

Высок риск характерных переломов. Перелом дистальной части лучевой кости. Перелом бедра с характерной локализацией в шейке и межвертельных областях у людей старше 65 лет. Компрессионные переломы позвоночника чаще Т8 – L3 (при этом отсутствуют парезы и параличи). Последние вызывают острую боль в спине, но могут протекать безболезненно.

Заподозрить остеопороз позволяют клинические данные.

Рентгенологическая диагностика.

Со стороны позвоночника. При потере более 30% костной ткани наблюдается снижение плотности кости с подчеркнутостью кортикальных контуров. Исчезает трабекулярный рисунок костей. Склероз замыкательных пластинок тел позвонков с ослаблением поперечной и усилением вертикальной исчерченности. “Вдавленные” переломы замыкательных пластинок тел позвонков – ранний симптом. Деформация тел позвонков по типу клиновидных или “рыбьих”.

КТ точнее оценивает массу трабекулярной ткани и даже позволяет прогнозировать риск перелома.

Костная неинвазивная денситометрия (моно и двухфотонная, моно и двух-энергетическая, ультразвуковая) позволяет выявлять потерю костной массы с точностью до 2-6%, подтверждает диагноз остеопороза, прогнозирует риск переломов.

Программа биохимического исследования. В крови: кальций, фосфор, щелочная фосфатаза. В моче: кальций, фосфор, оксипролин. Процесс костеобразования характеризует активность щелочной фосфатазы и остеокальцин, процесс костной резорбции – пиридинолин.

Профилактика.

Активный образ жизни с адекватной физической нагрузкой (ходьба, плавание, гимнастика). Насыщенность с пищей кальция и фосфора в течение жизни, усиленная в периоды беременности и грудного вскармливания у женщин. Достаточное пребывание на солнце, в том числе в пожилом возрасте. Поддержка препаратами кальция и витамином D.

Большая настойчивость при наличии факторов риска: ранняя и искусственная менопауза, лечение стероидными и тиреоидными гормонами, противосудорожными препаратами.

Лечебные задачи:

- стабилизация и увеличение костной массы;
- устранение болевого синдрома, расширение объема двигательной активности и повышение качества жизни;
- профилактика переломов.

Сложность и практическая неоднозначность диагностики, отсутствие этиологического лечения и идеального препарата затрудняют организацию лечения.

Обязательным является переход на диету, сбалансированную по потреблению кальция, фосфора и белка. Полезна дозированная физическая нагрузка, ходьба с постепенным увеличением.

Патогенетическое лечение проводится препаратами следующих направлений: 1) стимуляторы костеобразования (гормон роста, препараты фтора, паратиреоидный гормон, анаболические стероиды); 2) блокаторы костной резорб-