

Влияние менопаузального остеопороза на изменения качества жизни пациенток

И. Т. Кишакевич

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости оценки качества жизни и степени выраженности остеопороза у женщин как с естественной менопаузой, так и при развитии климактерического синдрома, в том числе после хирургической менопаузы. Полученные результаты позволяют разработать эффективные диагностические и лечебно-профилактические мероприятия для улучшения качества жизни женщин в постменопаузальный период, а также для профилактики менопаузального остеопороза.

Ключевые слова: менопауза, остеопороз, качество жизни.

В современной медицине важное место занимает представление о влиянии остеопороза (ОП) на качество жизни (КЖ) женщин в период постменопаузы. Однако в научных исследованиях, посвященных этому вопросу, недостаточно внимания уделяется изменениям физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больных в период естественной и хирургической постменопаузы при ОП [1–5].

Современным стандартом диагностики ОП является двухэнергетическая рентгенологическая абсорбциометрия. Существует более безопасный и экономичный метод – ультразвуковая денситометрия (УЗД), но нормативные показатели скорости ультразвуковой волны (SOS) для различных областей периферического скелета отсутствуют [1–5]. Вместе с тем комплексная оценка динамики показателей КЖ больных с постменопаузальным ОП остается недостаточно изученной.

Целью работы было изучение влияния постменопаузального ОП на изменения качества жизни пациенток для разработки параметров динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критериями включения женщин в исследование являлись: наличие естественной постменопаузы (ЕПМ) или хирургической постменопаузы (ХПМ) вследствие двусторонней овариэктомии/аднексэктомии, надвлагалищной ампутации/экстирпации матки с/без придатков. Критерии исключения: возраст более 65 лет, тяжелые сопутствующие соматические заболевания, способствующие развитию вторичного ОП, длительный прием препаратов, снижающих минеральную плотность костей.

Для разработки нормативных показателей УЗД периферического скелета обследованы 200 практически здоровых женщин в возрасте от 25 до 65 лет. При наличии менопаузы в исследование включены только женщины с естественной менопаузой. Группы женщин формировались по пятилетним возрастным интервалам: 25–29 лет (20 человек), 30–34 года (40), 35–39 лет (20), 40–44 года (20), 45–49 лет (30), 50–54 года (30), 55–59 лет (20) и 60–65 лет (20).

Мониторинг показателей КЖ проводился у 162 женщин с ЕПМ и ХПМ, из которых были сформированы 3 группы:

I (основная) группа – 35 женщин с остеопенией и ОП, получавших заместительную гормональную терапию (ЗГТ) в течение 12 мес. Из них у 10 (28,6%) больных была ЕПМ, а у остальных 25 (71,4%) – ХПМ. 27 женщин получали непрерывную комбинированную ЗГТ (эстрадиола валерат 2 мг; и диеногест 2 мг; эстрадиола 1 мг и дидрогестерона 5 мг, эстрадиола 1 мг и дроспиренона 2 мг); 3 пациентки – непрерывную монотерапию эстрогенами; 5 женщин – тканеселективный модулятор эстрогеновых рецепторов (тиболон). В течение первых 3 мес от лечения отказались 5 больных;

II (контрольная) группа сформирована из 63 больных с остеопенией и ОП, получавших диету, богатую кальцием (1200–1500 мг кальция в сутки). Из них у 25 (39,7%) женщин была в ЕПМ и у 38 (60,3%) – ХПМ.

III группа (сравнения) представлена 64 женщинами с ХПМ без остеопении и ОП.

Для оценки конструктивной валидности специального опросника ОРАQ проведена перегруппировка пациенток в соответствии с требованиями метода «известных групп». В группу женщин с ЕПМ (n=37) включены 11 пациенток I и 26 – II группы; с ХПМ (n=61) – 24 из I и 37 – из II группы. Группа больных с остеопоротическими переломами в анамнезе (n=23) состояла из 8 женщин I и 15 – II группы; без переломов (n=75) – из 27 женщин I и 48 – II группы; с болевым синдромом в области позвоночника (n=88) – из 30 пациенток I и 58 – II группы; без болевого синдрома (n=10) по 5 женщин из I и II группы. В группу больных с наличием остеопении (n=46) вошли 17 женщин I и 29 – II группы; с остеопорозом (n=52) – 18 женщин I и 34 – II группы.

Темпы старения определены в I группе у 12 пациенток до приема ЗГТ и у 6 женщин после 12 мес лечения. Однократно обследованы 16 больных II группы до назначения питания, богатого кальцием, и 21 женщина III группы. У всех пациенток была ХПМ.

Группы женщин были сопоставимы по основным характеристикам. Средний возраст составил в I группе 53,6±5,5 года, во II – 54,9±7 и в III – 53,5±5,1 года. Время наступления менопаузы в I группе – 48,2±4 года, во II – 47,7±5,7 и в III – 48,7±4,4 года. Хирургическое вмешательство у 25 (71,4%) женщин I и у 38 (60,3%) II группы привело к наступлению преждевременной менопаузы: в 47,7±4 года и в 47,8±8,3 года соответственно. У женщин без ОП оперативное лечение было произведено позже – в 49,1±4,9 года.

У всех женщин значение модифицированного менопаузального индекса (ММИ) соответствовало слабой степени выраженности климактерического синдрома: в I группе 27,8±9,7 балла, во II – 26,1±10,9 и в III – 26,2±9,4 балла. Индекс массы тела (ИМТ) составил: 28,2±5, 29,9±5,8 и 29,1±4,6 соответственно (избыточная масса тела).

Гипертонической болезнью страдали более 50% пациенток в каждой группе, остеохондрозом позвоночника – практически каждая вторая женщина. На втором месте в I и III группах была патология щитовидной железы (эутиреоз) – у 15 (42,9%) и 26 (40,6%) пациенток соответственно, а во II группе заболевания желчного пузыря – у 30 (47,6%). Третье место в I группе занимала патология желчевыводящей системы – в 13 (37,1%) случаях, во II – заболевания сердца у 24 (38,1%) женщин и в III – хронический гастрит (ремиссия) у 24 (37,5%).

Для выявления клинических признаков ОП проводилось физикальное исследование опорно-двигательной системы пациенток: рост, размах рук и разница этих показателей. Определяли выраженность кифоза грудного отдела и сглаженность лордоза поясничного отдела позвоночника, болезненность при пальпации остистых отростков позвонков и паравертбральных точек. Для определения подвижности позвоночника в поясничном отделе оценивали симптом Томайера.

Тяжесть климатерического синдрома определялась с помощью ММИ. Оценка состояния костной ткани проводилась методом УЗД на эхоостеометре. Измерения проводились в проекции метафизов проксимальных фаланг кистей рук, надколенника, средней трети большой берцовой и пяточной кости, на основании тела нижней челюсти справа и слева. Учитывая наличие негауссовского распределения значений SOS, с помощью логарифмических преобразований было установлено соответствие между « μ -1у», « μ -2,5 σ » и процентилями. Показатели медианы SOS между 16 и 0,988 процентилями свидетельствовали об остеопении, а значения ниже 0,988 процентиля – об остеопорозе.

Для изучения параметров КЖ женщин применялись стандартизованные опросники. Общий опросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health-Survey, автор – J.E. Ware, США, 2003) состоит из 36 вопросов, формирующих 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов соответствует высокому КЖ.

Оценка клинических параметров и КЖ больных I и II групп проводилась перед началом лечения (Т1) и через 3, 6, 12 мес наблюдения (Т2, Т3, Т4), женщины III группы обследованы в Т1 и Т4. УЗД проводилась в Т1, Т3 и Т4 у пациенток I и II групп, в Т1 и Т4 – в III группе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С помощью разработанных нами нормограмм изучена динамика показателей УЗД пациенток. Перед назначением ЗГТ из 30 больных I группы у 14 (46,7%) диагностирована остеопения, которая выявлена через 6 мес лечения у 18 (60%) больных и к 12 мес – у 6 (20%). Диагноз ОП установлен у 16 (53,3%) женщин перед ЗГТ, в Т3 – у 4 (13,3%) и в Т4 – ни у одной пациентки. Через 6 мес терапии показатели УЗД нормализовались у 8 (26,7%) больных, а к 12 мес у большинства женщин – 24 (80%).

У пациенток II группы до назначения диеты, богатой кальцием, остеопения отмечена у 29 (46%), в Т3 наблюдения – у 34 (54%) и в Т4 – у 32 (50,8%). У 34 (54%) больных в Т1 выявлен ОП, который сохранялся к Т3 у 21 (33,3%) и к Т4 – у 15 (23,8%) женщин. Через 6 мес зарегистрирована положительная динамика показателей УЗД у 8 (12,7%) и в Т4 – у 16 (25,4%) женщин.

В III группе нормальные показатели УЗД отмечены в Т4 у большинства женщин – у 50 (78,1%), остеопения выявлена у 5 (7,8%) и ОП – у 9 (14,1%) пациенток.

Для оценки специального опросника ОРАQ были обследованы 98 больных: 35 женщин I группы и 63 пациентки II группы с постменопаузальным ОП и остеопенией. Женщины III группы не участвовали в процедуре валидации опросника в связи с отсутствием остеопении и ОП.

Внутреннее постоянство опросника изучено с помощью α -коэффициента Кронбаха, который является удовлетворительным при значении, равном или больше 0,7, чему соответствовали 14 из 18 шкал опросника. Для шкал «самообслуживание», «выполнение работы по дому» и «сон» α -коэффициент составил: 0,64, 0,67 и 0,63 соответственно. По-видимому, вопросы в этих шкалах отображают действительно тяжелое состояние больного, что приводит к «однотипности» ответов и к невысоким показателям надежности. Низкое значение α -коэффициента получено по шкале «независимость» – 0,49. Этот факт связан с небольшим количеством вопросов в шкале и со специфическим контингентом пациенток, среди которых неспособность обслуживать себя не встречалась.

При значении усредненной внутришкальной корреляции (УВК) в пределах от 0,3 до 0,8 вопросы были равномерно объединены в ту или иную шкалу опросника. Из всех шкал ОРАQ только вопросы о «независимости» имели низкую УВК, что, возможно, связано с особенностью понимания женщинами независимости, как прежде всего финансовой, а не бытовой.

Валидность опросника ОРАQ изучалась с помощью нескольких методик. Так, факторный анализ выявил наличие 7 компонентов (доменов) опросника ОРАQ, в которых шкалы имеют более сильные корреляции между собой, чем если бы они входили в разные домены: «симптомы» (СМ), «социальное взаимодействие» (СВ), «психологический статус» (ПС), «поддержка семья» (ПСД), «внешний вид и страх падения» (ВВСП), «независимость» (Н) и «физическая активность» (ФА).

Методом «известных групп» был подтвержден ряд гипотез: наличие более высокого КЖ у женщин с ЕПМ по сравнению с ХПМ (по шкалам ПД, РД); лучшее КЖ в группе без остеопоротических переломов в анамнезе против группы с переломами (БП, П, У, Р, Н, по домену ПС); значительные различия КЖ пациенток при наличии и отсутствии боли в позвоночнике (ХН, СС, П, ПСД, Б, У, УН, ВВ, по доменам ПС, СМ). Установлено снижение КЖ с увеличением возраста больных ОП (ХН, ОД, БП) и длительностью постменопаузы (ПД, ХН, СС, П, Б, С, У, УН, по доменам ФА, СМ). Различия параметров КЖ женщин в зависимости от наличия остеопении или ОП не обнаружены.

Чувствительность специального опросника ОРАQ оценивалась в I группе до назначения ЗГТ (Т1) и через 3 мес лечения (Т2). Выявлено статистически значимое улучшение показателей 9 шкал и 2 доменов ОРАQ (ПС, СМ). Чувствительность опросников ОРАQ и SF-36 являлась сопоставимой.

Влияние постменопаузального ОП на КЖ больных мы изучили среди пациенток I и II группы в общей совокупности и сравнили их с показателями КЖ женщин III группы без ОП. Применялась методология комплексного исследования КЖ, включающая два общих опросника – SF-36, EQ-5D и один специальный ОРАQ, который заполняли только больные ОП.

По данным SF-36 при ОП значительно снизилось ФФ больных – $64,5 \pm 20,4$ (среднее \pm стандартное отклонение) балла по сравнению с женщинами без ОП – $74,7 \pm 18,3$ балла ($p=0,0013$). Показатели шкал РФФ, РЭФ и СФ имели

довольно яркую тенденцию к ухудшению при ОП, однако Б, ОЗ, Ж и ПЗ были практически одинаковыми у всех женщин.

При наличии ОП значения индекса здоровья опросника EQ-5D ($0,64 \pm 0,2$ при ОП vs $0,68 \pm 0,19$ без ОП) и «термометра здоровья» ($61,5 \pm 16,6$ vs $66,0 \pm 17,1$ балла) также имели тенденцию к снижению.

Интегральный профиль КЖ больных ОП показал ухудшение параметров шкал У ($5,4 \pm 1,8$ балла), УН ($5 \pm 1,8$), БП ($4,4 \pm 2,5$), С ($4,4 \pm 1,8$), СС ($3,8 \pm 2,3$) и Б ($3,8 \pm 2,4$), вследствие чего снизилась СА ($4,8 \pm 1,4$). Неспособность к самообслуживанию и выполнению работы по дому среди больных с ОП не встречалась. По остальным шкалам ОРАQ были получены значения от 1,7 до 3,5 балла. Домены ОРАQ отразили влияние ОП на КЖ в целом: ухудшился ПС ($18,7 \pm 7,3$ балла) и СМ ($17,4 \pm 6,7$), в меньшей мере ФА ($11,7 \pm 8$) и СВ ($8,3 \pm 2,9$).

Полученные результаты подтверждают отрицательное влияние постменопаузального ОП прежде всего на психологический компонент КЖ и симптомы заболевания, в меньшей мере – на физический и социальный компоненты КЖ.

Выводы

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости оценки КЖ и степени выраженности ОП у женщин как с ЕМП, так и при развитии климактерического синдрома, в том числе после ХМП. Полученные результаты позволяют разработать эффективные диа-

гностические и лечебно-профилактические мероприятия для улучшения КЖ женщин в постменопаузальный период, а также для профилактики менопаузального ОП.

Вплив менопаузального остеопорозу менопаузи на зміни якості життя пацієнток I. Т. Кишакевич

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність оцінки якості життя і ступеня вираженості остеопорозу в жінок як з природною менопаузою, так і в разі розвитку клімактеричного синдрому, у тому числі після хірургічної менопаузи. Отримані результати дозволяють розробити ефективні діагностичні і лікувально-профілактичні заходи для поліпшення якості життя жінок у період постменопаузи, а також для профілактики менопаузального остеопорозу.

Ключові слова: менопауза, остеопороз, якість життя.

Influence of menopausal osteoporosis on changes of quality of life of patients I. T. Kishakevich

Results of the spent researches testify about necessities of an estimation of quality of life and degree of expressiveness of an osteoporosis at women both with natural menopause, and at development of a climacteric syndrome, including after surgical menopause. The received results allow to develop effective diagnostic and treatment-and-prophylactic actions for improvement of quality of life of women in postmenopausal period, and also for preventive maintenance menopausal osteoporosis.

Key words: menopause, an osteoporosis, quality of life.

Сведения об авторе

Кишакевич Ирина Тарасовна – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2; тел.: (067) 764-30-95. E-mail: iryna ky@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. Здоровье женщин в климактерии. Монография. – М.: Литерра, 2010. – 244 с.
2. Сметник В.П. Некоторые аспекты перименопаузы // Климактерий и постменопауза. – 2008. – № 1. – С. 5–8.
3. Сольский Я.П., Татарчук Т.Ф. Проблеми клімаксу в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 6. – С. 72–76.
4. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи замісної терапії пери- і постменопаузальних порушень у жінок // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 2. – С. 94–98.
5. Шмелева С.В. Метаболические изменения у женщин в климактерическом периоде // Физическая реабилитация детей, взрослых и инвалидов. – 2005. – № 1 (2). – С. 7–10.

Статья поступила в редакцию 21.05.2013