

Не тільки сам лікар повинен вживати в справу все, що необхідно, але й хворий, й оточуючі, й усі зовнішні обставини мають сприяти лікарю в його діяльності.

ГИППОКРАТ

газета
для здорових
і хворих

ЙОГО ВЕЛИЧНІСТЬ —

пацієнт

Щомісячна газета

Випускається з 2001 року Листопад 2025 № 9 (248)

ОДЕСЬКИЙ МЕДУНІВЕРСИТЕТ — ОДЕСИТАМ

У НОМЕРІ:

- | | | | |
|--|---------|---|---------|
| • Професор Євген Опря | стор. 1 | • Біопсія сторожового лімфатичного вузла при меланомі | стор. 5 |
| • Антибіотикорезистентність — тиха пандемія XXI століття | стор. 3 | • Увага: остеопороз! | стор. 7 |

ДО 125-РІЧЧЯ ОНМедУ

ПРОФЕСОР ЄВГЕН ОПРЯ: Університет — це не лише навчальний заклад, а й простір для творення майбутнього



Кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету є однією з його провідних освітньо-наукових структур. З моменту здобуття Україною незалежності кафедра пройшла шлях якісної трансформації, адаптуючись до викликів часу, реформ у галузі охорони здоров'я та змін у системі

медичної освіти. Фундамент кафедри формувався на основі класичної психіатричної школи, яку протягом десятиліть розвивали видатні науковці: професори Є. О. Шевальов, Л. А. Мірельзон, К. В. Москетті, В. С. Бітенський. Їхній внесок заклав міцне підґрунтя для викладання психіатричних дисциплін та формування клінічної традиції. У 1990–2000-х роках кафедра стала осередком розвитку нових наукових напрямів — клінічної рецепторології, психофармакотерапії, біохімічних і психогенетичних підходів у психіатрії.

Про динаміку розвитку, наукову спадщину та впровадження сучасних стратегій у підготовці нової генерації фахівців ми поспілкувалися з керівником підрозділу, доктором медичних наук, професором Євгеном Васильовичем Опрєю — досвідченим клініцистом, педагогом, науковцем, який об'єднує традиції української психіатричної школи з інновацій-

ними підходами сучасної освіти та медицини.

— Як поєднуються на Вашій кафедрі освітні інновації, практична підготовка та участь у громадських ініціативах у формуванні нової генерації медичних фахівців у сучасних умовах?

Протягом останніх двох десятиліть кафедра впровадила низку нових навчальних курсів, які відображають світові тенденції розвитку медико-психологічної науки та клінічної практики. Серед основних навчальних компонентів — «Медична психологія», «Основи нейропсихології», «Реабілітаційна психологія», «Основи психокорекції та психотерапії», «Суїцидологія», «Психологія особистості», «Конфліктологія», «Біологія поведінки людини» тощо. Дисципліни викладаються не лише здобувачам медичних і стоматологічних факультетів, а й здобувачам освітніх програм



1 «Менеджмент», «Громадське здоров'я», «Косметологія», «Акушерство» та «Парамедик», згідно з Положеннями нової концепції міжфахового викладання. Окрему увагу кафедра приділяє впровадженню курсів з комунікативних навичок у первинній ланці охорони психічного здоров'я, психосоматичних розладів, а також стандартів BOOЗ (mhGAP). Це забезпечує практично орієнтовану підготовку до клінічної діяльності та підвищує готовність здобувачів до складання інтегрованих іспитів, зокрема ОСКІ-2.

З початку повномасштабної війни кафедра взяла активну участь у наданні практичної допомоги постраждалим. На базі університету створено Центр медико-психологічної допомоги постраждалим від насильства, а мобільна бригада, до складу якої входять психіатри і медичні психологи, здійснює виїзди у прифронтові зони й пункти тимчасового розміщення вимушених переселенців. Кафедра організувала

волонтерський рух медиків ОНМедУ, залучаючи здобувачів і співробітників до гуманітарної допомоги.

Кафедра бере участь у реалізації Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?», ініційованої першою леді України Оленою Зеленською. У межах цієї програми викладачі кафедри працюють над формуванням навичок психологічної підтримки, подолання стресу та професійного вигорання серед широких груп населення.

— **Як сучасні освітні технології — від інтерактивних лекцій до симуляцій — змінюють підходи до підготовки майбутніх лікарів?**

Навчальний процес кафедри суттєво трансформувався у бік здобувач-центрованого формату. Використовуються сучасні цифрові платформи (Microsoft Teams, Zoom), мультимедійні засоби, віртуальні тренажери, методи «стандартизованого пацієнта» та біологічного зворотного зв'язку (biofeedback). Здобувачі опановують базові клінічні ком-

петентності у симуляційному середовищі, що значно наближає процес навчання до реалій клінічної практики. Особлива увага приділяється підготовці до роботи з пацієнтами, які зазнали бойової психотравми, мають симптоми ПТСР, суїцидальні наміри або психосоматичні порушення. У рамках безперервного професійного розвитку кафедра організує курси тематичного удосконалення з актуальних питань психіатрії, наркології, психотерапії та клінічної психології для викладачів і лікарів-інтернів.

— **Яку роль відіграє СНТ у формуванні кафедри як інтелектуального центру?**

Наукове товариство здобувачів кафедри є одним із найактивніших у структурі ОНМедУ. Під керівництвом викладачів здобувачі щороку беруть участь у міжнародних і всеукраїнських конференціях, де посідають призові місця, готують наукові публікації, аналітичні огляди та кваліфікаційні роботи.



У межах наукової діяльності формуються навички доказового мислення, міждисциплінарної співпраці, самостійної дослідної діяльності.

— **Як пандемія та повномасштабна війна вплинули на трансформацію освітньої та практичної діяльності кафедри?**

COVID-19 і повномасштабне вторгнення росії у 2022 році стали каталізатором змін у психіатричній практиці та медичній освіті. Наша кафедра швидко адаптувалася до нових реалій, ініціюючи інноваційні підходи в навчанні, допомозі та науці.

Було запроваджено дистанційне навчання через платформи Microsoft Teams, Zoom, Moodle. Кафедра оновила методичні комплекси, додавши теми з пандемічної тривожності, підтримки персоналу та розвитку емоційної стійкості. Здобувачі активно залучалися до вивчення психосоціальних наслідків пандемії через гурткову роботу й електронний контроль знань.

Викладачі кафедри пройшли підготовку за програмою mhGAP, впровадивши нові дисципліни для здобувачів, що інтегрують міжнародні стандарти психічної допомоги.

Незважаючи на складні обставини, кафедра веде активну наукову роботу. Реалізуються дослідження щодо патоморфозу психічних розладів в умовах стресу та психосоматичної реабілітації постраждалих від війни. Здобувачі кафедри беруть участь у наукових дослідженнях, публікують роботи в міжнародних виданнях і активно залучаються до науково-дослідної діяльності.

— **Яким Ви бачите майбутнє кафедри та університету в контексті освітніх інновацій, наукового розвитку та міжнародного партнерства?**

Незважаючи на виклики війни, наша кафедра продовжує розвиватися. Ми чітко визначаємо стратегічні орієнтири для майбутнього, орієнтуючись на інновації та інтеграцію. У найближчі роки розширимо освітні програми на бакалаврському та магістерському рівнях, зокрема за напрямками «Громадське здоров'я», «Практична психологія» та «Парамедик». При цьому робимо акцент на вдосконаленні освітнього процесу ОПП «Медицина», «Стоматологія» та збережемо розвиток післядипломної освіти. Плануємо запуск модульної системи безперервного професійного розвитку для клінічних психологів.

Основні наукові пріоритети — дослідження психосоматичної реабілітації, вивчення психічних розладів на тлі війни, розробка психотерапевтичних протоколів для військових і цивільних, а також інтеграція нейрофізіологічних та біохімічних даних.

Ми плануємо поглиблювати співпрацю з міжнародними партнерами та створювати нову наукову школу, орієнтовану на військово-психологічні дослідження. Прагнемо бути лідером у формуванні системної відповіді на виклики психічного здоров'я в повоєнному суспільстві. Тому Центр ментального здоров'я ОНМедУ стане основним простором для консультування та тренінгів, а Школа стійкості надаватиме підтримку тим, хто повертається з фронту або пережив травму.

Одеський національний медичний університет стане визнаним центром психіатричної освіти та базою для міжнародних освітніх проєктів! Бо наш університет — не тільки навчальний заклад, а й простір для творення майбутнього, де здобувачі отримують не лише знання, а й психологічну підтримку та професійний сенс.

Інтерв'ю Ірини Барвіненко

ЦЕ ПОТРІБНО ЗНАТИ!

АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ — ТИХА ПАНДЕМІЯ ХХІ СТОЛІТТЯ

Сьогодні наука та медицина зіткнулися з новим викликом — неінфекційною, проте смертельно небезпечною загрозою. Це не новий вірус і не екзотична бактерія — це здатність мікроорганізмів чинити опір найпотужнішій зброї людства — антибіотикам.

Що таке «антибіотикорезистентність» і чому це небезпечно?

Антибіотики — це ліки, які знищують бактерії або зупиняють їхнє розмноження. Відкриття пеніциліну у 1928 році стало революцією у медицині: мільйони життів були врятовані від пневмонії, сепсису, туберкульозу та інших бактеріальних інфекцій. Однак уже через

кілька років після початку масового використання з'явилися перші стійкі штами бактерій. Сьогодні ця проблема вийшла за межі лікарень і стала глобальною.

Антибіотикорезистентність — це здатність бактерій протистояти дії антибіотиків. Вони перестають гинути, адаптуються, мутують, передають гени стійкості іншим бактеріям. У результаті — звичайна інфекція,

яка раніше лікувалася за п'ять днів, стає смертельно небезпечною.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) уже кілька років поспіль вносить антибіотикорезистентність до списку 10 найбільших загроз здоров'ю людства.

Мовою цифр: наскільки все серйозно?

За оцінками ВООЗ, щороку від інфекцій, викликаних стійкими бактеріями, помирає понад 1,3 мільйона людей у світі.

До 2050 року, за прогнозами, кількість смертей може **4** ➤

3 перевищити 10 мільйонів на рік, що більше, ніж від онкології.

В Україні щороку реєструється понад 700 тисяч випадків антибіотикорезистентних інфекцій, з яких щонайменше 39 тисяч призводять до смерті (за даними Центру громадського здоров'я та проекту «Доказові рішення в охороні здоров'я»).

Частота резистентних патогенів у лікарнях України перевищує 35–40 % від загальної кількості інфекцій, що робить їхнє лікування складним або неможливим традиційними засобами.

Згідно з даними Національного Центру громадського здоров'я України та мікробіологічного нагляду в медичних закладах, у нашій країні найчастіше фіксуються такі резистентні патогени:

Група ESKAPE:

✓ *Klebsiella pneumoniae* (ESBL+, KPC+) — найпоширеніша госпітальна бактерія, резистентна до цефалоспоринів і карбапенемів. Частота мультирезистентності сягає 50 %.

✓ *Acinetobacter baumannii* (XDR) — особливо поширена у відділеннях інтенсивної терапії, до 70 % штамів нечутливі до більшості класів антибіотиків.

✓ *Pseudomonas aeruginosa* (MDR, CRPA) — висока стійкість до фторхінолонів та карбапенемів, понад 35 % ізолятів мають мультирезистентність.

✓ *Enterococcus faecium* (VRE) — у деяких стаціонарах частка ванкомицин-резистентних штамів перевищує 15 %.

✓ *Staphylococcus aureus* (MRSA) — виявляється у понад 25 % випадків уражень шкіри, ран та дихальних шляхів у стаціонарах.

Інші важливі патогени:

✓ *Escherichia coli* (ESBL+) — провокує резистентні уrogenітальні інфекції, зростає стійкість до фторхінолонів і аміноглікозидів.

✓ *Streptococcus pneumoniae* — реєструються стійкі штами до пеніциліну та макролідів.

✓ *Neisseria gonorrhoeae* — зростає кількість штамів, нечутливих до азитроміцину та цефтріаксону.

**Скільки антибіотиків
призначається й реалізується?**

За даними глобальних наукових досліджень:



У 2023 році у світі використано понад 34 мільярди DDD (визначених добових доз) антибіотиків — на 16 % більше, ніж у 2016 році (PNAS).

В Україні у 2018 році спожито близько 326 мільйонів DDD, а в 2020 році — понад 330 мільйонів DDD, що становило $\approx 21,6$ DDD/1000 населення/день.

Через війну та міграцію населення у 2022 році споживання зменшилося до $\approx 16,6$ DDD/1000/день (Аптека online).

Лише 50 % антибіотиків в Україні купуються за рецептом. Решта — самостійно, без призначення лікаря.

У 2020 році закупівлі антибіотиків населенням зросли в 40 разів порівняно з попереднім роком — в основному через самолікування COVID-19 (RPHT.com.ua).

Попри введення е-рецептів у серпні 2022 року, масовий продаж антибіотиків без рецепта досі практикується в багатьох аптеках.

З аналізу сегментів у 2023 році: у роздрібному секторі частка найбезпечніших антибіотиків (групи доступу AWaRe) зросла, а групи резерву зменшилися до ≈ 11 %, тоді як у стаціонарах частка антибіотиків резерву перевищує 55 % УМЖ.

**Як ми самі
створили цю проблему**

Антибіотикорезистентність не виникає з нічого. Її провокують:

✓ нераціональне використання антибіотиків — самолікування, неправильне дозування, переривання курсу;

✓ призначення антибіотиків при вірусних інфекціях — грип, ГРВІ, COVID-19;

✓ масове використання антибіотиків у тваринництві — для

стимулювання росту худоби та профілактики захворювань;

✓ недотримання санітарних норм і низький рівень вакцинації — сприяють поширенню інфекцій;

✓ відсутність контролю продажу антибіотиків — у багатьох країнах, зокрема й в Україні, їх досі можна купити без рецепта.

**Чим це загрожує
кожному з нас?**

1. Лікування інфекцій стане складнішим, дорожчим і менш ефективним. Якщо раніше пацієнт одужував за п'ять днів, то тепер може тижнями лежати в лікарні, отримуючи токсичні резервні препарати.

2. Повернення епохи до антибіотиків. Звичайні хірургічні операції (наприклад, видалення зуба чи апендикса) або пологи можуть стати небезпечними через ризик невиліковної інфекції.

3. Зростання смертності. Без ефективних антибіотиків ми втратимо можливість лікувати туберкульоз, сепсис, пневмонії, ускладнення після травм та операцій.

4. Припинення розвитку трансплантології, онкології, реанімації. Усі ці галузі медицини критично залежать від профілактики інфекцій антибіотиками.

**Що ми можемо
зробити вже сьогодні**

Антибіотикорезистентність — проблема не лише лікарів, а й кожного з нас. Її не можна розв'язати за один день, проте уповільнити — цілком реально.

Кожен пацієнт повинен:

✓ приймати антибіотики лише за призначенням лікаря;

✓ завжди дотримуватися призначеного курсу лікування, навіть якщо стало краще на 2-й день;

✓ не вимагати антибіотики «про всяк випадок»;

✓ не використовувати залишки ліків з попереднього разу;

✓ не купувати антибіотики без рецепта.

Кожен лікар має:

✓ призначати антибіотики лише за показаннями;

✓ роз'яснювати пацієнтам, що при ГРВІ антибіотики не допомагають;

✓ за можливості — робити бактеріальний посів перед початком терапії;

✓ дотримуватися національних та міжнародних протоколів лікування.

На рівні держави потрібні:

✓ Жорсткий контроль обігу антибіотиків.

✓ Освітні кампанії для населення.

✓ Підтримка наукових досліджень у сфері створення нових препаратів.

Стимулювання впровадження стратегії антибіотиконастороженості

у лікарнях та на рівні громадського здоров'я.

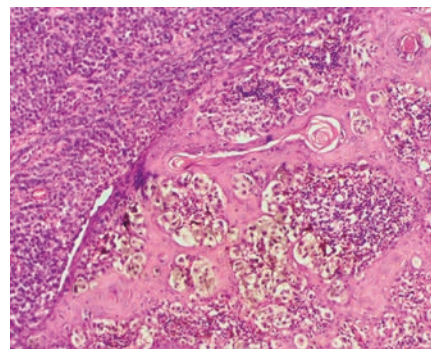
Майбутнє — в наших руках! Антибіотики — не панацея, а відповідальність. Ми не маємо права легковажно ставитися до найпотужнішої зброї, яка була подарована людству майже 100 років тому. Якщо нічого не змінити, уже через кілька десятиліть звичайна інфекція може вбивати більше, ніж уся

онкологія разом узята. Поки в нас ще є ефективні антибіотики, маємо навчитися використовувати їх розумно — і вимагати того ж від системи охорони здоров'я.

Світлана БОГАТУ,
к. мед. н., доцент кафедри
загальної і клінічної
фармакології
та фармакогнозії

НА РІВНІ СУЧАСНИХ ВИМОГ

БІОПСІЯ СТОРОЖОВОГО ЛІМФАТИЧНОГО ВУЗЛА ПРИ МЕЛАНОМІ



Меланома шкіри є одним із найагресивніших злоякісних новоутворень людини. Незважаючи на те, що вона становить лише близько 4–5 % усіх злоякісних пухлин шкіри, саме меланома спричиняє більшість летальних випадків, пов'язаних із цією патологією. Прогноз захворювання тісно пов'язаний із глибиною інвазії пухлини, наявністю або відсутністю метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах та віддалених органах. Одним із ключових етапів визначення стадії меланоми є оцінка стану лімфатичної системи, адже саме лімфогенний шлях є основним шляхом поширення метастазів на ранніх стадіях. У цьому контексті біопсія сторожового лімфатичного вузла є «золотим стандартом» стадіювання меланоми без клінічних ознак ураження лімфатичних вузлів.

Біопсія сигнального лімфатичного вузла (БСЛВ) при меланомі шкіри дійсно є стандартом стадіювання захворювання у випадках, коли регіонарні лімфатичні вузли клінічно та інструментально не змінені (тобто немає ознак метастазів при пальпації, УЗД чи інших методах візуалізації). Отже, БСЛВ входить до рутинної клінічної практики та є обов'язковим елементом сучасного стадіювання меланоми шкіри за відсутності клінічних ознак ураження лімфатичних вузлів.

Коли діагностовано пухлину меланоми шкіри, одним із ключових питань є: чи поширилися пухлинні клітини через лімфатичну систему до регіонарних лімфатичних вузлів. Сторожовий лімфатичний вузол — це перший лімфатичний вузол (або вузли), до якого зазвичай потра-

пляють клітини пухлини, перш ніж поширюватися далі. Біопсія цього вузла — це хірургічна процедура, за допомогою якої видалається один або кілька таких вузлів для гістологічного дослідження на наявність метастазів. Метою процедури є: визначити чи є пухлинні клітини у вузлі, що має вплив на стадіювання пухлини, надати прогностичну інформацію (наприклад, чи ризиковано, що хвороба поширюватиметься далі).

Методика БСЛВ була вперше розроблена у 1990-х роках Дональдом Мортонем у Сполучених Штатах Америки. Спочатку вона застосовувалася для лікування раку молочної залози, а згодом довела свою ефективність і при меланомі шкіри. Сьогодні цей метод є невід'ємною частиною стандартів стадіювання меланоми згідно з між-

народними рекомендаціями NCCN, ESMO та AJCC.

Біопсія сторожового лімфатичного вузла показана пацієнтам із меланомою, у яких наявне таке:

— товщина пухлини за Бреслоу понад 0,8 мм;

— товщина менше 0,8 мм, проте є виразкування або мітотична активність;

— відсутні клінічні чи інструментальні ознаки метастазів у регіонарних вузлах (N0);

— первинна пухлина повністю видалена або видалається одночасно з проведенням біопсії;

— допомогти у виборі подальшої терапевтичної тактики — наприклад, чи потрібне додаткове видалення вузлів, чи потрібне призначення ад'ювантного лікування.

Крім товщини пухлини, при прийнятті рішення враховуються додаткові фактори, як-от:

— виразка пухлини (*ulceration*);

— мітотичний індекс (кількість клітин, що діляться);

— лімфоваскулярна інвазія (*lymphovascular invasion*);

— вік пацієнта, загальний стан, супутні захворювання;

— локалізація пухлини (наприклад, голова / шия — зона з більш складним лімфовідтоком);

5 — чи змінить результат біопсії план лікування (якщо ні — можливо, процедура не буде корисною).

Підготовка до операції включає консультацію з хірургом, анестезіологом, обговорення ризиків та користі, підписання згоди.

Перед операцією (іноді ввечері або рано-вранці) вводиться радіоактивний маркер у ділянку первинної пухлини або дуже близько до неї, а також/або барвник (наприклад, синій барвник) у шкіру навколо пухлини.

Лімфосцинтиграфія або інші методи (наприклад SPECT/CT) можуть бути використані для візуалізації лімфатичного відтоку і виявлення вузла-мішені.

Під час операції хірург за допомогою гамма-зонда (для радіоактивного маркера) та/або барвника ідентифікує сторожовий вузол(и) — той вузол, через який найімовірніше пухлинні клітини потрапили б у лімфосистему.

Видаляється вузол (або вузли, залежно від кількох факторів) і направляється в лабораторію для гістологічного дослідження.

Після операції пацієнт знаходиться під наглядом, проводиться догляд за раною, моніторинг можливих ускладнень (інфекція, кровотеча, набряк лімфатичної ділянки).

Через кілька днів або за необхідності — за результатами патології — обговорюється подальша тактика.

Якщо біопсія негативна (метастазів не виявлено) — це сприятливий результат, який означає, що стан

сторожового вузла не вказує на поширення пухлини в межах цієї лімфовузлової зони.

Проте це не гарантує, що пухлина не поширилася в інші вузли чи інші органи. Регулярне спостереження все одно необхідне.

План лікування може бути таким: «широка локальна ексцизія пухлини» плюс спостереження; додаткове видалення вузлів може не знадобитися.

Якщо біопсія позитивна (виявлено метастази) — це означає, що пухлинні клітини проникли до сторожового вузла. Це змінює стадію (наприклад, може бути перехід до стадії III) і має значення для прогнозу і вибору лікування.

Раніше при позитивному вузлі стандартно виконували повну лімфаденектомію (видалення всіх лімфатичних вузлів у басейні). Проте сучасні дослідження (наприклад, MSLT-II та DeCOG-SLT) показали, що у деяких випадках активне спостереження (ультразвуковий контроль лімфатичного басейну) може мати подібний результат щодо виживання, що й негайна повна лімфаденектомія.

Згідно з NCCN, якщо вузол позитивний — варто обговорити з мультидисциплінарною командою: чи проводити повну лімфаденектомію, чи вести спостереження з УЗ-контролем. Додатково — за наявності позитивного вузла — буде розглядатися ад'ювантна терапія (імунна терапія, таргетна терапія при відповідних мутаціях) та більш інтенсивне спостереження.

Як і будь-яке хірургічне втручання, біопсія сторожового лімфатичного вузла має свої ризики: післяопераційний біль, дискомфорт у зоні видалення вузла. Інфекція, гематома або серома (накопичення рідини) у зоні операції. Набряк лімфатичної частини (лімфедема) — хоча ризик при видаленні лише сторожового вузла значно менший, ніж при повній лімфаденектомії, він все ж існує. Точність процедури не 100 %: можливі помилково негативні результати (коли вузол виявився без метастазів, проте інші вузли мають пухлинні клітини). Це слід враховувати і не виключати необхідність спостереження.

У деяких пацієнтів (наприклад, з тяжкими супутніми захворюваннями чи похилого віку) ризики можуть переважити потенційну користь — і тоді рішення про процедуру може бути змінене.

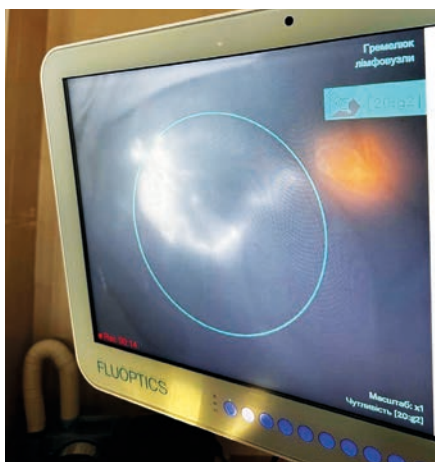
Усі пацієнти з меланою потребують довготривалого дерматологічного та онкологічного нагляду: регулярні огляди шкіри, огляди лімфатичних вузлів, самоогляд.

Частота оглядів залежить від стадії пухлини:

— для стадій I–IIA: огляди кожні приблизно 6–12 місяців протягом п'яти років, потім щороку;

— для стадій IIB–IIIC та III: огляди кожні 3–6 місяців перші два роки, потім кожні 3–12 місяців ще три роки. Можливе проведення візуалізації (УЗ, КТ, ПЕТ) за клінічними показаннями.

При позитивному СЛВ: окрім видалення вузла — можливе більш ре-



Система візуалізації для флуоресцентної навігації під час хірургічного втручання з метою виявлення сигнального лімфатичного вузла за допомогою FLUOPTICS та з використанням індоціаніну зеленого.

тельне спостереження лімфатичного басейну (УЗ-контроль) і розгляд ад'ювантної терапії (імунотерапія, таргетна терапія) згідно з мутаційним статусом пухлини (наприклад, мутації BRAF).

Питання про повну лімфаденектомію (видалення всіх вузлів басейну) наразі вирішується індивідуально — спостереження з УЗ-контролем може бути альтернативою, особливо при мікрометастазах вузла.

Біопсія сторожового лімфатичного вузла — важливий інструмент для точного стадіювання та планування лікування при шкірній меланомі. Відповідно до рекомендацій NCCN, її доцільно розглядати при товщині пухлини понад $\approx 1,0$ мм або за наявності високоризикових ознак, і не рекомендовано при дуже тонких пухлинах без додаткових факторів ризику. Рішення про проведення процедури слід приймати

індивідуально, враховуючи всі клінічні характеристики, стан пацієнта та його пріоритети.

В'ячеслав МАКСИМОВСЬКИЙ,
професор кафедри онкології,
реконструктивної хірургії, радіології
та радіаційної медицини

Давіт ОЧІГАВА,
асистент кафедри онкології,
реконструктивної хірургії, радіології
та радіаційної медицини

БУДЬМО ЗДОРОВІ!

УВАГА: ОСТЕОПОРОЗ!

Остеопороз — це системне захворювання, коли виникає повільний процес руйнування кісток в організмі людини. Зниження міцності кісток призводить до підвищення ризику переломів. Це дуже повільне прогресуюче захворювання, яке іноді перебігає приховано. Інколи пацієнти навіть не підозрюють про його наявність, і першою ознакою остеопорозу є остеопоротичний, низькоенергетичний перелом, який виникає при незначній травмі.

У жінок похилого віку часто виникає біль у хребті. Іноді, якщо він пов'язаний з остеопоротичним переломом хребця, біль буває дуже пронизливим і постійним, що потребує звернення до лікаря. Часто це відбувається у поперековому та грудному відділі хребта. Хребці «провалюються», тобто деформуються, від чого людина стає нижчою зростом, формується деформація типу «вдовиного горба» або «горба аристократки». У жінок часто спостерігається розвиток сколіозу, який обмежує рухливість хребта. Біль у хребті інколи набуває хронічного виснажливого характеру і проявляється при зміні положення тіла.

Уранці він менш виражений, проте зростає при фізичній активності.

Отже, ознаками остеопорозу є таке:

- зниження зросту;
- біль при пальпації хребта та напруженні м'язів спини;
- сутулість, посилення лордозу в поперековому відділі хребта;
- поява складок шкіри по боках;
- переломи кісток при незначних травмах.

Найбільш загрозливим ускладненням остеопорозу є переломи шийки стегна, оскільки вони дають найбільшу летальність та інвалідизацію, часто потребують заміни тазостегнового суглоба.

До речі, для жінок у постменопаузальному періоді іноді виникають переломи ребер, які супроводжуються вираженим болем у грудній клітці, що посилюється під час вдиху, кашлю, чхання, при поворотах тулуба.

У похилому та старечому віці остеопороз і його ускладнення є серйозною проблемою.

Причини розвитку

Причин для розвитку цього небезпечного стану багато. Велику роль відіграє спадковість і генетичні фактори, тому жінкам, у яких мати або бабуся страждали на біль у спині, мали зниження зросту або горб у похилому віці, слід звернути увагу на щільність кісток та виміряти її.

Жіноча стать — це також фактор ризику розвитку остеопорозу. Ризик остеопорозу у чоловіків у три рази менший, ніж у жінок, тому що в даному разі відіграють роль гормональні порушення в постменопаузальному періоді. У жінок при падінні рівня естрогенів виникає підстава для зниження щільності кісток. Це особливо стосується жінок з розвитком ранньої менопаузи (до 45 років), а також жінок зі штучною менопаузою.

Підвищення рівня глюкокортикоїдів також сприяє зменшенню щільності кісток. Це відбувається при хворобі або синдромі Іценка — Кушинга, лікуванні глюкокортикостероїдами більше трьох місяців.

При цукровому діабеті 1 та 2 типу також є передумови

8 ➤



7 через ушкоджувальну дію надлишку глюкози на кісткову тканину і порушення метаболізму. Тому цим пацієнтам також важливо контролювати рівень кісткового метаболізму для того, щоб запобігти ускладненням з боку кісток.

Захворювання щитоподібної залози також є важливим фактором розвитку остеопорозу. Як дефіцит гормонів щитоподібної залози (гіпотиреоз), так і їхній надлишок (гіпертиреоз) сприяють порушенню метаболізму кісткової тканини.

При гіперпаратиреозі стимулюється руйнування кісток та підвищення рівня кальцію в крові. Тому хворим з ендокринною патологією, а також лікарям, які спостерігають цих хворих, слід звернути увагу на питання діагностики, профілактики та лікування остеопорозу. Якщо у цих хворих поряд з основною симптоматикою з'являються переломи та болі у кістках, хребті, випадіння зубів, то потрібно негайно виміряти щільність кісток.

Варто зазначити, що значний вплив на розвиток та перебіг остеопорозу має вітамін D, який відіграє значну роль у засвоєнні кальцію та підтримці здорових кісток, і його нестача може призвести до зниження кісткової маси та збільшення ризику переломів.

Має значення і спосіб життя. Адже паління (особливо у жінок), нечасте перебування на свіжому повітрі, малорухливий спосіб життя та одноманітна їжа можуть також призвести до розвитку остеопорозу.

Діагностика

Якщо у людини виникають повторні переломи кісток без значної

травми, біль у спині при навантаженні, хитка хода, схильність до падінь, потрібно звернутися до лікаря, який призначить обстеження.

Є кілька способів вимірювання мінеральної щільності кісток (денситометрія), основні з яких — ультразвукова денситометрія, рентгенівська денситометрія і кількісна комп'ютерна томографія.

«Золотим стандартом» діагностики зниження мінеральної щільності кісток є двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія. Це медичне дослідження, яке за допомогою рентгенівського випромінювання дає змогу виміряти мінеральну щільність кісток та кількість мінералів, які знаходяться в кістці. Дослідження об'єктивне, швидке, безболісне й доступне.

Лікування та профілактика

На підставі досліджень лікар призначає необхідне лікування в кожному випадку. Однак і від пацієнтів залежить досить багато.

Профілактика остеопорозу включає таке:

- ✓ регулярне перебування на свіжому повітрі;
- ✓ відмову від паління;
- ✓ рухливий спосіб життя;
- ✓ різноманітне харчування з достатнім споживанням продуктів, багатих на кальцій та вітамін D.

Рекомендують включати кунжутне насіння, молочні продукти, яйця, сир, фрукти, тофу, мигдаль, а також рибу та морепродукти. Корисні овочі та зелень: петрушка, селера, гарбуз, томати, капуста. Слід уникати шпинату, щавлю, маринадів, солодкого, алкоголю, баранини, газованих напоїв.

Потрібно проводити скринінг рівня кальцію та вітаміну D й призначати препарати кальцію з вітаміном D при їхній нестачі. Стандартні дози вітаміну D3 при дефіциті та недостатності — 2000 або 4000 одиниць на добу тривало.

Залежно від ступеня вираженості втрати кісткової маси лікар призначає лікування. Є кілька основних груп препаратів: бісфосфонати,



деносумаб та інші. Сьогодні найбільш ефективними є бісфосфонати: алендронат, золедронат, ризедронат, ібандронат, золедренова кислота. Вони зменшують ризик переломів, підвищують мінеральну щільність кісток.

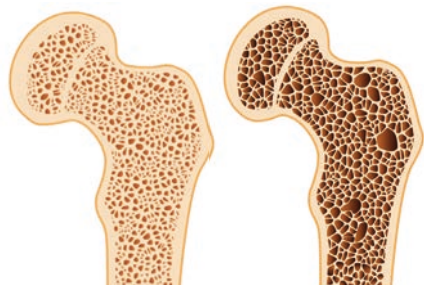
Як бачимо, на сучасному етапі остеопороз — це серйозна загроза, тому потрібно уважно ставитися до певних симптомів як у жінок, так і чоловіків похилого віку. Потрібно вчасно проводити обстеження для визначення мінеральної щільності кісток. Здоровий активний спосіб життя без шкідливих звичок також сприяє запобіганню ускладнень. А якщо остеопороз виявлено, то потрібно дотримуватися рекомендацій лікаря і відповідного лікування.

Олена ЯКИМЕНКО,

д. мед. н., з. д. н. т. України,
професор, завідувачка кафедри
пропедевтики внутрішніх хвороб
та терапії,

Ольга КРАВЧУК,

к. мед. н., доцент, завуч кафедри
пропедевтики внутрішніх хвороб
та терапії



Здорова кістка

Остеопороз

Редактор випуску І. В. Барвіненко
Відповідальні секретарі
А. В. Попов, Р. В. Мерешко
Засновник і видавець — Одеський
національний медичний
університет

Адреса редакції:
65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.
Свідцтво про реєстрацію: ОД № 685 від 29 березня 2001 р.
Підписано до друку 26.11.2025. Електронне видання. Замовлення 2877.
Надруковано у видавництві Одеського національного
медичного університету, 65082, Одеса, вул. Софіївська, 2. Тел. 723-29-63.