

# Kompleksowe leczenie osteoporozy

## STRESZCZENIE

Osteoporoza należy do chorób o zasięgu społecznym. Lekarz rodzinny (LR) powinien dążyć do przekazania swoim pacjentom jak najpełniejszej wiedzy na temat tej choroby i sposobów jej zapobiegania. Odpowiednie postępowanie profilaktyczne może nie tylko opóźnić wystąpienie choroby i spowolnić jej przebieg, ale nawet nie dopuścić do ujawnienia zaburzenia. Przekazanie informacji o znaczeniu stylu życia, zachęcanie do odpowiedniej suplementacji witaminą D<sub>3</sub> i preparatami wapnia może zapewnić bardziej aktywny udział pacjentów w trosce o zachowanie zdrowia. W razie stwierdzenia przez LR wyższego niż 20% 10-letniego ryzyka złamania należy włączyć terapię farmakologiczną lekami rekomendowanymi do leczenia osteoporozy. W razie wątpliwości LR kieruje chorego na konsultację bądź leczenie w poradniach specjalistycznych. W razie wystąpienia złamań kostnych LR powinien zwrócić uwagę na to, czy i w jaki sposób kontynuowane jest leczenie specjalistyczne. Należy dążyć do zapewnienia kompleksowej opieki nad chorym, w tym działań rehabilitacyjnych oraz pomocy psychologicznej. Niniejsza praca ma być pomocą dla LR w podejmowaniu decyzji terapeutycznych w praktykach podstawowej opieki zdrowotnej.

słowa kluczowe: osteoporoza, złamanie, rokowanie, jakość życia

**Z**mniejszenie śmiertelności niemowląt, małych dzieci i kobiet rodzących przy zmniejszeniu liczby urodzeń obok coraz skuteczniejszej terapii wielu chorób zmieniło przekrój demograficzny społeczeństw krajów rozwiniętych. W tych społecznościach zaznacza się przewaga osób w coraz starszym wieku. Wobec zmniejszającej się populacji osób młodych, coraz większego znaczenia nabierają działania organizacyjne mające na celu zapewnienie opieki medycznej wszystkim obywatelom, a zwłaszcza osobom w starszym wieku.

Wśród licznych chorób dotykających przede wszystkim tę populację, szczególnie często występuje osteoporoza. Wielu z tych chorych wymaga okresowo lub przewlekłe, częściowej lub stałej opieki. Postępowanie medyczne, oprócz skutecznych metod diagnostyki i terapii, powinno łączyć się z zapewnieniem jak najwyższej jakości życia. Optymalna terapia wymaga nie tylko wydłużenia życia chorych, ale równoległe zapewnienia jego dobrej jakości [1].

Dla przebiegu każdej choroby decydujące znaczenie ma odpowiednio wczesne rozpoznanie i wprowadzenie leczenia. Według definicji

**Wanda Horst-Sikorska**

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,  
Akademia Medyczna  
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu



**Optymalna terapia wymaga nie tylko wydłużenia życia chorych, ale równoległe zapewnienia jego dobrej jakości**

**Adres do korespondencji:**  
prof. dr hab. med. Wanda Horst-Sikorska  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań  
e-mail: wanhorsi@ump.edu.pl

Copyright © 2007 Via Medica  
ISSN 1897-3590

**”**  
**Osteoporoza to uogólniona choroba szkieletu, charakteryzująca się zaburzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej zarówno w sensie ilościowym, jak i jakościowym, zwiększająca ryzyko złamań kości**

**”**  
**Każdy lekarz rodzinny powinien ocenić prawdopodobne ryzyko wystąpienia osteoporozy i złamania w populacji swych pacjentów**

IOF, osteoporoza to uogólniona choroba szkieletu, charakteryzująca się zaburzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, zarówno w sensie ilościowym, jak i jakościowym, zwiększająca ryzyko złamań kości. Niestety nadal często się zdarza, że rozpoznanie choroby następuje dopiero po pierwszym lub nawet po kolejnymiskoenergetycznym złamaniu kości. Niebezpieczeństwo złamania w przypadku chorych bez postawionego rozpoznania jest szczególnie wysokie, ponieważ zwykle nie identyfikują oni poziomu ryzyka takiego zdarzenia. Do złamania kości w przypadkach osteoporozy może dojść po zadziałaniu naprawdę niewielkiego bodźca. Stąd często „wypadek” zdarza się we własnym domu — wystarczy potknięcie się, podparcie lub upadek z tak zwanej własnej wysokości i pod wpływem ciężaru ciała zmieniosteoporotycznie kość łamie się.

Zgodnie ze standardem postępowania [2] każdy lekarz rodzinny powinien ocenić prawdopodobne ryzyko wystąpienia osteoporozy i złamania w populacji swych pacjentów. Droga realizacji tego zamierzenia jest stwierdzenie obecności tak zwanych klinicznych czynników ryzyka złamania osteoporotycznego. Do grupy osób narażonych na wystąpienie osteoporozy należą:

- kobiety po menopauzie po 65. roku życia, mężczyźni po 70. roku życia;
- osoby z przebyłym złamaniem niskourazowym oraz dzieci rodziców, u których wystąpiło osteoporotyczne złamanie bliższego końca kości udowej;
- osoby ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, *body mass index*) < 18 kg/m<sup>2</sup>;
- palacze tytoniu;
- chorzy aktualnie lub w przeszłości stosujący steroidoterapię (w tym także wziewną) oraz ci, u których rozpoznano choroby wykazujące istotny wpływ na metabolizm kostny i zwiększające ryzyko złamań (konieczne leczenie w odpowiednich poradniach specjalistycznych).

Należy podkreślić, że na zwiększone prawdopodobieństwo osteoporozy mają

wpływ przyzwyczajenia i styl życia nie tylko aktualny, ale realizowany w młodości. Stąd tak istotne jest właściwe informowanie społeczeństwa o pozytywnej roli właściwego odżywiania, rekreacyjnego, a nie wyczynowego uprawiania sportu oraz unikania nałogowego picia kawy, nadmiernego spożycia alkoholu i palenia tytoniu. Wobec każdego pacjenta należy prowadzić działania edukacyjne informujące o możliwości wystąpienia osteoporozy i jej powikłań. Wszystkie osoby żyjące w naszej szerokości geograficznej powinny stosować adekwatną suplementację witaminą D<sub>3</sub> i wapnia (wliczając w to spożycie dietetyczne) [3].

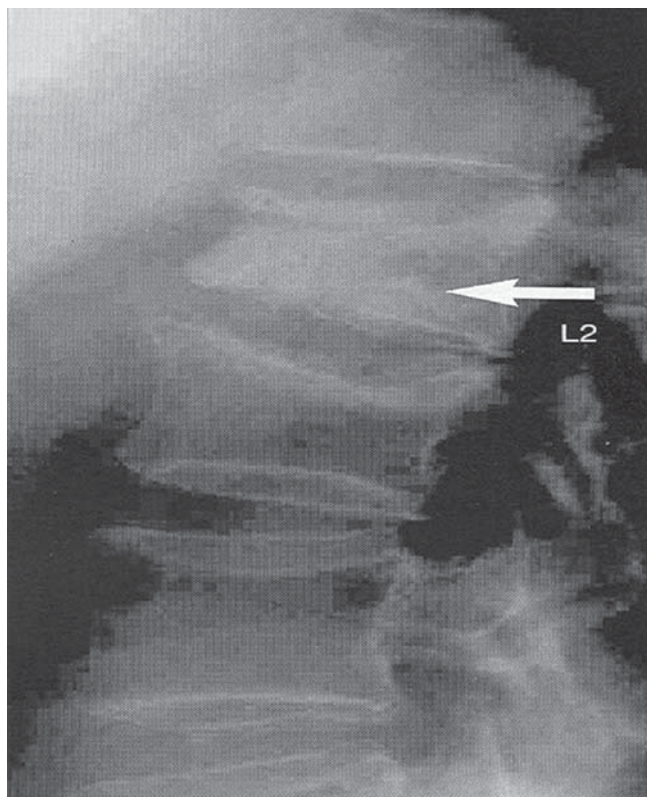
W badaniu przedmiotowym, możliwym do przeprowadzenia w praktykach, sygnałem alarmującym jest stwierdzenie:

- utraty wzrostu powyżej 2 cm;
- pogłębiającej się kyfozy piersiowej;
- skrócenia odległości między łukami żebrowymi a talerzami kości biodrowej;
- odległości głowa–ściana > 20 cm;
- częstości upadków powyżej 2 rocznie.

Dla rozpoznania osteoporozy nie jest bezwzględnie potrzebne w każdym przypadku badanie densytometryczne mineralnej gęstości kości. Wstępnie rozpoznanie osteoporozy postawione na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego może potwierdzać radiologiczne zdjęcie kości. Typowe objawy to tzw. „obrysowanie kości ołówkiem”, obniżenie wysokości trzonu, trzon klinowaty lub soczewkowaty. Na rycinach 1 i 2 przedstawiono typowy obraz osteoporotycznych zmian w obrębie kręgosłupa.

Wiele chorób występujących niezależnie w ciągu życia może powodować występowanie tzw. wtórnej osteoporozy. W tabeli 1 przedstawiono jednostki chorobowe zakłócające metabolizm kości i zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia osteoporozy.

Także osoby, które długotrwale stosują pewne leki, są bardziej narażone na wystąpienie choroby. W tabeli 2 przedstawiono te grupy leków.



**Rycina 1.** Osteoporotyczne złamanie trzonu L2 (trzon klinowaty)



**Rycina 2.** Osteoporotyczne złamanie trzonu D10 (trzon soczewkowaty)

**Tabela 1**

**Choroby zwiększające ryzyko osteoporozy**

Endokrynopatie	Choroby gastroenterologiczne	Niewydolność nerek	Choroby nowotworowe
Zaburzenia/brak/ miesiączkowania	Celiakia i zespoły złego wchłaniania		
Nadczynność przytarczyc	Ciężka niewydolność wątroby		
Nadczynność tarczycy	Operacyjne leczenie otyłości		
Nadczynność kory nadnerczy pierwotna i wtórna			
Hipogonadyzm			

**Tabela 2**

**Preparaty farmakologiczne, których stosowanie zwiększa ryzyko osteoporozy**

**Glikokortykosteroidy stosowane w dawce powyżej 5 mg/dobę (w przeliczeniu na prednizon), dłużej niż 3 miesiące**

- Hormony tarczycy w dawkach supresyjnych
- Antymetabolity i leki immunosupresyjne
- Antykoagulanty
- Leki przeciwpadaczkowe (fenytoina, fenobarbital)
- Agoniści GnRH
- Inhibitory aromatazy

**W celu zapewnienia skutecznego leczenia nieodzowna jest akceptacja ze strony chorego**

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 rozpowszechnioną chorobą przewlekłą, a wystąpienie złamania kości w sposób bardzo wyraźny pogarsza jakość życia chorych.

W celu oceny jakości życia pacjenta konieczne jest holistyczne spojrzenie uwzględniające jego stan fizyczny i psychiczny. Deklaracja takiego traktowania chorego jest powszechna dla wszystkich specjalności lekarskich, w szczególności lekarzy rodzinnych. Z uwagi na możliwość długiej obserwacji pacjentów, wiedzy o wszystkich chorobach, które ich spotykają, oraz znajomości warunków panujących w ich domu i w pracy to właśnie lekarz rodzinny może poszczycić się najbardziej holistycznym podejściem do pacjenta.

Włączenie leczenia farmakologicznego w przypadku, gdy nastąpił rozwój choroby, w szczególności, gdy już doszło do osteoporozy złamania, nie budzi wątpliwości. Ważne jest, by podstawą do rekomendowania leku były pozytywne wyniki badań, które są dowodem na skuteczność medykamentu w redukowaniu ryzyka złamań kości. Grupy powyższych leków przedstawia tabela 3.

W celu zapewnienia skutecznego leczenia nieodzowna jest akceptacja ze strony chorego. Wyniki obserwacji wskazują, że pacjent z obniżoną na skutek choroby oceną jakości swego życia jest mniej skłonny do

współpracy z lekarzem. Udowodniono, że wartość własnej oceny jakości życia może mieć pozytywny lub negatywny wpływ na rokowanie w przypadku choroby.

W ocenie jakości życia należy uwzględnić jej aktualny poziom oraz monitorować, w jaki sposób zalecane postępowanie lekarskie zmienia ten stan.

Na jakość życia mają wpływ wszystkie zmiany zdrowia, stanu fizycznego, psychicznego oraz możliwości realizowania własnych zamierzeń. Następstwem osteoporozy mogą być wady 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. W rezultacie może stać się to przyczyną obniżonego nastroju, depresji, lęków oraz utraty energii życiowej. Złamanie kości jest traumatycznym przeżyciem dla chorego, wiąże się bowiem z dolegliwościami bólowymi, ograniczeniem aktywności życiowej, długotrwałą i żmudną rehabilitacją.

W postrzeganiu jakości życia szczególne miejsce ma właśnie odczuwanie bólu.

Ograniczenia aktywności, konieczność korzystania z pomocy osób trzecich, zmiany wyglądu często są powodem niskiej samooceny pacjenta. W skrajnych przypadkach może z tego powodu dochodzić do izolacji społecznej.

Do oceny wpływu osteoporozy na jakość życia pacjenta służy polecany przez IOF kwestionariusz Qualeffo. W tabeli 4 przedstawiono wzór tego kwestionariusza we własnej modyfikacji.

**Tabela 3**

**Środki farmakologiczne rekomendowane w leczeniu osteoporozy**

Lek	Nazwa handlowa
Alendronian	Fosamax, Ostemax, Ostenil, Ostolek, Alendronat
Rizedronian	Actonel
Ibandronian	Bonviva
Raloksyfen	Evista
Kalcytonina donosowa	Miacalcic, Tonocalcin
Teryparatyd	Forsteo
Ranelinian strontu	Protelos

**Tabela 4**

**Wzór kwestionariusza oceniającego jakość życia u kobiet z osteoporozą pomenopauzalną**

**Część I. Pytania dotyczące występowania dolegliwości związanych z osteoporozą**

1. Kiedy rozpoznano u Pani osteoporozę?
2. Czy miewa Pani dolegliwości bólowe?
3. Czy dolegliwości bólowe wymagają stosowania środków przeciwbólowych?
4. Czy wystąpiły widoczne zmiany w sylwetce ciała?

**Część II. Poniższe pytania dotyczą sytuacji, które w związku z osteoporozą sprawiają Pani/Panu trudności. Proszę postawić krzyżyk przy każdej czynności, która sprawia Pani problem**

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| Siedzenie lub leżenie w łóżku      | <input type="checkbox"/> |
| Mycie i ubieranie się              | <input type="checkbox"/> |
| Chodzenie po płaskim terenie       | <input type="checkbox"/> |
| Wchodzenie po schodach             | <input type="checkbox"/> |
| Szybkie poruszanie się             | <input type="checkbox"/> |
| Uprawianie sportu                  | <input type="checkbox"/> |
| Dźwiganie ciężarów                 | <input type="checkbox"/> |
| Wykonywanie prostych prac domowych | <input type="checkbox"/> |

**Część III. Poniższe pytania dotyczą innych problemów związanych z Pani chorobą. Proszę postawić krzyżyk przy każdym twierdzeniu, które odnosi się do Pani**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Ograniczenia ruchowe i bólowe są dla mnie krępujące w obecności innych | <input type="checkbox"/> |
| Moja choroba wpłynęła na moje układy rodzinne                          | <input type="checkbox"/> |
| Moja choroba jest uciążliwa dla rodziny i przyjaciół                   | <input type="checkbox"/> |
| Samodzielne wyjście z domu wywołuje u mnie niepokój                    | <input type="checkbox"/> |
| Z powodu choroby pogorszeniu uległo moje życie seksualne               | <input type="checkbox"/> |
| Nie spodziewam się poprawy stanu mojego zdrowia                        | <input type="checkbox"/> |
| Z powodu mojej choroby stałam się mniej sprawna                        | <input type="checkbox"/> |
| Ćwiczenia fizyczne są dla mnie ryzykowne                               | <input type="checkbox"/> |
| Wydaje mi się, że każdy ruch wymaga szczególnej uwagi                  | <input type="checkbox"/> |
| Ćwiczenia fizyczne są dla mnie konieczne                               | <input type="checkbox"/> |

**Część IV. Poniższe pytania dotyczą rodzaju aktywności życiowej, które wg Pani mogą być utrudnione przez chorobę. Proszę postawić krzyżyk przy tych twierdzeniach, które są prawdziwe w Pani przypadku**

1. Choroba utrudnia mi wykonywanie takich czynności, jak: wnoszenie rzeczy po schodach, lekkie prace ogrodowe, taniec, spacerowanie, rekreacyjna jazda na rowerze  
 Tak  Nie
2. Choroba utrudnia mi wykonywanie takich czynności, jak: bieganie, gra w tenisa, ciężka praca fizyczna, intensywne uprawianie sportu, praca umysłowa  
 Tak  Nie
3. Mimo choroby mogę wykonywać następujące czynności:

Pracować zawodowo	<input type="checkbox"/>
Korzystać z rozrywek	<input type="checkbox"/>
Samodzielnie robić zakupy	<input type="checkbox"/>
Prowadzić życie towarzyskie	<input type="checkbox"/>
Podróżować	<input type="checkbox"/>
4. Pani choroba może wywoływać zmiany w samopoczuciu. Proszę zaznaczyć te uczucia, których Pani doświadcza najczęściej

<input type="checkbox"/> Brak apetytu	<input type="checkbox"/> Spokój	<input type="checkbox"/> Radość
<input type="checkbox"/> Napięcie	<input type="checkbox"/> Zmęczenie	<input type="checkbox"/> Zobojętnienie
<input type="checkbox"/> Przygnębienie	<input type="checkbox"/> Zadowolenie	<input type="checkbox"/> Poczucie poważnej choroby
<input type="checkbox"/> Bóle głowy	<input type="checkbox"/> Brak energii	<input type="checkbox"/> Lęk
<input type="checkbox"/> Bezsenność	<input type="checkbox"/> Nadmierna pobudliwość	<input type="checkbox"/> Brak nadziei
<input type="checkbox"/> Zmienność nastroju	<input type="checkbox"/> Brak zmian w samopoczuciu	

cd. →



**Tabela 4**

**Wzór kwestionariusza oceniającego jakość życia u kobiet z osteoporozą pomenopauzalną**

5. Czy w związku z chorobą osiągnęła Pani w ostatnim miesiącu mniej, niż chciała?  
 Tak  Nie

6. W jakim stopniu osteoporoza utrudnia Pani normalne życie?  
 Bardzo  Średnio  Mało  Wcale

7. Choroba mogła wpłynąć na Pani zachowanie. Proszę postawić krzyżyk przy tych zachowaniach, które mogą wynikać z choroby

Unikam ludzi	<input type="checkbox"/>
Łatwo się denerwuję	<input type="checkbox"/>
Częściej płaczę	<input type="checkbox"/>
Prowadzę oszczędzający tryb życia	<input type="checkbox"/>
Stałam się bardziej aktywna	<input type="checkbox"/>
Rzadziej spotykam się z ludźmi	<input type="checkbox"/>
Bardziej o siebie dbam	<input type="checkbox"/>
Często odwiedzam lekarza	<input type="checkbox"/>
Więcej uwagi poświęcam zdrowiu	<input type="checkbox"/>
Stałam się bardziej towarzyska	<input type="checkbox"/>
Mniej czasu poświęcam rodzinie	<input type="checkbox"/>
Stałam się bierna	<input type="checkbox"/>
Chętnie korzystam z pomocy innych	<input type="checkbox"/>
Nic nie zmieniłam w moim postępowaniu	<input type="checkbox"/>

**Część V**

1. Jakie zmiany choroba wywołała w Pani życiu?  
 Niekorzystne  Korzystne  Obojętne

2. Czy według Pani osteoporoza jest chorobą:  
 Łagodną  Niebezpieczną  Ciężką

3. Ile Pani wie na temat swojej choroby?  
 Nic   
 Niewiele   
 Ani za wiele, ani za mało   
 Wystarczająco wiele   
 Bardzo wiele

4. Czy jest Pani zadowolona z przebiegu leczenia?  
 Tak  Nie

5. Czy stosuje się Pani skrupulatnie do wszystkich zaleceń lekarskich?  
 Tak  Nie  Częściowo

6. Jakie przyczyny — w Pani opinii — wywołały chorobę?  
 Niezdrowy tryb życia   
 Błędy dietetyczne   
 Ciężka praca   
 Skłonności rodzinne   
 Brak aktywności   
 Kłopoty rodzinne   
 Przypadek

7. Od kiedy stosuje Pani leczenie, zauważyła Pani:  
 Wyraźną poprawę samopoczucia   
 Poprawę sprawności ruchowej   
 Mniej dolegliwości bólowych   
 Zmniejszony niepokój   
 Lepszy nastrój

8. Jaką formę leczenia uważa Pani za najskuteczniejszą?

Negatywne postrzeganie jakości życia w ocenie pacjenta chorującego na osteoporozę ma wpływ na zwiększone ryzyko zgonu. Taką zależność wykazano w doniesieniach różnych autorów oraz w badaniach własnych, dotyczących grupy chorych ze złamaniemiskoenergetycznym [4]. Trzeba tu zauważyć, że obserwacja przeprowadzona w polskiej populacji na niekorzyść odbiega od wyników innych badań. Śmiertelność chorych z osteoporozą po złamaniu bliższego końca kości udowej w różnych populacjach przedstawiono w tabeli 5.

W ocenie jakości życia przez pacjenta, obok nagłego zdarzenia, jakim jest złamanie kości, ważne znaczenie ma rodzaj terapii, jej komfort lub uciążliwość. Leczenie złamania kości wiąże się z unieruchomieniem. Wprawdzie złamanie kości zaopatrzone chirurgicznie umożliwia wcześniejszą rehabilitację i zmniejsza ryzyko powikłań zatorowo-zakrzepowych i infekcyjnych, jednak chirurgiczne metody leczenia złamań również mogą stanowić dodatkowe źródło bólu, który wiąże się z zabie-

giem 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.

Jak wspomniano wcześniej, pacjenci z dolegliwościami bólowymi 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 prowadzącym. Jest on dla pacjenta źródłem informacji o leczeniu, możliwych powikłaniach oraz działaniach niepożądanych leków. Poprawna komunikacja lekarz–pacjent,



**Negatywne postrzeganie jakości życia w ocenie pacjenta chorującego na osteoporozę ma wpływ na zwiększone ryzyko zgonu**

**Tabela 5**

**Zestawienie badań obrazujących zależność między złamaniem bliższego końca kości udowej a śmiertelnością [5–10]**

Autor — kraj	Liczba pacjentów ze złamaniem szyjki kości udowej	Średnia wieku (lata)	Śmiertelność
Sikand M. i wsp. — Anglia	139	78	25,9% po roku
Ooi i wsp. — Singapur	84 (73♀ i 11♂)	Brak danych	49% po 2 latach
Bovy P. i wsp. — Belgia, Francja	189 (147♀ i 42♂)	80,9	19% po roku
Willing R. i wsp. — Finlandia	200	77	14% po roku
Heikkinen T. i wsp. — Finlandia	196	79	14,8% po 4 miesiącach i 22,45% po roku
Andress H.J. i wsp — Niemcy	127	77,2	Szpitalna 3,2%, 19,7% po roku
Weller P.D. i wsp. — Kanada	57 315	81,4♀ i 77,7♂	24% po roku (31%♂ i 21%♀)
Brossa T. i wsp. — Hiszpania	194 ze złamaniem i 184 bez złamania	> 50. roku życia	Po 3 latach 40% po złamaniu i 16,5% bez złamania
Jitapunkul S. i wsp. — Tajlandia	120 ze złamaniem i 120 bez złamania	> 50. roku życia	15% po złamaniu i 6,6% bez złamania po roku
Horst-Sikorska W. i wsp. — Polska	43 pacjentów po operacji	77,5 80,6♀ i 67,4♂	46,5% po roku



**Leczenie przeciwbólowe — obok leczenia zmniejszającego ryzyko złamań — powinno się znajdować w standardach postępowania u chorych z osteoporozą. Leczenie osteoporozy powinno być prowadzone do końca życia**

przebiegająca w atmosferze wzajemnego zaufania, przyczynia się do zrozumienia przez pacjenta celowości terapii osteoporozy, która polega 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 tego stanu rzeczy. Chorzy uwa-

żają, że najskuteczniejszym sposobem motywacji jest strategia podkreślania korzyści wynikających z proponowanej terapii. Niestety, jak wykazano w badaniach, lekarze raczej preferują „straszenie” powikłaniami choroby.

Poprawa wyników leczenia osteoporozy ma zatem większe szanse powodzenia, o ile uda się włączyć do standardów terapii choroby zalecenia dotyczące badania stopnia jakości życia chorych, obowiązkową analizę przyczyn jego niskiej oceny i podjęcie próby poprawy sytuacji dostępnymi metodami farmakologicznymi i nefarmakologicznymi.

## PIŚMIENNICTWO

1. Jitapunkul S., Yuktanandana Consequences of hip fracture among Thai women aged 50 years and over: a prospective study. *J. Med. Assoc. Thai* 2000; 83 (12): 1447–1451.
2. Lorenc R., Glusko P., Karczmarewicz E. i wsp. Obniżenie częstości złamań poprzez efektywną profilaktykę i leczenie. Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie — konsensus 2007.
3. Bischoff-Ferrari H.A. 2007. How to select the doses of vitamin D in the management of osteoporosis. *Osteoporosis International Online First* 10.1007/s00198-006-0293-9.
4. Celczyńska-Bajew L., Horst-Sikorska W., Warmuz-Stangierska I. i wsp. Jakość życia u kobiet z osteoporozą pomenopauzalną. *Geriatr. Pol.* 2006; t. 2, nr 3: 190–197.
5. Sikand M., Wenn R., Moran C.G. Mortality following surgery for undisplaced intracapsular hip fractures. *Injury* 2004; 35 (10): 1015–1019.
6. Bovy P., Jolly S., Dropsy S. i wsp. Results of rehabilitation on quality of walking and outcome in elderly patients following femoral neck fracture. Development after one year. *Ann. Readapt. Med. Phys.* 2002; 45 (1): 19–25.
7. Heikkinen T., Partanen J., Ristiniemi J. i wsp. Evaluation of 238 consecutive patients with the extended data set of the Standardised Audit for Hip Fractures in Europe (SAHFE). *Disabil Rehabil.* 2005; 27 (18–19): 1107–1115.
8. Andress H.J., Forkel H., Grubwinkler M. i wsp. Treatment of per- and subtrochanteric femoral fractures by gamma nails and modular hip prostheses. Differential indications and results *Unfallchirurg.* 2000; 103 (6): 444–451.
9. Brossa Torruella A., Tobias Ferrer J., Zorrilla Ribeiro J. i wsp. Mortality after hip fracture: a three year follow-up study. *Med. Clin. (Barc.)* 2005; 124 (2): 53–54.
10. Jitapunkul S., Kunanusont C., Phoolcharoen W. i wsp. Determining public health priorities for an ageing population: the value of a disability survey. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health* 2003; 34 (4): 929–936.