

Janusz E. Badurski,  
Edward Czerwiński,  
Jan Gmiński,  
Wanda Horst-Sikorska,  
Ewa Marcinowska-Suchowierska,  
Andrzej Milewicz,  
Tomasz Opala,  
Witold Tlustochowicz

## Stanowisko Rady Naukowej Polskiej Fundacji Osteoporozy wobec diagnostyki i leczenia osteoporozy – czerwiec 2002

Statement of the Scientific Board of the Polish Osteoporosis Foundation  
in diagnostics and treatment of osteoporosis – June 2002

### Definicja osteoporozy (OP)

Według WHO (1994)/IOF (2000):

„OP jest chorobą układu szkieletu charakteryzującą się zmniejszoną masą kości, zmienioną mikroarchitekturą oraz zwiększoną podatnością na złamania.”

Odpowiednikami densytometrycznymi masy kostnej są:  
*Prawidłowa*: +1,0 do -1,0 odchylenia standardowego (T-score) od szczytowej masy kostnej młodych, zdrowych kobiet;

*Osteopenia*: -1,0 do -2,5 j.w.;

*Osteoporoza*: poniżej -2,5;

*Osteoporoza zaawansowana*: poniżej -2,5 z obecnością złamań.

Powyższe normy wynikają z pomiarów gęstości kości (BMD) w *szyjce kości udowej (sz.k.u.)*.

Wzorcem (przyjętym przez IOF i NOF na podstawie badania NHANES-3) progowego dla diagnostyki OP *T-score* jest *BMD sz.k.u. = 0,572 g/cm<sup>3</sup>*; (aparatem DXA firmy HOLOGIC), z późniejszym zastrzeżeniem, że: „*Próg densytometryczny rozpoznania osteoporozy jest inny niż próg zagrożenia złamaniami i interwencji leczniczej.*”

Według NIH/NOF (2000):

„OP jest chorobą szkieletu cechującą się zmniejszoną wytrzymałością kości i zwiększającą ryzyko złamań”.

Celem pierwszoplanowym *diagnostyki* nie jest wypełnienie densytometrycznych kryteriów osteoporozy, ale ocena ryzyka złamania, leczenia zaś – zapobieganie złamaniom.

Bez względu na liczbę złamań jest największa zanim jeszcze utrata masy kostnej przekroczy densytometryczny próg osteoporozy, częstość ich zaś wzrasta z wiekiem i w miarę spadku BMD.

### Diagnostyka

Ocenę zagrożenia złamaniem opiera się o identyfikację obecności i mocy oddziaływania (oznaczanego wartościami „ryzyka względnego – RW”) *szkieletowych (BMD, tempo przebudowy kości)* i *poza szkieletowych, klinicznych (wiek powyżej 65. roku życia, przebyte złamania po 50. roku życia w wyniku niewielkiego urazu, złamania biodra u matki, waga ciała poniżej 58 kg, znaczne invalidzwo ruchowe ze skłonnością do częstych upadków, szybka przebudowa kości)* czynników ryzyka osteoporozy i złamań. Ryzyko złamania rośnie w miarę wzrostu liczby wyżej wymienionych klinicznych czynników ryzyka i w miarę obniżania się masy kostnej.

Miarą oceny jest indywidualne, absolutne, dziesięcioletnie zagrożenie złamaniem i ono wyznacza próg interwencji leczniczej.

Analiza badań epidemiologicznych wyróżnia czynniki zwiększające wydalanie wapnia, zwiększające utratę masy kostnej (zwiększające ryzyko osteoporozy) oraz zwiększające ryzyko złamań.

Przedmiotem szczególnego zainteresowania, tzn. diagnostyki, zapobiegania i/lub leczenia, są osoby obciążone wyżej wymienionymi cechami.

### Zapobieganie

„*Zapobieganie osteoporozie*” oznacza wpływ na wzrost gęstości kości.

Całą populację zaleca się aktywny, obciążający szkielet tryb życia, dietę pokrywającą zapotrzebowanie na około 1000 mg wapnia i 400–800 mg witaminy D oraz potas, białko roślinne oraz pokarmy nie zakwaszające.