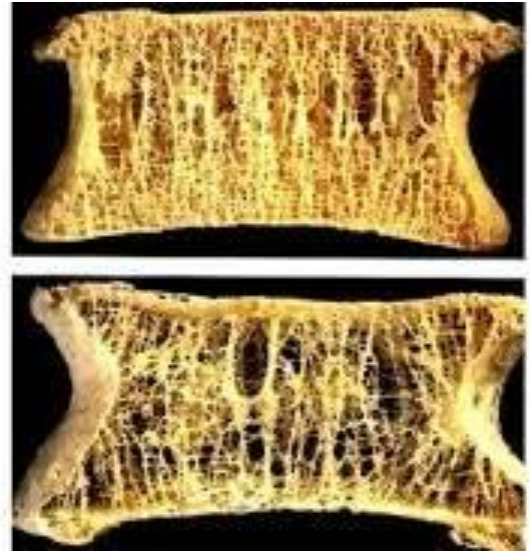




## CO JE TO OSTEOPORÓZA?

Osteoporóza je onemocnění kostní tkáně, které vede ke zvýšené křehkosti kostí. V důsledku tohoto stavu dochází k četnějším zlomeninám. Často je pro tuto nemoc používáno synonymum „řídnutí kostí“. Název vychází ze dvou řeckých slov (osteo – kost, poros – otvor). Osteoporóza typicky postihuje všechny kosti v těle, ale nejčastěji se komplikace, resp. zlomeniny vyskytují v oblasti krčku stehenní kosti a v obratlích. Zlomeniny obratlů pak vedou ke snížení tělesné výšky, k velké bolestivosti a zhoršení celkové hybnosti. Častou komplikací zlomeniny krčku stehenní kosti je znemožnění pohyblivosti nemocného (imobilizace). Dlouhodobé upoutání pacienta na lůžko může končit smrtí. Nejen proto je třeba osteoporózu adekvátně léčit a činit maximum v její prevenci.



## **OSTEOPORÓZA V ČÍSLECH**

Osteoporózou trpí přibližně 75 milionů lidí v celé Evropě, USA a Japonsku.

Zlomeninu související s osteoporózou utrpí ve svém životě 30 - 50% žen a 15 - 30 % mužů.

Téměř 75 % zlomenin kyčle, páteře, či předloktí se vyskytuje mezi pacienty ve věku 65 a více let.

Předcházející zlomenina znamená o 86 % větší riziko další zlomeniny.

Osteoporóza u žen nad 45 let zapříčiňuje vyšší počet dní strávených v nemocnici než mnoho jiných chorob včetně cukrovky, infarktu myokardu a rakoviny prsu.

## **KOMU HROZÍ OSTEOPORÓZA?**

Osteoporóza může postihnout každého bez ohledu na věk a pohlaví. Nejvíce rizikovou skupinou jsou ženy v období po přechodu, kdy je příčinou vzniku onemocnění pokles pohlavních hormonů. Více ohroženy jsou ty ženy, u kterých se období přechodu dostavilo v relativně nižším věku (pod 45 let), ženy, které začaly pozdě menstruat, ženy, které nikdy nerodily a rovněž ženy, v jejichž rodině se choroba již vyskytla.

Riziko osteoporózy také zvyšuje kouření, nedostatečná konzumace potravin bohatých na vápník, nedostatek pohybu, nadměrná konzumace alkoholu a kávy. Rovněž užívání některých léků, zejména glukokortikoidů vede k vyššímu riziku vzniku osteoporózy.

Osteoporóza se také vyskytuje jako projev či důsledek jiné choroby či její léčby – typicky u pacientů se systémovými chorobami pojiva (revmatoidní artritida, systémový lupus erytematoses), s poruchami vstřebávání (např. při chronických zánětech střev, u stavů po operaci žaludku či střev, u jaterních onemocněních), dále u pacientů s hormonálním onemocněním (štítné žlázy, příštítných tělísek, hypofýzy, vaječníků, varlat, prostaty).



## JAK SE OSTEOPORÓZA DIAGNOSTIKUJE?

Diagnózu osteoporózy stanovujeme pomocí tzv. **denzitometrie**. Tato metoda je blízka klasickému rentgenovému vyšetření s tím rozdílem, že při denzitometrii přístroj vyzářuje mnohem menší záření než klasický rentgen a tak pacient nemá vlastně žádnou radiační zátěž. Pouze u těhotných se tato metoda neprovádí s ohledem na vývoj plodu. K vyšetření může pacienta doporučit kterýkoli lékař. Vyšetření trvá 10-15 minut a je zcela bezbolestné. Pacient si ve spodním prádle lehne na vyšetřovací přístroj, personál mu během vyšetření polohuje končetiny. Standardně se vyšetřuje oblast bederní páteře, kyčelní klouby a někdy předloktí.

## PREVENCE OSTEOPORÓZY

Prevenci osteoporózy je nutné zahájit již v dětství. Cílem prevence je dosáhnout výstavby maximálního množství kostní hmoty během dětství a dospívání; v dospělosti je to pak předcházení ztrátám kostní hmoty a rozvoji sekundární osteoporózy.

Základem prevence a léčby jsou následující opatření:

- dostatečný příjem vápníku v potravě (500- 1000 mg denně)
- častý pobyt venku a příjem potravy s obsahem vitamínu D (800 IU denně)
- dostatečná fyzická aktivita, udržování přiměřené tělesné hmotnosti
- prevence pádů a úrazů
- vyloučení kouření a nadměrné konzumace alkoholu a kofeinu

## LÉČBA OSTEOPORÓZY

Nezbytným základem léčby je vždy vápník a vitamín D. Bez těchto dvou léků by chyběly základní stavební kameny pro budování kostí. Nejčastěji se užívá vápník v dávce 1000-1500 mg denně a vitamín D v dávce 800-1200 IU. Tyto preparáty jsou volně prodejné nebo jejich předepsání může zajistit např. praktický lékař.

Další léčba je velice individuální. Záleží mimo jiné na věku pacienta a na přidružených chorobách. U pacientek časně po přechodu a/nebo s příznaky klimakteria se používá hormonální substituční léčba. Tu vždy indikuje ošetřující gynekolog. Velmi efektivní je léčba bisfosfonáty, dále se používá léčba parathormonem, stronciem a kalcitoninem či raloxifenem. Tyto preparáty už mohou předepsat pouze specialisté z oboru osteologie, ortopedie, endokrinologie, gynekologie či revmatologie.

Léčba a péče o pacienty s osteoporózou je dlouhodobá, velmi často doživotní.