

Aktualne postępowanie w osteoporozie u kobiet

Prof. dr hab. med. Janusz Edward Badurski

Centrum Osteoporozy i Chorób Kostno-Stawowych w Białymstoku

Terapia marzec 2004, Zeszyt nr 2 Temat: ZDROWIE KOBIETY

Potrzebą chwili i celem tego artykułu jest nie tylko aktualizacja wiedzy o lekach antyresorpcyjnych stosowanych w leczeniu osteoporozy, ale głównie identyfikacja celu i adresata tego leczenia. Ten tekst powstaje w chwili współistnienia dwóch definicji osteoporozy, a chronologia ich formułowania ilustruje zmagania z samym określeniem jej istoty.

We wzroście łamliwości kości w miarę starzenia się i pomenopauzalnej utraty masy kostnej upatrywał Albright przed 60 laty (2) istotę osteoporozy, w której jest „za mało kości w kości”. Nadmierna resorpcja kości powoduje przerwanie ciągłości beleczek i porowatości kości korowej. Osłabia to odporność mechaniczną kości do tego stopnia, że łamią się pod wpływem zwykłych, codziennych urazów.

Umiejscowienie tych złamań zależy od wieku. W pierwszych kilku latach po menopauzie najczęściej złamaniom ulegają nadgarstki (złamania Collesa) i kręgi, zaś w 15-20 lat później dochodzi do złamań bliższej nasady kości udowej (b.n.k.u.), a także kręgow. To spostrzeżenie posłużyło Meltonowi i Riggsowi w 1987 roku (31) do wyróżnienia dwóch typów osteoporozy, w których kryteriami podziału było umiejscowienie złamań:

Typu I, zwanego osteoporozą pomenopauzalną, z łamliwością nadgarstków i kręgow

Typu II, zwanego osteoporozą starczą, z łamliwością b.n.k.u.

(„biodra”) i kręgów

Artykuł w pełnej wersji do pobrania w pliku pdf.

[05_Aktualne_postepowanie_w_osteoporozie_u_kobiet.pdfDownload](#)