

ISSN 2077-4214

ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ

Український
науково-практичний журнал
засновано у листопаді 1993 року

**ЖУРНАЛ
виходить 1 раз на квартал**

ВИПУСК 1 (91)

Рекомендовано до друку
Вченою радою ВДНЗУ
«Українська медична
стоматологічна академія»
Протокол № 10 від 14.03.2012 р.

**Відповідно до постанови
президії ВАК України
від 11 жовтня 2000 р. №1-03/8,
від 13 грудня 2000 р. №1-01/10,
від 14.10.2009 р. №1-05/4
журнал пройшов перереєстрацію і
внесений до
Переліку № 6 і № 7 фахових
видань, в якому можуть
публікуватися результати
дисертаційних робіт на
здобуття наукових ступенів
доктора і кандидата наук**

Біологічні і медичні науки

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

ЖДАН В.М., д.м.н.
– головний редактор (м. Полтава),
ПРОНІНА О.М., д.м.н.
– заст. головного редактора (м. Полтава),
ЧАЙКОВСЬКИЙ Ю.Б., д.м.н. (Київ),
КУРСЬКИЙ М.Д., д.б.н. (Київ),
ЧЕРНИХ В.П., д.ф.н. (Харків).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

АХТЕМІЙЧУК Ю.Т., д.м.н. (Чернівці),
БАБИЙЧУК Г.А., д.б.н. (Харків),
БАЙРАК О.М., д.б.н. (Полтава),
БЕЗШАПОЧНИЙ С.Б., д.м.н. (Полтава),
БОНДАРЕНКО В.А., д.б.н. (Харків),
ВЕЛІГОЦЬКИЙ М.М., д.м.н. (Харків),
ГАСЮК А.П., д.м.н. (Полтава),
ГРОМОВА А.М., д.м.н. (Полтава),
ЖЕГУНОВ Г.Ф., д.б.н. (Харків),
КОВАЛЕНКО В.Ф., д.б.н. (Полтава),
КОВАЛЬОВ Є.В., д.м.н. (Полтава),
КОСТИЛЕНКО Ю.П., д.м.н. (Полтава),
МІШАЛОВ В.Д., д.м.н. (Дніпропетровськ),
МІЩЕНКО В.П., д.м.н. (Полтава),
ОЛІЙНИК С. А., д.б.н. (Київ-Сеул),
ПАРАЩУК Ю.С., д.м.н. (Харків),
РИБАЛОВ О.В., д.м.н. (Полтава),
СОСІН І.К., д.м.н. (Харків),
ЦЕБРЖИНСЬКИЙ О.І., д.б.н. (Полтава).

ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ

ЗАСНОВНИКИ:

Українська академія наук
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

Порядковий номер випуску і дата його виходу в світ:

№1 (91) від 26.03.2012 р.

Адреса редакції:

36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, УМСА
кафедра топографічної анатомії
та оперативної хірургії

Свідоцтво про Державну реєстрацію:

КВ №10680 від 30.11.2005 р.

Відповідальний за випуск: О.М. Проніна

Технічний секретар: С.І. Данильченко

Комп'ютерна верстка: А.І. Кушпільов

Художнє оформлення та тиражування: Ю.В. Миرون

Секретар інформаційної служби журналу: С.І. Данильченко

м. Полтава, тел. (05322) 7-51-81, 7-22-96, 7-24-84

© ВДНЗУ «УМСА» (м. Полтава), 2012

Підписано до друку 19.03.2012 р.

Замовлення № 35

Тираж 200 примірників

ДО ВІДОМА АВТОРІВ ЖУРНАЛУ «ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ»

У журналі публікуються роботи з усіх розділів сучасної клінічної і експериментальної медицини, а також присвячені фундаментальним проблемам біології, біохімії, фізіології, біотехнології, екології і валеології.

У зв'язку з постановою президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України», у наукових статтях повинні бути такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями (№ держреєстрації) аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших досліджень у даному напрямку.

Стаття після редагування та рецензування подається у 2-х примірниках з супровідним листом, експертним заключенням і дискетою. Об'єм оригінальних і оглядових статей 5-15 сторінок тексту, включаючи список літератури, таблиці, графіки, реферати. Другий екземпляр статті підписується авторами з зазначенням прізвища, ім'я та по батькові, домашньої та службової адреси, номерів телефонів, дати подання до друку. Статті редагуються і рецензуються ведучими фахівцями з різних галузей біології і медицини Української медичної стоматологічної академії.

Текст і таблиці першого екземпляру статті повинні бути набраними тільки на комп'ютері (Word 6.0; 7.0 або Word 97, шрифт Times New Roman, 14 кегль з обов'язковим наданням дискети 3,5) Дискета повинна бути нова, а надрукований текст на принтері на білому папері, чітким шрифтом, без помарок і виправлень. Текст на дискеті повинен бути повним аналогом тексту на папері і записаний в 2-х файлах. Таблиці, графіки і мікрофотографії (чорно-білі, кольорові обов'язкові для морфологічних робіт - 9x12 см) вміщуються на сторінках статті в ході викладення матеріалу або компонується на одній сторінці. Графіки, гістограми (чорно-білі або кольорові) розміщуються по тексту або компонуються на окремому листі. Сторінки не нумерувати.

До друку приймаються наукові статті, які містять такі необхідні елементи: шифр УДК; назва статті; ініціали та прізвища авторів (кількість авторів однієї статті не повинна перевищувати п'яти осіб); назва установи та місто.

Назва та номер держреєстрації наукової теми.

Вступ (Вступление): постановка проблеми у загальному вигляді; аналіз останніх (за 10 років) досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор; № держреєстрації; визначення невирішених раніше частин загальної проблеми.

Мета дослідження (Цель исследования) (постановка завдання).

Об'єкт і методи дослідження (Объект и методы исследования).

Результати досліджень та їх обговорення (Результаты исследований и их обсуждение).

Висновки (Выводы).

Перспективи подальших досліджень (Перспективы дальнейших исследований).

Список літератури (Список литературы).

Реферати (резюме) російською, українською та англійською мовами обсягом не більше по 0,5 стор. кожен та ключовими словами.

Список літератури складається в алфавітному порядку. В списку вказати наступні відомості: прізвище та ініціали автора в оригінальній транскрипції, назву етапі, журналу або книги і далі: для періодичних видань - рік видання, том, номер, номери сторінок; для монографій - місце видання, назва видавництва, рік видання, загальна кількість сторінок. Посилання на літературу в тексті статті даються цифрами у квадратних дужках.

В журналі друкуються «Огляди літератури», «Лекції», «Наукове життя», «Медична освіта», «Ювілеї», «Рецензії», «Листи до редакції», «Історія кафедри», «Пам'ятні дати», «Некрологи».

Текст друкується через 1,5 інтервали, на білому папері формату А4, висота рядкових букв не менше 3 мм. На початку з лівого боку друкується УДК, потім у слідує рядку ініціали авторів і прізвище, у наступному рядку - назва статті. З нового рядка друкується назва установи, місто. З абзацу (5 знаків) - текст статті. Поля: зліва і справа 2,5 см, зверху і знизу 3,0 см. Реферат до статті об'ємом не менше 0,5 стор. з конкретними цифровими даними (з зазначенням УДК; назви статті; прізвища і ініціалів авторів) друкується слідом за списком літератури і закінчується списком ключових слів.

Матеріали надіслати за адресою: 36024, м. Полтава-24, вул. Шевченка, 23, УМСА кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії. **Контактні телефони:** Полтава - (05322) 7-51-81, 7-22-96, 7-24-84. E-mail: svetlana_danilch@mail.ru

Автори несуть персональну відповідальність за правильність наведеної інформації

Папір офсетний 80 г/м². Гарнітура Pragmatica. Ум. друк. арк. 37,05. Ум. фабр.-відб. 45,16. Обл.-вид. арк. 31,05

Макет, тиражування: ФОП Мирон І. А., м. Полтава, вул. Г. Сталінграда, 34/24а, корп. 1, кв. 128
Свідотцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготовників та розповсюджувачів видавничої продукції **ПЛ № 33** від 29 листопада 2010 року
Адреса видавця: 36024, м. Полтава-24, вул. Шевченка, 23, УМСА, кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії.

ЗМІСТ

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

І.А. Голованова, О.В. Гапон, В.Л. Філатова, К.В. Смолякова, І.В. Лотиш

САНИТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКА РОБОТА НА ПОЛТАВЩИНІ НАПРИКІНЦІ ХІХ СТОЛІТТЯ 81

КЛІНІЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

А.Б. Андруша, Л.М. Пасієшвілі, О.В. Резуненко

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОСТЕОДЕФІЦИТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БЕЗКАМ'ЯНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЩО ПЕРЕБИГАЄ В ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ 84

І.М. Антонян

ЗМІНИ СПЕРМАТОГЕННОГО ЕПІТЕЛІУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН НА МОДЕЛІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГІПОГОНАДИЗМУ 88

Л. О. Васякіна

МІКРОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ В ПАТОГЕНЕЗІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ПНЕВМОКОНІОЗОМ 91

О.С. Ватліцова, Ю. А. Кондратова, А.В. Клепко, С.В. Андрейченко

ВПЛИВ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ООЦИТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН . 96

Г.В. Вільчинський, С.В. Франчук, В.М. Жебель

ПЛАЗМОВІ КОНЦЕНТРАЦІЇ С-НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ ТА ЕНДОТЕЛІНУ-1 У ЖІНОК ПІСЛЯМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ РІЗНОЇ ТЯЖКОСТІ. 100

А.К. Гулевский, А.Ю. Никольченко, А.Ю. Сомов, И.И. Щенявский, А.Ю. Петренко

ВЛИЯНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ФРАКЦИИ ДО 5кДа ИЗ КОРДОВОЙ КРОВИ НА ПРОЦЕССЫ СОПРЯЖЕННОГО ДЫХАНИЯ В МИТОХОНДРИЯХ ПЕЧЕНИ КРЫС..... 104

В.М. Ждан, О.Є. Кітура, Є.М. Кітура, М.Ю. Бабаніна, О.В. Гордієнко

ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИЙ ОСТЕОПОРОЗ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) 107

Н.М. Железнякова, Л.М. Пасиешвили

ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ПОЛИОРГАНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ 111

І.В. Іваницький, О.Г. Карлінська, Т.І. Шевченко

ВИВЧЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ЕФЕКТУ АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ 115

І. Ф. Ільїнська, О. М. Зубрійчук

АПОПТОЗ ПЕРИТОНЕАЛЬНИХ МАКРОФАГІВ У ТВАРИН З РІЗНОЮ ГЕНЕТИЧНОЮ ЧУТЛИВІСТЮ ДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ 119

С.Г. Исрафилбейли, М.С. Мусаева

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ТАЛАССЕМИЕЙ 124

Ю.А. Калініченко, І.В. Бобришева, А.О. Бобришева

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СТРЕСОВОМУ УРАЖЕННІ 128

І.С. Качан

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ 132

Ю.Г. Кияк, Л.Є. Лаповець, Ю.І. Онищук, О.І. Март'янова, Я.Г. Гутор

ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КІЛЬКОСТІ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ 138

В. О. Курило

ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ІЗ РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ І СІМЕЙНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ 141

© В.М. Ждан, О.Є. Кітура, Є.М. Кітура, М.Ю. Бабаніна, О.В. Гордієнко

УДК 616.71-007.234

В.М. Ждан, О.Є. Кітура, Є.М. Кітура, М.Ю. Бабаніна, О.В. Гордієнко

ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИЙ ОСТЕОПОРОЗ

В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

(клінічний випадок)

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Постменопаузальний остеопороз (ОП) – метаболічне захворювання скелета, характеризується значним зниженням мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), порушенням мікроархітекτονіки, підвищеною крихкістю кісток і ризику їх переломів при мінімальній травмі або без неї.

В своїй повсякденній практиці лікарі різних спеціальностей можуть зустрічатися із пацієнтками з проявами ОП, що характеризується різноманітною клінічною картиною, в залежності від стадії і тривалості захворювання.

Частіше всього остеопороз розвивається у жінок, що пов'язано із дефіцитом естрогенів в постменопаузі, більш низьким піком кісткової маси [8]. ОП уражає від третини до половини всіх жінок, що знаходяться в постменопаузі. Втрата кісткової маси у жінок починається приблизно із 35-40 років і складає 0,5-1% за рік, а з настанням постменопаузи цей показник зростає до 3-7% за рік [3, 7].

Таким чином, в перші роки постменопаузи жінка може втратити до 9-35% кісткової маси. У чотирьох із 10 жінок зустрічається один або більше остеопоротичних переломів.

Дефіцит естрогенів сприяє продукції остеобластами фактора, який стимулює активність остеобластів і їх диференціацію. Це приводить до резорбції кістки і зниженню вироблення фактора, що інгібує резорбцію кісткової тканини [3, 10]. Дефіцит естрогенів в період постменопаузи сприяє підвищеному вимиванню кальцію із кісток, зниженню рівня паратгормону, зниженню активності 1 α -гідроксилази, засвоєння вітаміну Д₃ в сировотці крові, абсорбції кальцію в кишечнику із послідуною кальціємією, що призводить до зниження анаболічних процесів в м'язах, провокуючи додаткову біомеханічну втрату кісткової маси [3].

Відомо, що у багатьох жінок існує велика вірогідність розвитку постменопаузального ОП і його ускладнень. Визначені наступні фактори ризику:

- вік;
- первинна і вторинна аменорея, ановулярні менструальні цикли, рання і передчасна менопауза (ідіопатична і пов'язана із оваріоектомією);
- гіподинамія, тривала іммобілізація і нерухомість;
- аліментарні фактори (недостатнє споживання кальцію, зловживання алкоголем, кофеїном, споживання великої кількості білка і т.д.), куріння;
- терапія деякими лікарськими препаратами (кортикостероїди, антиконвульсанти, тироксин, антациди, що містять алюміній);

• низький ріст і тонкі кістки, низький індекс маси тіла (<19 у.о.).

Клініка і діагностика постменопаузального ОП.

В початковій стадії виділяють дві форми перебігу: повільну і гостру [3]. ОП розвивається поступово і протягом тривалого часу залишається безсимптомним. Дуже часто першими проявами постменопаузального ОП є переломи, що виникають при мінімальній травмі (наприклад, при падінні з висоти власного зросту) або спонтанно. Найбільш характерними для ОП є переломи хребців грудного і поперекового відділу хребта, дистального відділу передпліччя і проксимального відділу стегна.

Гострий початок обумовлений компресійним переломом хребця, що виникає в результаті незначної травми і супроводжується інтенсивним больовим синдромом в пошкодженому відділі хребта.

Для повільного початку постменопаузального ОП характерним є тупий біль в спині, повільне зниження зросту, при цьому він може зменшитись від 1-3 см при переломі одного хребця до 9-15 см при множинних переломах.

З розвитком деформації тіл хребців збільшується м'язова слабкість, змінюється постава, формується «горб вдови», компенсаторний гіперлордоз. Поступово втрачається лінія талії, відмічається провисання живота і формування шкірних складок на спині і животі.

Для діагностики постменопаузального ОП в загальнолікарській практиці велике значення має детально зібраний анамнез із виявленням факторів ризику захворювання. Ідентифікація наявності ОП у конкретного індивідуума включає оцінку сімейного анамнезу, стилю життя (шкідливі звички, фізична активність, харчування і інші), наявності переломів в анамнезі, репродуктивний анамнез, наявність супутніх захворювань і терапії.

Фізикальний огляд включає вимірювання зросту і ваги. Коли перелом був недавно, можна відмітити локальний біль в ділянці хребця, а зміна постави може супроводжуватися паравертебральною болючістю при пальпації і напруженні параспинальних м'язів, обмеження рухливості хребта.

Для диференціальної діагностики первинного остеопорозу і метаболічних захворювань скелета, а також перед призначенням антирезорбтивної терапії обов'язкове дослідження кальцію і фосфору в крові і кальцію в добовій сечі. Необхідно відмітити, що при первинному ОП рівень кальцію і фосфору знаходиться в межах норми, проте можлива

гіперкальційурія, особливо для варіанту перебігу ОП із підвищеним кістковим обміном.

Рентгенографія кісток залишається єдиним методом діагностики, що дозволяє оцінити анатомічні особливості кісток і структуру кісткової тканини, а також різні пошкодження кісток.

Рентгенологічні ознаки остеопорозу:

- атрофія кісткового малюнка;
- стоншення кортикального шару;
- редукування трабекулярних структур (витончення поперечних трабекул до їх повного зникнення та потовщення поздовжніх трабекул, що орієнтовані за лініями навантаження: «смугаста кістка»);
- підкресленість контурів кортикального шару всієї кістки («рамкова» структура хребця);
- великопетлиста кісткова структура;
- розширення кістково-мозкового каналу;
- спонгіозування кортикального шару довгих і коротких трубчастих кісток.

Одним із недоліків рентгенографії в діагностиці ОП є низька чутливість методу, що дозволяє визначити зменшення кісткової маси, коли ступінь мінералізації досягає 20-40%.

В теперішній час «золотим стандартом» діагностики є вимірювання мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) за допомогою двоенергетичної рентгеновської абсорбціометрії (DXA), оцінюється кількість мінералізованої кісткової тканини в площі, що сканується ($\text{г}/\text{см}^2$).

Одним із стандартних методів дослідження є денситометрія поперекового відділу і пароксизмального відділу стегна, так як на підставі багаточисленних методів оцінки було показано, що розповсюдженість переломів корелює із показниками МЩК цих ділянок.

Клінічний випадок із практики.

Пацієнтка Б., 44 роки, бухгалтер, направлена на консультацію до кардіолога. Скарги на напади серцебиття, що супроводжуються стискуючим болем за грудиною, страхом, головним болем, підйомом артеріального тиску до 160/100 мм рт. ст.. Також турбують болі в шийно-грудному відділі хребта, головні болі, головокружіння, приливи жару.

Із анамнезу хвороби відомо, що такі напади з'явилися протягом року, останній місяць частота їх збільшилась до 1 разу на добу.

Анамнез життя: менструація з 16 років, відмічала порушення менструального циклу, нерегулярні, часто через 2-3 місяці. В 39 років – двостороння оваріоектомія (з приводу полікістозу), крім того, знаходиться на «Д» - обліку у онколога з приводу мастопатії.

Дані об'єктивного обстеження: ріст 170 см, маса тіла 72 кг, індекс маси тіла 24,9 у.о.

Шкірні покриви і видимі слизові оболонки блідо-рожеві, периферійних набряків немає, постава сутула, помірно виражений кіфоз грудного відділу, бокові шкірні складки, при пальпації хребта відмічаються болі в проекції остистих відростків і паравертебрально на рівні Th6 – Th8. Дихання везикулярне,

гемодинаміка стабільна (АТ 120/80 мм рт. ст., ЧСС 76 уд./хв.). Живіт м'який, безболісний.

Основні результати лабораторного і інструментального досліджень: загальний аналіз крові і загальний аналіз сечі без особливостей.

Біохімічний аналіз крові: кальцій – 2,27 ммоль/л (N 2,15-2,58); фосфор – 1,3 ммоль/л (N 0,81-1,45).

Rtg – графія: шийного відділу хребта – остеохондроз C3-4, C4-5 II ступеня, виражений шийний лордоз хребта (рис.).

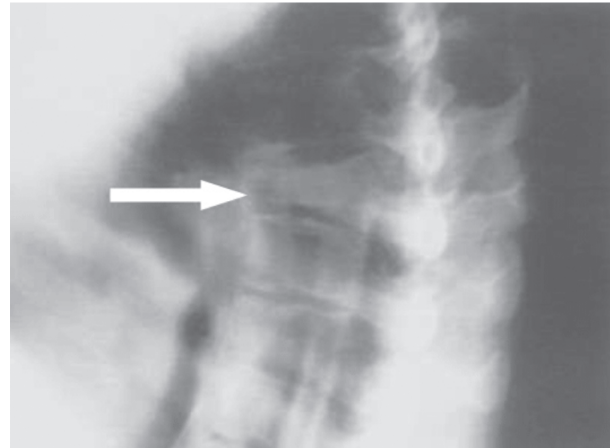


Рис. Рентгенограма грудного відділу хребта пацієнтки Б.

Rtg – графія грудного відділу: на фоні вираженого остеопорозу хребців, відмічається деформація Th6 із зниженням його висоти і деконфігурацією по типу «рибного».

Враховуючи скарги хворої, анамнезу захворювання (особливо рання хірургічна постменопауза) і життя, даних об'єктивного статусу і додаткових методів дослідження був верифікований діагноз постменопаузального остеопорозу із компресійним переломом тіла грудного хребця Th6.

Пацієнтці було призначено препарати кальцію і вітаміни Д3 (кальцемінадванс по 1 таблетці 2 рази в день, препарат із групи бісфосфонатів, ризендрол 35 мг 1 раз в день щотижнево (фірма ZENTIVA)).

При вирішенні питання про вибір терапії ми керувалися рекомендаціями по профілактиці і лікуванню постменопаузального ОП [2, 3, 4].

Лікування постменопаузального ОП включає як немедикаментозні методи терапії, так і фармакологічні препарати. Серед немедикаментозних методів необхідно відмітити освітні програми, відмова від шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем, кофеїном), заняття фізкультурою.

Основні принципи профілактики постменопаузального остеопорозу:

- дотримання збалансованої дієти з адекватним вмістом кальцію (особливо в пре- і пубертатному періодах) і вітаміну Д3, що надзвичайно важливо для літніх пацієнтів;
- використання фізичних вправ із ваговим навантаженням на скелет;
- припинення куріння;

• використання замісної гормональної терапії (ЗГТ) в поєднанні із кальцієм і вітаміном Д3 у пацієнтів із високим ризиком розвитку остеопорозу.

Патогенетична терапія постменопаузального ОП включає:

1. Препарати, що сповільнюють кісткову резорбцію: бісфосфонати, кальцитоніни, селективні модулятори естрогенових рецепторів (СМЕР), естрогени;

2. Медикаменти, які переважно посилюють кісткоутворення – паратиреоїдний гормон; препарати, що виявляють багатопланову дію на кісткову тканину – вітамін Д3 і його активні метаболіти, стронцію ранелат.

Серед чисельної групи антиостеопоротичних препаратів привертають увагу бісфосфонати (БФ) [1, 7, 9].

БФ застосовують для терапії всіх типів і форм ОП, але найбільш широко їх використовують в терапії постменопаузального ОП. Для БФ із пероральним прийомом найбільш переконливі дані, що стосуються їх антифрактурного ефекту, отримані для ризендронату, лікування яким супроводжувалося вірогідним зменшенням хребцевих переломів [1, 3] і переломів шийки стегнової кістки, зменшенням числа деформації тіл хребців і сповільненням зниження зросту у жінок із постменопаузальним ОП. Ризендронат застосовують для терапії постменопаузального остеопорозу 10 років.

Спочатку препарат застосовували щоденно перорально у формі таблеток по 5 мг, з 2002 року – по 35 мг 1 раз на тиждень.

У дослідженні VERA (VERT-North-America) [1, 9] ризендронат знижував частоту вертебральних переломів на 65% впродовж 1-го року застосування, на 49% - через 3 роки, а також зменшував кількість невертебральних переломів на 39% впродовж 3 років. Існують інші численні дослідження, які продемонстрували ефективність ризендронату у зниженні ризику хребцевих, позахребцевих переломів і переломів шийки стегна [7] у жінок постменопаузального віку, у чоловіків з остеопорозом та у жінок і чоловіків із глюкокортикоїд-індукованим остеопорозом [7].

Проведені дослідження довели ефективність і безпеку ризендронату при різних схемах дозування (щодня, щотижнево та помісячно), виявляючи однотипні зміни МЩКТ (у різних ділянках скелета) і маркерів кісткового ремоделювання.

Висока ефективність, безпека, а також сприятливий фармакологічний профіль виправдовують широке використання ризендронату в клінічній практиці для профілактики і лікування різних типів і форм остеопорозу.

Одночасно із бісфосфонатами жінками із постменопаузальним ОП необхідно призначати препарати кальцію і вітаміну Д3, середні терапевтичні дози становлять відповідно 1000 мг/добу (з їжею або додатково) і 800 мг/добу [3, 7].

Таким чином, для діагностики постменопаузального остеопорозу важливе значення має анамнез, оцінка факторів ризику, дані об'єктивного дослідження: денситометрія, рентгенографія. Своєчасна профілактика і лікування цього захворювання є необхідним для профілактики остеопоротичних переломів.

Список літератури

1. Головач І.Ю. Ризендронат у лікуванні остеопорозу: фармакологічний профіль, клінічна ефективність, переносимість і безпека / І.Ю. Головач // Український ревматологічний журнал. – 2010. – 3(41). – С. 2-7.
2. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации Российской ассоциации по остеопорозу // Под редакцией Л. И. Беневоленской и О. М. Лесняк. М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2011. – 19 с.
3. Поворознюк В.В. Менопауза и костно-мышечная система / В.В. Поворознюк, Н.В. Григорьева. – Киев, 2004. – 511 с.
4. Шуба Н.М. Рекомендації з діагностики, профілактики та лікування системного остеопорозу у жінок в постменопаузальному періоді / Н.М. Шуба, О.П. Борткевич, Н.В. Григор'єва [та ін.] // Методичні рекомендації. – Київ. – 2010. – С. 50.
5. Harris S.T. Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial / S.T. Harris, N.B. Watts, H.K. Genant [et al.] // Vertebral Efficacy with Risedronate Trial (VERT) Study Group. JAMA. – 1999. – 282. – P. 1344-1352.
6. Calcium and vitamin D in the prevention and treatment of osteoporosis – a clinical update // Bonne S., Vanderschueren D., Naentjens P., Lips P. // J. of Int. Med. – 2006. – № 259. – P. 539–552.
7. Rackoff P. Efficacy and safety of risedronate 150 mg once a in the treatment of postmenopausal osteoporosis / P. Rackoff // Clin. Invert. Aging. – 2009. – 4. – P. 207-214.
8. Riggs B.L. Selective estrogen-receptor modulators – mechanisms of action and application to clinical practice / B.L. Riggs, L.C. Hartmann // N. Engl. J. Med. - 2003. - 348(7). – P. 618–29.
9. Fleisch H. Bisphosphonates in Bone Diseases / H. Fleisch. - N.Y.-London : Academic Press, 1997. - 1-83. – P. 118-160.

УДК 616.71-007.234

ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИЙ ОСТЕОПОРОЗ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЇ ПРАКТИКЕ (КЛІНІЧЕСЬКИЙ СЛУЧАЙ)

Ждан В.Н., Китура О.Е., Китура Е.М., Бабанина М.Ю., Гордиенко О.В.

Резюме. Приведен клінічний случай пацієнтки с постменопаузальним остеопорозом с компрессионным переломом тел позвонков (Т6 грудного позвонка). Указаны основные факторы риска ОП, ранняя диагностика и лечение.

Ключевые слова: постменопаузальний остеопороз, факторы риска, диагностика, бисфосфонаты.

УДК 616.71-007.234

ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИЙ ОСТЕОПОРОЗ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Ждан В.М., Кітура О.Є., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Гордієнко О.В.

Резюме. Приведений клінічний випадок пацієнтки з постменопаузальним остеопорозом з компресійним переломом тіл хребців (Th6 грудного хребця). Вказані основні чинники ризику ОП, рання діагностика і лікування.

Ключові слова: постменопаузальний остеопороз, чинники ризику, діагностика, бісфосфонати.

UDC 616.71-007.234

Postmenopausal Osteoporosis in general Medical Practice (clinical case)

Zhdan V., Kitura O., Kitura E. Babanina M., Gordijenko O.

Summary. In this article demonstrated a clinical case of patient with postmenopausal osteoporosis with compression fractures of (Th6 thoracic vertebra). Indicates the basic risk factors for postmenopausal osteoporosis, clinic, diagnosis, principles of therapy.

Key words: postmenopausal osteoporosis, risk factors, diagnosis, bisphosphonates.

Стаття надійшла 25.01.2012 р.