

# **OSTEOPOROZA – POTRZEBA WIĘKSZEJ AKTYWNOŚCI W ROZPOZNAWANIU CHOROBY**

**I Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz  
XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej  
Fundacji Osteoporozy, Kraków 6-8.10.2005**

Streszczenia:

Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2005, vol 7 (Suppl. 1),  
s128-129.

**P09**

**OSTEOPOROZA – POTRZEBA WIĘKSZEJ AKTYWNOŚCI W ROZPOZNAWANIU  
CHOROBY**

Przedlacki J., Zaczek E., Grzejszczak A., Wieliczko M.,  
Oręziak M., Kulicki P., Niemczyk L., Sowa E., Matuszkiewicz-  
Rowińska J.

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Nefrologii, Akademia  
Medyczna w Warszawie

Słowa kluczowe: Osteoporoza, rozpoznawanie, epidemiologia

Na podstawie obserwacji chorych przyjmowanych do naszej  
Kliniki, częstość osteoporozy, uznanej za chorobę społeczną,  
wydawała się niewielka. Celem pracy było: 1) ustalenie  
częstości występowania osteoporozy wśród chorych przyjętych w  
ciągu 1 roku (20.10.2003-19.10.2004) do naszej Kliniki na  
podstawie rozpoznań wstępnych opartych na informacjach  
uzyskanych od pacjentów i dokumentacji medycznej dostarczonej  
przez chorych; 2) w etapie drugim (20.10.2004 – 21.03.2005) –  
ocena wpływu aktywnego działania lekarzy Kliniki na  
zwiększenie częstości rozpoznawania choroby. W pierwszym roku  
obserwacji, w Klinice hospitalizowano 1533 pacjentów (866  
kobiet i 667 mężczyzn) w wieku 15-104 lata ( $63,3 \pm 18,8$ ). 838

chorych było w wieku powyżej 65 lat (517 kobiet i 321 mężczyzn). Osteoporozę z/lub bez przebytego złamania kości podawało 42 chorych (2,7% wszystkich chorych i 5,0% powyżej 65 rz.). 35 chorych podawało przebyte złamanie kości (złamanie kręgosłupa u 8, bliższej części kości udowej u 17). Czternastu spośród nich miało rozpoznaną jednocześnie osteoporozę. Część chorych z rozpoznaną osteoporozą i/lub przebyłym złamaniem kości miało zalecone przy wypisie z Kliniki leczenie: witaminą D3 i/lub związkami wapnia 9 chorych, bisfosfonianem z wit. D3 i wapniem 1 chory, 2 chorych skierowano do Poradni Osteoporotycznej, 31 nie miało zaleconego leczenia farmakologicznego. W drugim okresie obserwacji do części Kliniki prowadzonej przez autora przyjęto 366 chorych (170 kobiet i 196 mężczyzn) w wieku 17-100 lat ( $66,6 \pm 18,0$ ). 229 chorych było w wieku powyżej 65 lat (120 kobiet i 109 mężczyzn). Sześciu chorych podawało przy przyjęciu rozpoznanie osteoporozy z lub bez złamania kości (1,6% wszystkich chorych i 2,6% powyżej 65 rz.). Dwunastu podawało przebyte złamanie kości (złamanie kręgosłupa 3 chorych, bliższej części kości udowej 4); jeden spośród nich miał rozpoznaną jednocześnie osteoporozę. U 16 chorych rozpoznano (wywiady, Rtg kości) nieleczone złamanie osteoporotyczne (kręgosłup u 10, bliższa część kości udowej u 6) i u 14 rozpoczęto leczenie (najczęściej bisfosfonian, wit D3, wapń) (2 chorych zmarło) oraz zalecono skierowanie do Poradni Osteoporotycznej. Wszyscy ci chorzy mieli kontakt z lekarzem po złamaniu. Wszystkim chorym powyżej 65 rz. (bez uogólnionej choroby nowotworowej, przewlekłej niewydolności nerek, z zachowanym logicznym kontaktem) bez przebytego złamania kości zalecono skierowanie do Poradni Osteoporotycznej w celu wykonania badań w kierunku osteoporozy. Po 3 miesiącach przeprowadzono rozmowy telefoniczne z 24 chorymi. Jedenastu chorych nie było zainteresowanych diagnostyką, 10 zamierzało zgłosić się do Poradni, 3 zgłosiło się i nie rozpoznano osteoporozy.

Wnioski: Uzyskane wyniki pozwalają wyciągnąć wniosek o niedostatecznie aktywnym postępowaniu lekarzy, szczególnie pierwszego kontaktu, ale i pracujących w szpitalu, w

rozpoznawaniu osteoporozy. Proste diagnostyczne postępowanie lekarzy Kliniki w drugim roku obserwacji (wywiady, Rtg kości) pozwoliły rozpoznać szereg klinicznie zaawansowanych przypadków osteoporozy i wdrożyć leczenie. Oddział szpitalny, gdzie pobyt pacjenta jest incydentalny, nie jest jednak przygotowany do badań profilaktycznych. Jest tu do spełnienia rola dla lekarza rodzinnego. Istnieje konieczność większej aktywności w rozpoznawaniu osteoporozy na wszystkich etapach kontaktu pacjenta z lekarzem.

**P09**

### **OSTEOPOROSIS – THE BIGGER ACTIVITY IS NEEDED IN RECOGNIZING THE DISEASE**

Przedlacki J., Zaczek E., Grzejszczak A., Wieliczko M., Oręziak M., Kulicki P., Niemczyk L., Sowa E., Matuszkiewicz-Rowińska J.

Chair and Department of Internal Medicine and Nephrology, Medical University of Warsaw

Keywords: Osteoporosis, diagnostics, epidemiology

Frequency of osteoporosis, regarded as the social disease, was appearing small on the basis of the observation of patients admitted to our clinic. The aim of the study was: 1) the evaluation of the frequency of osteoporosis among our patients during 1 year of observation (20.10.2003-19.10.2004) on the basis of preliminary diagnoses leaned on information obtained from patients and the medical documentation delivered by patients; 2) in the other phase (20.10.2004 – 21.03.2005) – estimation of impact of active working of doctors of the clinic for increasing the frequency of recognizing of the disease. 1533 patients were being hospitalized in the first year of the observation in the clinic (866 females and 667 males) aged 15-104 years ( $63.3 \pm 18.8$ ). 838 patients were above 65 years old (517 women and 321 men). Diagnosis of osteoporosis with or without bone fractures was giving by 42 patients (2.7% of all patients and 5.0% above 65 years).

Thirty-five patients were giving the information on of bone fracture (spine in 8, proximal femur in 17). Fourteen of them had the osteoporosis recognized at the same time. Part of patients with diagnosis of osteoporosis and/or with bone fracture had the treatment recommendation when they were discharged from the clinic: with the vit D3 and/or calcium – 9 patients, bisphosphonates with vit. D3 and calcium – 1 patient, 2 patients were directed to the Osteoporosis Outpatients Center, 31 didn't have recommendation for the drug treatment. 366 patients (170 females and 196 males) were admitted to the part of the clinic led by the author in the second period of observation. There were 229 patients older than 65 years. Six patients were giving the diagnosis of the osteoporosis with or without bone fractures (1.6% of all patients and 2.6% of above 65 years old). Eleven were giving bone fractures (spine in 3, proximal femur in 4); 1 from among them had the osteoporosis recognized at the same time. There were 16 patients with diagnosis (history taking, bone X-ray) of not treated osteoporotic fractures (10 of spine, 6 of proximal femur) and the treatment was started (most often bisphosphonates, wit D3, calcium) in 14 of them (2 patients died) and the referral to the Outpatients Osteoporotic Center was recommended. All these patients had the contact with the doctor after bone fractures. All patients above 65 years old (without the generalized neoplasm disease, chronic renal insufficiency and with good logical contact) without bone fracture were referred to the Osteoporosis Outpatient Center in the purpose of examinations of osteoporosis. Phone calls were carried out after 3 months with 24 patients. Eleven patients weren't interested in diagnostics, 10 intended to report to the outpatient center, 3 were reported and the osteoporosis wasn't recognized.

Conclusion: obtained results allow to conclude on insufficient activity of doctors, in particular of the primary doctors, but working at the hospital also, in recognizing the osteoporosis. Simple diagnostic procedures performed by doctors of the Department in the second year of the observation (history

taking, bone X-ray) let the recognition of some clinically advanced cases of the osteoporosis and to put the treatment into practice. Hospital, where the patient's stay is incidental, is not however prepared for preventive examinations. This part of action ought to be reserved for the family doctors rather. There is the necessity of the bigger activity in recognizing the osteoporosis at the all stages of the patient's contact with the doctors.