**Грозное заболевание: остеопороз**

Остеопороз – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы кости в единице объема и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящими к увеличению хрупкости костей и риска их переломов от минимальной травмы или даже без таковой.

Эпидемиологические исследования показали, что нет ни одной расы, ни одной национальности и страны свободной от остеопороза. По последним данным остеопороз зарегистрирован у 75 миллионов человек в США, странах Европы и Японии вместе взятых – это каждая третья женщина в постменопаузальном периоде и почти половина всех мужчин и женщин в возрасте 70 лет. За последние 20 лет достигнут значительный прогресс в представлении о патофизиологии и лечении остеопороза, что привело к пониманию, что профилактика и терапия остеопороза являются реальной задачей.

Последствия остеопороза в виде переломов тел позвонков и трубчатых костей обуславливают значительный подъем заболеваемости и смертности среди лиц пожилого возраста. По данным Всемирной Организации Здравоохранения остеопороз как причина инвалидности и смертности больных занимает четвертое месте после таких заболеваний как сердечно-сосудистые, онкологическая патология и сахарный диабет.

Согласно классификации, различают первичный и вторичный остеопороз. К первичному относят посменопаузальный и сенильный, которые составляют 85% всех случаев, а также ювенильный и идиопатический.

К вторичным формам относят остеопатии, связанные с другими заболеваниями (синдром Кушинга, тиреотоксикоз, гипогонадизм, ревматоидный артрит и другие), с приемом лекарств (глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны и другие). В основе патогенеза в любом случае лежит дисбаланс процессов костного ремодулирования.

В 50% случаев болезнь протекает бессимптомно, и первым клиническим проявлением оказываются переломы костей без предшествующей травмы или при неадекватной по силе травме. В остальных случаях наиболее частыми симптомами являются характерные боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, усиливающиеся после небольшой физической нагрузки и длительного пребывания в одном положении. Постепенно уменьшается рост, появляются кифоз и кифосколиоз, за счет укорочения позвоночного столба уменьшается расстояние между ребрами и тазовыми костями, в результате выступает вперед живот, увеличивается внутрибрюшинное давление. Снижение роста и выступающий живот не связаны с прямыми сиюминутными симптомами, но ведут к эмоциональному дискомфорту пациента.

Большинство больных с остеопорозом жалуется на значительное снижение работоспособности, повышенную утомляемость. Продолжительная боль в спине способствует повышенной раздражительности, возбудимости и даже развитию депрессий.

В возникновении остеопороза большую роль играют факторы риска и их сочетание у конкретного человека.

Факторы риска развития остеопороза

1. Генетические

этническая принадлежность (белая и азиатская расы);

семейная агрегация;

пожилой возраст;

женский пол;

низкая масса тела;

низкий пик костной массы;

отсутствие генерализованного остеоартроза.

2. Гормональные

ранняя менопауза;

позднее начало менструаций;

длительные периоды аменореи до наступления менопаузы;

бесплодие;

заболевания эндокринной системы.

3. Стиль жизни

курение;

злоупотребление алкоголем;

злоупотребление кофеином;

сидячий образ жизни;

избыточная физическая нагрузка;

непереносимость молочных продуктов;

низкое потребление кальция;

избыточное потребление мяса;

дефицит витамина D.

В настоящее время имеются возможности для ранней диагностики остеопороза, даже на доклинической стадии. Если 15 лет назад единственным методом являлась рентгенография костей, выявляющая болезнь, когда терялось уже более 20% костной массы или имелись переломы костей, то сейчас благодаря развитию различных методов остеоденситометрии, имеется возможность выявлять потерю массы кости на уровне 2%, осуществлять мониторинг минеральной плотности костной ткани в процессе лечения, профилактики или наблюдения за динамикой естественного течения остеопатии.

Профилактика остеопороза является ключевой задачей в проблеме остеопороза. Профилактику можно разделить на первичную и вторичную.

К первичным мерам относятся:

контроль за адекватным потреблением кальция и витамина D, начиная с детского возраста;

обеспечение организма кальцием в период беременности и кормления грудью;

активный образ жизни;

регулярные физические упражнения с умеренной нагрузкой максимальное снижение факторов риска.

Показаниями к вторичной профилактике служит наличие достоверных факторов риска:

ранняя или искусственная менопауза;

гипогонадизм;

кортикостероидная терапия;

сахарный диабет и многие другие.

В этом случае универсальным средством является назначение препаратов кальция и витамина D.

Кальций необходимо сочетать с витамином D для лучшего всасывания кальция. Хорошими источниками кальция являются молоко, йогурт, сыр, шпинат, брокколи, орехи, фасоль, капуста, зелень петрушки, соя, апельсины, томатный и апельсиновый соки. Стакан молока или кефира содержит до 200 мг кальция. К сожалению, молодежь часто пренебрегает научно обоснованными рекомендациями о необходимости ежедневного достаточного потребления продуктов, содержащих кальций, и в первую очередь молочных продуктов. Да и многие взрослые женщины игнорируют эти полезные советы. А между тем убедительно показано, что у женщин, потребляющих ежедневно 1000 мг кальция, переломы бедра случаются на 75% реже, чем у женщин, потреблявших вдвое меньше кальция.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://med-service.ru>