

# Jakość życia w osteoporozie

**II Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 11-13.10.2007**

## **Streszczenia:**

Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2007, vol 9 (Suppl. 2), s140-141.

## **L43**

### **JAKOŚĆ ŻYCIA W OSTEOPOROZIE**

Horst – Sikorska W.

Zakład Medycyny Rodzinnej, Akademia Medyczna, Poznań

Rozwój medycyny, a zwłaszcza nowoczesne strategie diagnostyczne i terapeutyczne przyczyniły się do znacznego wydłużenia życia. Wzrost liczebności populacji osób starszych w społeczeństwach krajów rozwiniętych stanowi o pojawieniu się nowych lub zmiany skali występujących dotąd problemów medycznych. Leczenie schorzeń, dotyczących tej grupy wiekowej, oprócz skutecznych metod diagnostyki i terapii powinno łączyć się z zapewnieniem jak najwyższej jakości życia. Za efektywną terapię można uznać taką, w rezultacie, której wydłużenie życia będzie przebiegać równoległe z zapewnieniem jego wysokiej jakości.

Wśród licznych chorób dotyczących populację osób starszych szczególnie często występuje osteoporoza. Dla przebiegu choroby duże znaczenie ma wczesne rozpoznanie i wprowadzenie optymalnego leczenia. Wg definicji IOF osteoporoza to uogólniona choroba szkieletu, charakteryzująca się zaburzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, zarówno w sensie ilościowym i jakościowym, zwiększająca ryzyko złamań kości. Liczne obserwacje kliniczne wskazują, że często pierwszym objawem

osteoporozy jest wystąpienie niskoenergetycznego złamania kości. Szczególnie narażenie na takie złamanie, do którego dochodzi po zadziałaniu niewielkiej siły, np. upadek z własnej wysokości lub pod wpływem własnego ciężaru powoduje, że chory często nie identyfikuje poziomu ryzyka. Pacjenci z osteoporozą po prostu nie zdają sobie sprawy, że do złamania może dojść we własnym domu.

Według WHO jakość życia to optymalny poziom zdolności fizycznych, psychicznych i intelektualnych, pełnionych ról i funkcjonowania społecznego, percepcji stanu zdrowia, satysfakcji z życia oraz ogólnego dobrego samopoczucia u osoby z określoną chorobą. Osteoporoza jest chorobą przewlekłą, zmieniającą styl życia, a jej pojawienie zwiększa ryzyko złamania kości. W sposób bardzo wyraźny pogarsza jakość życia chorych. Ocena jakości życia wymaga holistycznego spojrzenia na stan pacjenta, które uwzględnia obok jego stanu fizycznego także stan psychiczny. Takie podejście do problemów medycznych jest nierozzerwalnie związane z zasadami obowiązującymi w medycynie rodzinnej.

W ocenie jakości życia uwzględnia się aktualny poziom tej jakości w danym momencie choroby oraz monitorowanie, w jaki sposób zalecane postępowanie lekarskie przygotowuje pacjenta i jego rodzinę na prawdopodobne następstwa choroby i jej leczenia. Wartość własnej oceny jakości życia może mieć pozytywny lub negatywny wpływ na rokowanie w przypadku choroby.

Na jakość życia mają wpływ wszystkie zmiany dotyczące zdrowia, stanu fizycznego, psychicznego oraz możliwości realizowania własnych zamierzeń. W postrzeganiu jakości życia szczególne znaczenie ma odczuwanie bólu.

Złamanie kości w następstwie osteoporozy powoduje ból i może stać się przyczyną zaburzenia postawy, ograniczenia lub upośledzenia aktywności fizycznej. Stan taki utrudnia wykonywanie codziennych czynności i powoduje często uzależnienie chorego od pomocy ze strony rodziny lub innych osób. Niekorzystne objawy somatyczne mogą stać się przyczyną obniżonego nastroju, depresji, lęków oraz utraty energii

życiowej. Ograniczenia aktywności lub konieczność korzystania z pomocy osób trzecich często są powodem niskiej samooceny pacjenta, obniżenia poczucia własnej wartości. Stan taki może doprowadzić do izolacji społecznej. Negatywne postrzeganie jakości życia w ocenie pacjenta, chorującego na osteoporozę ma wpływ na zwiększone ryzyko zgonu. Taka zależność została wykazana w doniesieniach różnych autorów oraz w badaniach własnych, dotyczących grupy chorych ze złamaniem niskoenergetycznym np. trzonów kręgowych lub bliższego końca kości udowej [Liliana Celczyńska-Bajew, Wanda Horst-Sikorska, Izabela Warmuz-Stangierska, Sebastian Dąbrowski. Jakość życia u kobiet z osteoporozą pomenopauzalną. Geriatr. Pol. 2006 T. 2 nr 3 s. 190-197].

Każde złamanie jest traumatycznym przeżyciem dla chorego, wiąże się bowiem z dolegliwościami bólowymi, ograniczeniem aktywności życiowej, długotrwałą i żmudną rehabilitacją. Jak wykazano każda lokalizacja osteoporotycznych złamań, poza złamaniem typu Colles'a, jest potencjalnie niebezpieczna nawet dla życia poszkodowanych.

Dla poprawy rokowania wśród chorych z osteoporozą ważne jest dokonywanie bieżącej oceny jakości życia. Wykazano, że pogorszenie tej wartości jest związane z niepełnosprawnością, koniecznością korzystania z opieki innych osób oraz ograniczeniem dotychczasowej aktywności życiowej.

Ocenie jakości życia służą temu liczne kwestionariusze. Mogą to być ankiety ogólne, oceniające samopoczucie chorego, wpływ choroby na jego funkcjonowanie, niezależnie od stopnia jej zaawansowania czy czynników demograficznych oraz społeczno – kulturowych. Bardziej szczegółowych informacji dostarczają kwestionariusze swoiste, opracowane dla poszczególnych jednostek chorobowych. Uwzględniają one najróżniejsze przejawy choroby oraz jej wpływ na poszczególne aspekty życia pacjenta. Dla oceny wpływu osteoporozy na jakość życia pacjenta służy polecany przez IOF kwestionariusz Qualeffo.

W ocenie jakości życia przez pacjenta, obok nagłego zdarzenia, jakim jest złamanie kości ważne znaczenie ma rodzaj terapii, a w zasadzie jej komfort lub uciążliwość. Leczenie złamania

kości wiąże się z unieruchomieniem. Obarczone jest ono możliwością wystąpienia powikłań takich jak infekcje, odleżyny, powikłania zatorowo – zakrzepowe oraz zaniki mięśniowe. Załamanie kości zaopatrzone chirurgicznie skraca czas hospitalizacji chorego, a więc zmniejsza ryzyko tych niekorzystnych powikłań. Jednak chirurgiczne metody leczenia złamań również mogą stanowić dodatkowe źródło bólu, który wiąże się z zabiegiem operacyjnym czy gojeniem się rany. Zakres rehabilitacji po złamaniu kości, jak również ćwiczenia fizyczne wykonywane przez chorych po operacji mogą być źle odbierane z powodu nasilenia dolegliwości bólowych.

Pacjenci z dolegliwościami bólowymi, jak wspomniano wcześniej są grupą o wyraźnie zaniżonej ocenie jakości życia z wszystkimi konsekwencjami tego faktu. Jest to wskazówką, że leczenie przeciwbólowe obok leków zmniejszających ryzyko złamań powinno znajdować się w standardach postępowania u chorych z osteoporozą.

Leczenie osteoporozy powinno być prowadzone do końca życia. Dla pacjenta istotna jest prostota terapii, pozbawiona w miarę możliwości uciążliwości i ryzyka działań ubocznych. Dla utrzymania ciągłości leczenia niezbędna jest współpraca z lekarzem leczącym. Jest on dla pacjenta źródłem informacji o leczeniu, możliwych powikłaniach oraz działaniach niepożądanych leków. Poprawna komunikacja lekarz – pacjent, przebiegająca w atmosferze wzajemnego zaufania, przyczynia się do zrozumienia przez pacjenta celowości terapii osteoporozy. Polega ona na wspieraniu chorego w długoletnim leczeniu, poprzez wybór właściwej drogi motywacji. Jak wynika z badań przeprowadzonych wśród lekarzy rodzinnych w 5 krajach Europy (Wielka Brytania, Niemcy, Włochy, Hiszpania i Francja) 60% pacjentów leczonych bisfosfonianami przerywa terapię po pierwszym roku leczenia. Większość z lekarzy nie zna przyczyn przerywania przez ich pacjentów leczenia. Chorzy uważają, że najskuteczniejszym sposobem motywacji jest strategia podkreślania korzyści wynikających z proponowanej terapii. Niestety, jak wykazują badania lekarze raczej preferują „straszenie” powikłaniami choroby.

Poprawa wyników leczenia osteoporozy ma zatem większe szanse na powodzenie, o ile uda się włączyć do standardów terapii choroby zaleceń dotyczących badania stopnia jakości życia chorych, obowiązkowej analizy przyczyn jego niskiej oceny i podejmowania próby poprawy sytuacji dostępnymi metodami farmakologicznymi i nefarmakologicznymi.