Н. А. Клинические проявления и рентгенологическая картина остеопороза / Н. А. Корж, Л. А. Горидова, И. А. Зупанец // Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / под ред. Н. А. Коржа, В. В. Поворознюка, Н. В. Дедука, И. А. Зупанца. — Харьков : Золотые страницы, 2002. — С. 82–87.
7. Мазур И. П. Костная система и заболевания пародонта / И. П. Мазур, В. В. Поворознюк // Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / под ред. Н. А. Коржа, В. В. Поворознюка, Н. В. Дедука, И. А. Зупанца. — Харьков : Золотые страницы, 2002. — С. 346–368.
8. Насонов Е. Л. Глюкокортикоидный остеопороз : современные рекомендации / Е. Л. Насонов // Новости медицины и фармации. — 2004. — № 7(147). — С. 8–9.
9. Насонов Е. Л. Роль кальция, витамина D и тиазидных диуретиков в профилактике и лечении остеопороза / Е. Л. Насонов // Российский медицинский журнал. — 1997. — № 5. — С. 978–982.
10. Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / под ред. Н. А. Коржа, В. В. Поворознюка, Н. В. Дедука, И. А. Зупанца. — Харьков : Золотые страницы, 2002. — 649 с.
11. Пасиешвили Л. М. Возможные механизмы костной резорбции при сочетанном течении заболеваний кишечника и остеохондроза / Л. М. Пасиешвили, А. Б. Андруша, М. О. Бабак // Украинський терапевтичний журнал. — 2006. — № 2. — С. 47–49.
12. Пасиешвили Л. М. Особливості кісткового ремоделювання при поєднаному перебігу остеохондрозу та хронічного коліту чи синдрому подразненої кишки / Л. М. Пасиешвили, А. Б. Андруша // Вісник наукових досліджень. — 2006. — № 4. — С. 54–55.
13. Поворознюк В. В. Инволюционный остеопороз: механизмы развития, клиника, диагностика, профилактика и лечение / В. В. Поворознюк // Новости науки и техники. — 1998. — № 1. — С. 3–24.
14. Поворознюк В. В. Остеопороз позвоночника: механизмы развития, факторы риска, клиника, диагностика, профилактика и лечение / В. В. Поворознюк // Повреждения позвоночника и спинного мозга (механизмы, клиника, диагностика, лечение) / под ред. Н. Е. Полищука, Н. А. Коржа, В. Я. Фещенко. — К. : Книга плюс, 2001. — С. 272–304.
15. Поворознюк В. В. Остеопороз та біохімічні маркери метаболізму кісткової тканини / В. В. Поворознюк // Лабораторна діагностика. — 2002. — № 1. — С. 53–59.
16. Поворознюк В. В. Питание и остеопороз / В. В. Поворознюк, Н. В. Григорьева // Женское здоровье. — 2000. — № 3. — С. 36–39.
17. Поворознюк В. В. Постменопаузальний остеопороз: механізми розвитку, фактори ризику, клініка, діагностика. Профілактика та лікування / В. В. Поворознюк // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1997. — № 6. — С. 49–54.
18. Риггз Б. Л. Остеопороз : пер. с англ. / Б. Л. Риггз, Л. Дж. III Мелтон ; под общ. ред. Е. А. Лепарского. — М.—СПб. : БИНОМ—Невский диалект, 2000. — 560 с.
19. Burckhardt R. Osteoporosis and nutrition / R. Burckhardt // Then Umsch. — 1998. — Vol. 55, № 11. — P. 712–716.
20. Eriksen E. F. Медикаментозная терапия: схемы лечения, стимулирующие костеобразование / E. F. Eriksen, F. Melsen, L. Mosekilde // Остеопороз : пер. с англ. / Б. Л. Риггз, Л. Дж. III Мелтон ; под общ. ред. Е. А. Лепарского. — М.—СПб. : БИНОМ—Невский диалект, 2000. — С. 437.
21. Fujita T. Osteoporosis: past, present and future / T. Fujita // Osteoporosis Int. — 1997. — Vol. 7, suppl. 3. — P. 6–9.
22. Geusens P. Osteoporosis in clinical practice. A practical guide for diagnosis and treatment / P. Geusens. — London : Springer-Verlag, 1998. — 188 p.
23. Khosia S. Вторичный остеопороз / S. Khosia, L. J. Melton III // Остеопороз : пер. с англ. / Б. Л. Риггз, Л. Дж. III Мелтон ; под общ. ред. Е. А. Лепарского. — М.—СПб. : БИНОМ—Невский диалект, 2000. — С. 205–227.
24. Riggs B. L. Практическое ведение больного / B. L. Riggs, S. Khosia // Остеопороз : пер. с англ. / Б. Л. Риггз, Л. Дж. III Мелтон ; под общ. ред. Е. А. Лепарского. — М.—СПб. : БИНОМ—Невский диалект, 2000. — С. 519–536.

УДК 616.71–007.234:[614.23:616./4]

ПРОБЛЕМА ОСТЕОПОРОЗА ГЛАЗАМИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Малик Н.В., Пасичник И.П., Харченко И.М.

Резюме. Освещены вопросы медико-социального значения проблемы остеопороза на современном этапе. Дана характеристика факторов риска возникновения остеопороза, диагностических критериев и осложнений. Представлены особенности болевого синдрома при остеопорозе и тактика семейного врача.

Ключевые слова: болевой синдром, лечение, остеопороз, семейный врач, факторы риска.

UDC 616.71–007.234:[614.23:616./4]

PROBLEM OF OSTEOPOROSA BY EYES OF GENERAL PRACTITIONER

Malyk N.V., Pasychuk I.P., Harchenko I.M.

Summary. The article is devoted to medical and social importance of osteoporosis problem. Osteoporosis risk factors, diagnostic criteria and complications were given. There are osteoporosis pain syndrome peculiarities and family doctor tactic.

Key words: family doctor, osteoporosis, pain syndrome, risk factors, treatment.

Стаття надійшла 24.11.2009 р.