

УДК 616.71-007.234

Կյանքի որակը և օստեոպորոզը**Հ.Ժ. Վարդանյան***“Մուրք Գրիգոր Լուսավորիչ” ԲԿ ծննդատուն
0056, Երևան, Գյուրջյան փ., 6*

Բանալի բառեր. կյանքի որակ, օստեոպորոզ, կոտրվածք, ոսկրերի հանքային խտություն, դաշտանադադար, սոցիալական գործառույթ, ֆունկցիոնալ սահմանափակում, դեպրեսիա

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) բնորոշման «Առողջությունը անձի լրիվ ֆիզիկական, սոցիալական և հոգեբանական բարեկեցիկ վիճակն է, այլ ոչ թե հիվանդության բացակայությունը» [75]: Ահա այս առումով, առողջության հետ կապված՝ կյանքի որակը (ԿՈ) ժամանակակից բժշկության հիմնական հասկացողություններից մեկն է, որը թույլ է տալիս իրականացնել մարդու առողջության կարևոր բաղադրիչների վերլուծություն՝ համապատասխան ԱՀԿ-ի առողջության չափանիշներին:

Գոյություն ունեն ԿՈ-ի բազմաթիվ բնորոշումներ, որոնցից յուրաքանչյուրը լրացնում և կոնկրետացնում է այն, սակայն առ այսօր չկա համընդհանուր տարածում գտած որևէ մեկ բնորոշում [7,22,23,27,30,35,55]:

Օստեոպորոզով (ՕՁ) հիվանդների մոտ կյանքի որակի հետ կապված խնդիրներն ունեն առաջնահերթ նշանակություն:

Օստեոպորոզը և դրա հետևանքով առաջացած կոտրվածքները առողջապահական կարևոր խնդիրներ են, քանզի կապված են բնակչության զգալի հատվածի հիվանդացության, հաշմանդամության, մահացության և ֆինանսական ծախսերի հետ [1, 10, 18, 67]: Ամբողջ աշխարհում առաջիկա 50 տարիների ընթացքում մեծահասակների թվի մեծացմանը զուգահեռ կկրկնապատկվի կամ կեռապատկվի կոտրվածքների թիվը: Նախնական հաշվումներով ազդրի կոտրվածքների թիվը 1990թ. 1,66 միլիոնից կհասնի 6,26 միլիոնի 2050 թվականին [25]: Հետևաբար, ՕՁ-ի և դրա հետևանք հանդիսացող կոտրվածքների մեծ հաճախությունը ձեռք են բերում կարևոր առողջապահական նշանակություն:

Ըստ գոյություն ունեցող տվյալների, ՕԶ-ի վերաբերյալ կլինիկական հետազոտությունները հիմնված են պատկերների (imaging) թեստերի վրա [16]: Սակայն այս ցուցանիշները ոչ ադեկվատ են արտահայտում ՕԶ-ի ազդեցությունը առօրյա ակտիվության վրա և էլ ավելի ոչ ադեկվատ են՝ գնահատելու ՕԶ-ի ախտանիշները և անգործունակությունը: Վերոհիշյալը ևս հիմնավորում է ԿՌ-ի գնահատման անհրաժեշտությունը ՕԶ-ի դեպքում [8]:

Այսօր մշակված են ՕԶ-ի դեպքում ԿՌ-ի գնահատման հատուկ հարցաշարեր, [15,16,28,38,41,49,51,56,63], որոնք տարբերվում են միմյանցից հետազոտվող դոմենների քանակով, գնահատումների քանակով դրանցից յուրաքանչյուրում, հուսալիությամբ և զգայունությամբ, թիրախ խմբով և արագ արձագանքելու ունակությամբ:

Մոտ 50% դեպքերում ՕԶ-ն ընթանում է անախտանիշ կամ աղքատիկ, ոչ յուրահատուկ ախտանիշներով, մինչդեռ կլինիկական պատկերը հստակ է կոտրվածքների առկայության դեպքում: Առավել վտանգավոր բարդություն է ազդրի վզիկի կոտրվածքը, որն ազդում է ոչ միայն անձի, այլ նաև հասարակության վրա [39, 43, 44, 52, 57]:

Ընդհանուր առմամբ ՕԶ-ով հիվանդների 21%-ը նշում են ԿՌ-ի վատթարացում [17]: Salaffi F. և համահեղ. գնահատել են տեղամասային պոլիկլինիկա դիմած հետդաշտանադադարային (ՀԴԴ) տարիքի 961 կանանց ԿՌ [68]: Նրանցից 244-ի մոտ (միջին տարիքը $68,1 \pm 9,9$ տ) ախտորոշվել է ՕԶ, 234-ի մոտ (միջին տարիքը $69,0 \pm 6,9$ տ)՝ ՕԶ և ողնաշարի կոտրվածք: Հսկիչ խումբ են կազմել 483 կանայք (միջին տարիքը $69,1 \pm 10,1$ տ): Ըստ տարիքի հետազոտված կանանց խմբերի միջև վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չի դիտվել: Արձանագրվել է ԿՌ-ի վատթարացում առողջության հետ կապված ԿՌ-ի բոլոր դոմեններում ՕԶ-ով և ողնաշարի կոտրվածքով կանանց խմբում ($p < 0,01$): Համաձայն de Oliveira F. և համահեղ. տվյալների դիտվում է ԿՌ-ի վատթարացում ՕԶ-ով կանանց մոտ բոլոր դոմեններում [29]: Առկա է նաև հակառակ կարծիք: Այսպես, ըստ Sanfelix-Genoves I. և համահեղ. չի արձանագրվել ԿՌ-ի տարբերություն ՕԶ-ով, առանց կոտրվածքների և ոսկրերի նորմալ հանքային խտությամբ կանանց խմբերի միջև [69]:

Մի շարք հեղինակներ փորձել են գնահատել օստեոպորոտիկ կոտրվածքների ազդեցությունը ԿՌ-ի վրա: Իրականացվել է 57141 ՀԴԴ տարիքի (55 տ և ավել) 10 տարբեր երկրներում բնակվող՝ 17 հետազոտությունների մեջ ընդգրկված կանանց տվյալների վերլուծություն: Պարզվել է, որ ողնաշարի, ազդրի պարանոցի և ազդրի կոտրվածքները բերում են ԿՌ-ի առավել վատթարացման՝ ի համեմատ կոտրվածք չունեցող կանանց: Վերը նշված 3 տեղակայման կոտրվածքներ ունե-

ցող, ինչպես նաև նախկինում բազմաթիվ կոտրվածքներ ունեցող կանանց մոտ դիտվում է ԿՈ-ի այնպիսի վատթարացում, ինչպես խրոնիկ հիվանդությունների (շաքարախտ, արթրիտ, թոքերի հիվանդություններ) ժամանակ: Հեղինակները եզրակացրել են, որ նախորդ, տարբեր տեղակայման կոտրվածքները, մասնավորապես ողնաշարի, ազդրի պարանոցի և ազդրի, կամ նույնիսկ մեկ կոտրվածքը բերում են ԿՈ-ի զգալի վատթարացման [12]:

Hall S.E և համահեղ. հետազոտել են ողնաշարի կոտրվածքով 100 հիվանդներ, որոնց տվյալները համեմատվել են նույն տարիքային խմբի 100 կանանց տվյալների հետ [36]: Հեղինակների կարծիքով, ողնաշարի կոտրվածքն ազդում է ԿՈ-ի վրա՝ բերելով վերջինիս վատթարացման: ԿՈ-ն ավելի վատ է ողնաշարի կոտրվածքով կանանց խմբում ի համեմատ ՕԶ-ով կանանց [69]: Մինչդեռ Ozgocmen S. և համահեղ. նշում են ԿՈ-ի տարբերության բացակայություն հսկիչ խմբի, ՕԶ-ով տառապող և ՕԶ-ով ու կոտրվածքներ ունեցող կանանց խմբերի միջև [60]: Ըստ ԿՈ-ի տարբերություն դիտվել է միայն մտավոր ունակությունների դոմենում: Այն եղել է ավելի վատ հսկիչ խմբի կանանց մոտ: F. de Olivira և համահեղ. տվյալներով ողնաշարի կոտրվածքը չի ցուցաբերում որևէ էական ազդեցություն ԿՈ-ի վրա [29]: Այսպես, ըստ ԿՈ-ի չի դիտվում տարբերություն ողնաշարի կոտրվածքով (23) և առանց ողնաշարի կոտրվածքի (87) կանանց միջև: Միաժամանակ ԿՈ-ն եղել է ավելի վատ առանց ողնաշարի կոտրվածքի կանանց խմբում՝ ի համեմատ հսկիչ խմբի կանանց ($p<0,05$): Նույն կարծիքն են արտահայտել նաև Lombardi I. և համահեղ.՝ հետազոտելով ՀԴԴ տարիքի 55 կանանց, որոնցից 35-ի մոտ ախտորոշվել է ՕԶ [48]: Ողնաշարի կոտրվածք արձանագրվել է ՕԶ-ով 15 կանանց մոտ: Հսկիչ խումբ են կազմել նույն տարիքի 20 կանայք: Ըստ տարիքի չի դիտվել տարբերություն հետազոտված կանանց 3 խմբերի միջև: Հեղինակները արձանագրել են ԿՈ-ի տարբերության բացակայություն հետազոտված կանանց 3 խմբերի միջև:

Ըստ Angin E. և Erden Z. ևս չի արձանագրվում ԿՈ-ի տարբերություն ՕԶ-ով տառապող կանանց խմբերում՝ անկախ ողնաշարի կոտրվածքի առկայությունից [14]:

Վերոհիշյալին հակառակ Romagnoli E. և համահեղ. արձանագրել են ԿՈ-ի վատ ցուցանիշներ ՕԶ-ով և ողնաշարի կոտրվածքով կանանց մոտ՝ ի համեմատ ՕԶ-ով կանանց [66]: ԿՈ-ի վատթարացում արձանագրվել է ֆիզիկական ($p<0,002$) և սոցիալական ($p<0,001$) գործառույթների բնագավառում: Ընդհանուր առողջությունը նույնպես գնահատվել է վատ՝ ՕԶ-ով և ողնաշարի կոտրվածքով կանանց կողմից ($p<0,01$):

Ուշադրության է արժանի van Schoor N.M. և համահեղ. Աշխատանքը [74]: Նրանք գնահատել են ԿՈ-ի փոփոխությունները՝ կապված ՕԶ-ի և ողնաշարի կոտրվածքի հետ տարբեր տարածաշրջաններում: ԿՈ-ն եղել է ավելի վատ Աֆրիկայի, Ասիայի և Եվրոպայի երկրների հարցված անձանց մոտ՝ ի համեմատ այլ երկրների բնակիչների: ԿՈ-ն բարձր է գնահատվել Հյուսիսային Ամերիկայի և Օվկիանիայի բնակիչների մոտ: ԿՈ-ի վատթարացում դիտվել է ողնաշարի կոտրվածքով Աֆրիկայի, Ասիայի, Օվկիանիայի և Հարավային Ամերիկայի բնակիչների մոտ՝ ի համեմատ ողնաշարի կոտրվածքի բացակայությամբ անձանց: Ողնաշարի կոտրվածքով անձանց մոտ ԿՈ-ն եղել է ավելի լավ Եվրոպայում՝ ի համեմատ ողնաշարի կոտրվածք չունեցող անձանց:

Oleksik A. և համահեղ. կողմից իրականացված հետազոտության մեջ են ընդգրկվել ՀԴԴ տարիքի 751 կանայք [58]: Նրանցից 302-ի մոտ ախտորոշվել է ՕԶ, իսկ 449-ի մոտ՝ ՕԶ և ողնաշարի կոտրվածք: ԿՈ-ն եղել է ավելի վատ ողնաշարի կոտրվածքով կանանց մոտ բոլոր դոմեններում ($p < 0,001$), բացի մտավոր ունակությունից: Ըստ ստացված տվյալների մտավոր ունակությունը կապ չունի ՕԶ-ի, ինչպես նաև կոտրվածքների առկայության կամ բացակայության հետ: Այս փաստը շատ կարևոր է, քանզի այն համահունչ է այն հիպոթեզի հետ, որ հիվանդության հետևանք հանդիսացող ֆիզիկական խանգարումները, այլ ոչ թե մտավոր ունակության խանգարումներն են բերում ֆիզիկական, հետագայում նաև սոցիալական սահմանափակումների և ընդհանուր առողջության ընկալման փոփոխության:

Որոշ հեղինակներ գտնում են, որ ԿՈ-ը կապ ունի ողնաշարի կոտրվածքի տեղակայման հետ [58, 70]: Առկա է ուժեղ կապ ողնաշարի կոտրվածքի, գոտկատեղի ցավերի և ֆունկցիոնալ սահմանափակումների միջև: Մյուս կողմից, նման կոտրվածքները նվազեցնում են թոքերի, սրտի, ստամոքսի, միզապարկի կենսական ծավալը՝ բերելով ԿՈ-ի ավելի արտահայտված վատթարացման [59]:

Առանձնացվում են 3 կարևոր գործոններ, որոնք պայմանավորում են ԿՈ-ն ողնաշարի ՕԶ-ի դեպքում. 1. ֆիզիկական և ծառայողական գործունեության սահմանափակում՝ ֆիզիկական փոփոխությունների և ցավի հետևանքով, 2. սոցիալական աջակցությունը, հասարակական գործունեությունը և դեպրեսիվ վիճակը, 3. արտաքին տեսքը և անհանգստությունը [8]:

Նշանակություն է տրվում նաև կոտրվածքների քանակին: Այսպես, եզակի կոտրվածքը ԿՈ-ի վրա չի ազդում այնպես, ինչպես 2 և ավելի կոտրվածքները [45]:

Կոտրվածքներն ունեն երկարատև բացասական ազդեցություն

ԿՈ-ի վրա [26]: Այսպես, ԿՈ-ն ավելի վատն է նախկինում կոտրվածք ունեցող կանանց մոտ: Միաժամանակ պարզվել է, որ ԿՈ-ն ավելի վատ է ողնաշարի կոտրվածքով և ցավային համախտանիշ ունեցող կանանց մոտ: Նախկինում կրած կոտրվածքները ևս ունեն երկարատև ազդեցություն ԿՈ-ի վրա: Ընդ որում ողնաշարի, ազդրի և կողերի կոտրվածքները ցուցաբերում են նույնատիպ ազդեցություն ԿՈ-ի վրա անկախ տարիքից (65տ-ից երիտասարդ կամ մեծ) ($p<0,001$): Մինչդեռ նախաբազկի նախկին կոտրվածքը ազդում է ԿՈ-ի վրա 65տ-ից երիտասարդ անձանց խմբում [19]:

Մեկ այլ հետազոտությամբ Hallberg I. և համահեղ. փորձել են գնահատել տարբեր տեղակայման կոտրվածքների երկարատև ազդեցությունը ԿՈ-ի վրա [37]: Ողնաշարի կոտրվածքով կանանց խմբում 7 տարվա դիտարկումները բացահայտել են ԿՈ-ի վատթարացում բոլոր դոմեններում, բացառությամբ ընդհանուր առողջության և հոգեկան առողջության դոմենների: Պարզվել է նաև, որ 64-82 տարիքային խմբում ողնաշարի կոտրվածքը բերում է ավելի արտահայտված բացասական ազդեցության ԿՈ-ի վրա: Ազդրի կոտրվածքով հիվանդների 7 տարվա դիտարկումները չեն արձանագրել ԿՈ-ի առանձնահատուկ փոփոխություններ: Ողնաշարի կոտրվածքով կանանց մոտ դիտվել են ցավային, կենսունակության, դերային գործառնությունների և հոգեկան առողջության ավելի ցածր ցուցանիշներ, քան ազդրի կոտրվածքով կանանց խմբում:

Քանի որ կոտրվածքներն ունեն երկարատև ազդեցություն կնոջ ԿՈ-ի վրա, ուստի այդ տվյալները կարևորվում են ՕԶ-ի տնտեսական և բուժման արժեք-արդյունավետության ողողությամբ հետազոտություններ իրականացնելու առումով և ընդգծում են ՕԶ-ով պայմանավորված կոտրվածքների ժամանակին ախտորոշման և բուժման կարևորությունը [29, 64, 69]:

ՕԶ-ով կանանց մոտ, անկախ կոտրվածքի առկայությունից, դիտվում է ֆիզիկական հնարավորությունների և սոցիալական ակտիվության սահմանափակում, վատ ինքնազգացողություն, մասնագիտական գործունեության հետ կապված խնդիրներ [17,21,32,33,50]:

Ողնաշարի կոտրվածքի հետևանքով առաջացած ֆունկցիոնալ սահմանափակումները նվազեցնում են ամենօրյա աշխատանք և ինքնախնամք իրականացնելու հիվանդի ունակությունը, ինչը մեծացնում է ընկնելու և նոր կոտրվածք ստանալու ռիսկը [36,40]:

Tsao J.Y. և համահեղ. գնահատել են հիվանդների ֆունկցիոնալ վիճակը օստեոպենիայի և ՕԶ-ի դեպքում [73]: Պարզվել է, որ երկու դեպքերում էլ արձանագրվում է ամենօրյա գործունեության սահմանափակում ($p<0,05$):

Ֆունկցիոնալ սահմանափակումները հատկապես մեծ կարևորություն են ձեռք բերում բազմաթիվ կոտրվածքներով, արտահայտված ոսկրային դեֆորմացիաներով մեծահասակ հիվանդների համար, քանի որ շարժունակության սահմանափակումը, մկանային թուլությունը ազդում են առօրյա գործունեության արդյունավետության, ինքնասպասարկման վրա: Ըստ որոշ հեղինակների, ողնաշարի կոտրվածքը բերում է ԿՌ-ի վատթարացման՝ բացասաբար անդրադառնալով ֆիզիկական գործառույթի (վատթարացում 8-10%-ով) և հուզական կարգավիճակի վրա [58,69,70]: Ըստ Romagnoli E. և համահեղ. (2004) վիճակագրորեն հավաստի առավել արտահայտված ԿՌ-ի վատթարացում արձանագրվել է ֆիզիկական ($p<0,002$) և սոցիալական ($p<0,001$) գործառույթների բնագավառում ՕԶ-ով և ողնաշարի կոտրվածքով կանանց մոտ՝ ի համեմատ ՕԶ-ով կանանց [69]:

Երկու կամ ավել կոտրվածք ունեցող ՕԶ-ով հիվանդների մոտ դիտվում է ֆունկցիոնալ ակտիվության ավելի արտահայտված սահմանափակում, քան մեկ կոտրվածքով անձանց մոտ: Ողնաշարի ՕԶ-ին բնորոշ ֆունկցիոնալ սահմանափակումը կոռելյացվում է ողնաշարի դեֆորմացիայի հետ: Սակայն ՕԶ-ի կլինիկական ընթացքը և ողնաշարի դեֆորմացիան չեն կոռելյացվում ռենտգենաբանական տվյալների հետ: Ուստի առաջարկվում է հիվանդության գնահատման և բուժման նպատակով անպայման համադրել կլինիկական և ռենտգենաբանական տվյալները [45]: Հեղինակները եզրակացրել են, որ ԿՌ-ի պարամետրերի փոփոխությունը (ֆիզիկական և հոգեբանական վիճակ) կոռելյացվում է ՕԶ-ի ժամանակ ողնաշարի դեֆորմացիայի կլինիկառենտգենաբանական նշանների հետ:

Ողնաշարի, ազդրի կամ նախաբազկի կոտրվածքի հետևանքով առաջացած ֆիզիկական, հուզական և ֆիզիոլոգիական անկարողությունը, ցավի հետ համակցված, կարող են բերել ԿՌ-ի վատթարացման [34]:

Օստեոպորոզի սոցիալական հետևանքները դրսևորվում են դերային գործունեության փոփոխությամբ կամ սահմանափակմամբ, հասարակության կողմից հիվանդների սատարման անհրաժեշտությամբ, ինչն ընդգծում է հիվանդության սոցիալական նշանակությունը [21]: Եթե ՕԶ-ի դեպրեսիվ ախտանիշները դիտվում են որպես բժշկական խնդիր և ենթակա են բուժման, ապա սոցիալական հետևանքները գտնվում են բժիշկների հսկողությունից դուրս:

Իրականացվել են հետազոտություններ պարզելու ՕԶ-ի և դրա հետևանքների ազդեցությունը անձանց սոցիալական ֆունկցիայի վրա: Այսպես, մեջքի շրջանի խրոնիկ ցավը, ինչն առաջանում է կիֆոզի հետևանքով, երբեմն կարող է լինել ոչ խիստ արտահայտված, սակայն

խիստ սահմանափակում է հիվանդի սոցիալական ակտիվությունը [52]: ՕԶ-ի պատճառով առաջացած անկախության կորուստը ազդում է նաև միջանձնյա փոխհարաբերությունների վրա, ստիպում մարդկանց փոխել աշխատանքը [17, 33]:

Prior J. et al. փորձել են գնահատել խմբակային վարժանքների ազդեցությունը որպես ՕԶ-ով տառապող անձանց սոցիալական մեկուսացման նվազեցման հնարավորություն [62]: Ստացված տվյալների համաձայն նման պարապմունքները ոչ միայն հանդիսանում են աջակցության ձև, այլ հնարավորություն են ընձեռում շփվել նմանատիպ բժշկական խնդիրներ ունեցող անձանց հետ:

Պարզված է, որ կոտրվածքներ ունեցող անձիք զգում են ավելի արտահայտված սոցիալական մեկուսացում, քան կոտրվածք չունեցողները [46]: Ցավն առաջացնում է ավելի մեծ դժվարություններ հիվանդի համար, քան հոգեբանական, սոցիալական և ֆունկցիոնալ խնդիրները, քանի որ հենց այն կարող է առաջացնել վերը նշված բոլոր 3 խանգարումները:

Հայտնի է, որ նույնիսկ ողնաշարի կոտրվածքի ժամանակ ոչ միշտ են հիվանդները ունենում ցավ [25]: Մինչդեռ ըստ Bianchi M. և համահեղ. ՕԶ-ով տառապող և կոտրվածք ունեցող կանանց 66%-ը զանգատվել է ցավից, իսկ 40%-ը՝ անկախ կոտրվածքի առկայությունից: Հենց խրոնիկ ցավային համախտանիշն է կայուն ձևով փոխում հիվանդի ԿՈ-ն՝ սահմանափակելով ամենօրյա ակտիվությունը և սոցիալական ֆունկցիաները, ի վերջո պայմանավորելով հոգեբանական փոփոխությունները: Ցավն ուղղակի ազդեցություն չի թողնում ինքնագնահատականի իջեցման վրա, դեպրեսիվ ախտանիշների կամ նյարդահոգեկան լարվածության նշանների առաջացման վրա, բայց ունակ է սրացնել այդ ախտանիշները, եթե դրանք արդեն կան [11, 31]:

Ներկայումս ընդունված է այն փաստը, որ չբուժված ցավը վեր է ածվում հիվանդության հիվանդության մեջ և բերում դեպրեսիայի [54, 72]:

ՕԶ-ով հիվանդների հոգեբանական փոփոխություններից առավել հաճախ հանդիպում է դեպրեսիան, որը դրսևորվում է ուժերի թուլությամբ և անհուսալի վիճակով [23, 77]: Դեպրեսիայի ախտանիշները կարող են դրսևորվել քնի խանգարմամբ, ախորժակի անկմամբ, ամենօրյա պարտականությունների, ընտանիքի անդամների և ընկերների նկատմամբ անտարբերությամբ: Կոտրվածքների հետևանքով առաջացած արտահայտված երկարատև ֆունկցիոնալ խանգարումների դեպքում նկատվում են լարվածություն և նյարդային վիճակ, սեփական անձի անօգտակարության և անօգնականության զգացում, հարազատների առաջ մեղքի զգացողություն, վախեր [23, 77]:

Պարզելու համար կապը ոսկրերի հանքային խտության (ՈՀԽ) և դեպրեսիայի միջև Michelson D. et al. հետազոտել են ՆԴԴ տարիքի 24 կանանց, որոնք հետազոտման պահին կամ նախկինում ունեցել են դեպրեսիա [33]: Հսկիչ խումբ են կազմել նույն տարիքի, նույն մարմնի զանգվածով, դաշտանադադարային (ԴԴ) կարգավիճակով 24 կանայք: Պարզվել է, որ ՈՀԽ-ն եղել է ավելի ցածր դեպրեսիայով կանանց խմբում՝ ի համեմատ դեպրեսիա չունեցողների: Այլ հեղինակների տվյալներով ՕԶ-ով կանանց 47%-ի մոտ դիտվում է դեպրեսիա [24]: Robbins J. և համահեղ., հետազոտելով 65տ և մեծ 1500 կանանց, եկել են այն եզրահանգման, որ առկա է կապ ՕԶ-ի և դեպրեսիայի ախտանիշների միջև [65]: Wholley M. և համահեղ. փորձել են վեր հանել կապը դեպրեսիայի ախտանիշների և ոսկրերի կոտրվածքների միջև՝ վերլուծելով 7000 կանանց տվյալները [76]: Պարզվել է, որ ՈՀԽ-ի մեծությոնները նույնն են դեպրեսիայով և առանց դեպրեսիայի կանանց խմբերում: Միաժամանակ նրանք պարզել են, որ դեպրեսիայի ախտանիշներով կանայք ավելի հաճախ են ընկնում և ունեն ողնաշարի և կմախքի այլ ոսկրերի կոտրվածքների ավելի մեծ ռիսկ:

Համաձայն Bianchi M և համահեղ. տվյալների ՕԶ-ով հիվանդների 40%-ի մոտ դիտվում է դեպրեսիա, ինչն արտահայտվում է հիմնականում տրամադրության անկմամբ: Միաժամանակ նրանց մոտ արձանագրվում է ԿՈ-ի վատթարացում [17]:

Պետք է նշել, որ ԴԴ շրջանը համարվում է վճռորոշ կնոջ կյանքի համար: Այս շրջանում տեղի է ունենում օրգանիզմի տարիքային նեյրոէնդոկրին վերակառուցում: Վերջինս բավականին երկարատև գործընթաց է, ինչն անդրադառնում է կնոջ սոմատիկ և հոգեկան վիճակի վրա:

Համաձայն Волчкова Н.С. և համահեղ. տվյալների (2010) տարբերում են ԴԴ-ին շրջանի դեպրեսիայի երեք հիմնական տեսակներ. 1. ԴԴ-ին դեպրեսիա, որը զարգանում է ՆԴԴ տարիքում (39-56տ), կապ ունի ախտաբանական ԴԴ-ի արտահայտվածության աստիճանի հետ, բնութագրվում է տրամադրության անկմամբ, ապագայի նկատմամբ վախով, սեփական առողջության հանդեպ անհանգստությամբ: Այս տիպի դեպրեսիայի պատճառն էստրոգենային անբավարարությունն է: 2. Պսիխոգեն դեպրեսիա, որն առաջանում է ծանր հոգեկան տրավմայից հետո և կապ չունի ԴԴ սոմատովեգետատիվ դրսևորումների հետ: 3. Էնդոգեն դեպրեսիա, որն առաջանում է առանց նախորդ հոգեկան տրավմայի, կապ չունի ԴԴ դրսևորման աստիճանի հետ: Վերջինս արտահայտվում է դեպրեսիային բնորոշ այնպիսի ախտանիշներով, ինչպիսին են տրամադրության անկումը, թախիծը, նախկին հետաքրքրությունների կորուստը, էներգիայի պակասը [2]:

Փաստորեն, արդեն ԴԴ շրջանում կանանց մոտ կարող են ի հայտ գալ դեպրեսիայի ախտանիշներ, իսկ ՕԶ-ը և դրա հետևանքով առաջացած կոտրվածքները կարող են էլ ավելի խորացնել նման վիճակը:

Հետաքրքիր է նաև այն փաստը, որ ԿՈ-ի փոփոխությունն դիտվում է կնոջ կյանքի տարբեր շրջաններում: Իրականացվել է տարբեր տարիքային խմբերի կանանց ԿՈ-ի գնահատում [9]: Բացահայտվել է ԿՈ-ի բարձր մակարդակ վերարտադրողական շրջանում՝ 30-40 տ կանանց խմբում, երբ արձանագրվում է գրավչության գագաթնակետ, երիտասարդ, առողջ օրգանիզմի բարձր կենսական ակտիվություն: Շուրջդաշտանադարային շրջանում (41-50 տ) ԿՈ-ն զգալիորեն վատանում է, քանզի տեղի է ունենում օրգանիզմի նեյրո-էնդոկրին վերակառուցում: Աստիճանաբար նվազում է էստրոգենների մակարդակը, դրսևորվում են ԴԴԶ-ի ախտանիշները: ԿՈ-ի հետագա վատթարացում տեղի է ունենում 50-55 տարեկանում: Ավելի ուշ (60 տ) դիտվում է գրավչության որոշ վերելք՝ հղիանալու վախի բացակայության պատճառով, թեև օրգանիզմում շարունակվում են ծերացման հետ կապված անդառնալի փոփոխությունները: Այսպիսով, շուրջդաշտանադարային վերակառուցումները կնոջ օրգանիզմում ուղեկցվում են ԿՈ-ի վատթարացմամբ, իսկ ԴԴ-ն էլ ավելի է խորացնում այն:

Ֆիզիոլոգիական ԴԴ-ի ընթացքով կանայք զգում են բավարարվածություն կյանքի բոլոր ոլորտներով, ինչը և պայմանավորում է ԿՈ-ի բարձր մակարդակը նրանց մոտ և վկայում օրգանիզմի բարձր հարմարողականության մասին: Մինչդեռ ախտաբանական ԴԴ-ի ընթացքով կանայք բացասական են գնահատում առողջության ընդհանուր վիճակը, ֆիզիկական և հոգեկան հարմարավետությունը: Վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ օվարիէկտոմիայից հետո դիտվում է կյանքի գրեթե բոլոր ոլորտների հանդեպ անբավարարվածություն, ինչը և պայմանավորում է ցածր ԿՈ-ը: Նրանց մոտ դիտվում է ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական դիսադապտացիա [5]:

Н.А.Липлавк և համահեղ. հետևյալ կերպ են ներկայացնում ոսկրային հյուսվածքի վիճակի ազդեցությունը ԿՈ-ի վրա. ստերոիդային հորմոնների անբավարարության մակարդակը պայմանավորում է ոսկրային հյուսվածքի փոփոխությունների արտահայտվածության աստիճանը: Վերջինս դրսևորվում է մի կողմից ողնաշարի և կմախքի ծայրամասային ոսկրերի ոսկրացավային համախտանիշի ձևով՝ մեծամասամբ բացասաբար անդրադառնալով ԿՈ-ի վրա: Մյուս կողմից, ՈՀԽ-ի նվազումը մինչև ՕԶ-ի աստիճանը ուղեկցվում է կոտրվածքների առաջացմամբ՝ էլ ավելի վատթարացնելով ԿՈ-ը [6]:

Գրականության տվյալներով կարևորվում է նաև ԴԴ-ի տարիքը և այն հանգամանքը, որ ԴԴ-ը պայմանավորված է տարիքային գործո-

նով, թե հանդիսանում է վիրաբուժական միջամտության հետևանք: Այսպես, հետազոտությունները ցույց են տվել, որ երկկողմանի օվարի-էկտոմիայից հետո ԴԴ թևակոխած կանանց ԿՈ-ն ավելի ցածր է՝ ի համեմատ բնական ԴԴ-ով կանանց: Առկա է որոշակի փոխկապակցվածություն ԴԴ ախտանիշների, ոսկրամկանային համակարգում ցավերի ուժգնության, արտասեռային հիվանդությունների և ՈՀԽ-ի միջև [3]: Ըստ Занько Ю.В., Радецкая Л.Е. տվյալների վիրաբուժական միջամտությունը (արգանդի էքստիրպացիա հավելումներով) բերում է ԿՈ-ի լավացման վիրահատությունից հետո առաջին տարվա ընթացքում [4]: Հետագա 2 տարիների ընթացքում տեղի է ունենում ԿՈ-ի վատթարացում՝ ի հաշիվ ֆիզիկական ակտիվության և սեռական ֆունկցիայի սահմանափակման: ԿՈ-ի վատթարացումը ուղեկցվում է սրիյոդթիրոնինի մակարդակի նվազմամբ, ազատ թիրօքսինի մակարդակի բարձրացմամբ՝ թիրեոտրոպ հորմոնի անփոփոխ մակարդակի պայմաններում: Դիտվում են մարմնի զանգվածի ցուցիչի մեծացում, գոտկատեղի շրջագիծ - ազդրի շրջագիծ փոխհարաբերության մեծացում (մեծ 0,8-ից) 83% դեպքերում, զարկերակային ճնշման բարձրացում (63% դեպքերում), միզասեռական ուղիների (68% դեպքերում) և հենաշարժական համակարգի ախտաբանություն:

ԿՈ-ի գնահատումը դիտվում է որպես ՕԶ-ով և կոտրվածքներով հիվանդների կլինիկական գնահատման կարևոր մարկեր [13, 42, 61]: Ենթադրվում է, որ կոտրվածքների առաջացման ռիսկի և ԿՈ-ի վրա դրանց ազդեցության մանրակրկիտ գնահատումը հանդիսանում է անցկացվող բուժական ծրագրերի արդյունավետության անհրաժեշտ մաս [74]:

ԿՈ-ի գնահատումը պետք է իրականացնել յուրաքանչյուր կոտրվածքից հետո կատարվող կենսաքիմիական և ռենտգեն-ռադիոլոգիական հետազոտությունների հետ համատեղ՝ որպես ՕԶ-ի ելքի չափորոշիչ [47]: ՕԶ-ով հիվանդների ԿՈ-ը պետք է մանրակրկիտ ուսումնասիրվի անգամ կոտրվածքների բացակայության դեպքում, մշակելու համար համապատասխան վարման պլան (խորհրդատվություն, աջակցություն, բուժում, խնամք) հիվանդության տարբեր փուլերում [21]:

ՕԶ-ի և դրա հետևանք հանդիսացող կոտրվածքների կանխարգելումը կօգնեն խուսափել կյանքի որակի վատացումից [71]:

Поступила 22.05.13

Качество жизни и остеопороз

Р.Ж. Варданян

Литературный обзор посвящен вопросам качества жизни при остеопорозе.

Представлены данные о влиянии остеопороза и остеопоротических переломов на физическое, социальное и психологическое функционирование людей.

Анализируются данные литературы о долгосрочном влиянии остеопоротических переломов на качество жизни в зависимости от их локализации и количества.

Обоснована необходимость оценки качества жизни для ведения пациентов с остеопорозом.

Quality of life and osteoporosis

H.J. Vardanyan

The literature review is dedicated to the quality of life in osteoporosis.

The data on the effect of osteoporosis and osteoporotic fractures on the physical, social and psychological functioning of people are presented.

The literature data on the long-term impact of osteoporotic fractures on quality of life, depending on their location and number are analyzed.

The necessity of assessing the quality of life for the management of patients with osteoporosis is justified.

Գրականություն

1. Беневоленская Л.И. Consilium Medicum, 2004, т. 06, 2. www.consilium-medicum.com/medicum/article/12624.
2. Волчкова Н.С., Субханкулова С.Ф., Субханкулова А.Ф. Вестник современной клинической медицины, 2010, т. 3, вып. 3, с. 52-56.
3. Зазерская И.Е., Дячук А.В., Ниаури Д.А. и соавт. Журнал акушерства и женских болезней, 2005, т. LIV, вып. 4, с. 35-49.
4. Занько Ю.В., Радецкая Л.Е. Вестник ВГМУ, 2007, т. 6, 3, с. 56-62.
5. Звычайный М.А. Воронцова А.В., Герасимов А.А., Судницын Р.А. Новые медицинские технологии, 2004, 2, с. 56-57.
6. Липлавк Н. А., Звычайный М. А., Трельская Н. Ю. УрМЖ Гигиена и эпидемиология, 2008, 8(48), с. 51-56.
7. Новик А.А., Ионова Т.И., Каинд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб., 1999.
8. Новик А.А., Цыган Е.Н., Ионова Т.И. Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии, 2004, т. 3, 4, с. 20-26.
9. Ошерова Е. И., Ивнян А. Н., Харитонов Е. В. и соавт. Электронный математический и медико-биологический журнал, 2000, т. 3, вып. 3, с. 129-136.

10. Поворознюк В.В., Григорьева Н.В. Менопауза и костно-мышечная система. Киев, 2004.
11. Риззз Б.Л., Мелтон III Л.Дж. Остеопороз. М.-Спб., 2000.
12. Adachi J. D., Adami S., Gehlbach S. et al. Mayo Clin Proc., 2010 Sep; 85(9):806-13. doi:10.4065/mcp.2010.0082.
13. Adachi J.D., Ioannidis G., Olszynski W.P. et al. BMC Musculoskelet. Disord., 2002 Apr. 22; 3:11.
14. Angin E., Erden Z. Acta Orthop. Traumatol. Turc., 2009, 43(4):343–350.
15. Badia X., Diez-Perez A., Alvarez-Sanz C. et al. Qual. Life Res., 2001; 10:307– 17.
16. Badia X., Diez-Pérez A., Lahoz R., Lizán L. et al. Health and Quality of Life Outcomes, 2004, 2:41 doi:10.1186/1477-7525-2-41.
17. Bianchi M., Orsini M., Saraifoger S., Ortolani S. et al. Health Qual. Life Outcomes, 2005, 3(1):78 doi:10.1186/1477-7525-3-78.
18. Bilezikian J., Raisz L.G., John Martin T. Principles of Bone Biology. 3-rd edition. Academic Press, USA, 2008, p. 1942.
19. Brenneman SK, Barrett-Connor E., Sajjan S., Markson L.E. et al. J. Bone Miner. Res., 2006 Jun; 21(6):809-16.
20. Bulpitt C.J., Fletcher A.E. Pharmacoeconomics, 1994 Dec; 6(6):523-35.
21. Burckhardt C.S., Anderson K.L. Health Qual. Life Outcomes, 2003 Oct 23; 1:60.
22. Cella DF. J. Pain Symptom Manag., 1994 Apr; 9(3): 186-192.
23. Cizza G., Primm S., Coyle M., Gourgiotis L. et al. Horm. Metab. Res., 2010 Jun; 42(7):467-82. doi: 10.1055/s-0030-1252020.
24. Coelho R., Silva C., Maia A. et al. J. Psychosom. Res., 1999; 46:29–35.
25. Cooper C. Am. J. Med., 1997 Aug 18; 103(2A):12S-17S.
26. Cortet B., Blotman F., Debiais F., Huas D. et al. BMC Musculoskeletal Disorders, 2011 Jan 12;12:7. doi: 10.1186/1471-2474-12-7.
27. Cronin L., Guyatt G., Griffith L., Wong E. et al. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1998 Jun; 83(6):1976-87.
28. De la Loge C., Sullivan K., Pinkney R., Marquis P. et al. Health Qual. Life Outcomes, 2005 Nov 10; 3:69. doi:10.1186/1477-7525-3-69.
29. de Oliveira F.N., Arthuso M., da Silva R., Pedro AO et al. Maturitas, 2009, 62(1):85–90.
30. Felce D. J. Intellect. Res., 1997, April; 41(Pt 2) 126-135.
31. Gold D.T., Roberto K.A. Geriatr. Nurs., 2000 Sep-Oct; 21(5):270-3.
32. Gold D.T. Clin. Geriatr. Med., 2003 May; 19(2):271-80.
33. Gold D.T. Bone, 1996 Mar; 18(3 Suppl):185S-189S.
34. Greendale G.A., Barrett-Connor E., Ingles S., Haile R. J. Am. Geriatr. Soc., 1995 Sep; 43(9):955-61.
35. Haas B.K. Image J. Nurs. Sch., 1999; 31(3):215-220.
36. Hall S.E., Criddle R.A., Comito T.L., Prince R.L. Osteoporos. Int., 1999; 9(6):508-15.
37. Hallberg I., Bachrach-Lindström M., Hammerby S., Toss G. et al. BMC Musculoskelet. Disord., 2009 Nov 3; 10:135. doi: 10.1186/1471-2474-10-135.
38. Helmes E., Hodsman A., Lazowski D., Bhardwaj A. et al. J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci., 1995 Mar; 50(2):M91-8.
39. Hodgson S.F., Watts N.B., Bilezikian J.P. et al. Endocr. Pract., 2003; 9:544-564.
40. Huang C., Ross P.D., Wasnich R.D. Arch. Intern. Med., 1996 Nov 25; 156(21):2469-75.
41. Ioannidis G., Gordon M., Adachi J.D. Nurs. Clin. North. Am., 2001, Sep; 36(3):481-9.
42. Kanis J.A., Minne W.H., Meunier P.J., Ziegler R. et al. Osteoporos. Int., 1992 Jul; 2(4):161-3.
43. Kosecoff J., Kahn K.L., Rogers W.H. et al. JAMA, 1990, 264:1980–1983.
44. Leibson C.L., Tosteson A.N., Gabriel S.E. et al. J. Am. Geriatr. Soc., 2002, 50: 1644–1650.
45. Leidig-Bruckner G., Minne H.W., Schlaich C., Wagner G. et al. J. Bone Miner. Res., 1997 Apr; 12(4):663-75.

-
46. Lips P., Cooper C., Agnusdei D. et al. Osteoporos. Int., 1999; 10:150–60.
 47. Lips P., van Schoor N.M. Osteoporos. Int., 2005 May; 16(5):447–55.
 48. Lombardi I., Oliveira L.M., Mayer A.F., Jardim J.R. et al. Osteoporos. Int., 2005.16(10):1247–1253.
 49. Lydick E., Zimmerman SI, Yawn B., Love B. et al. J. Bone. Miner. Res., 1997 Mar;12(3):456–63.
 50. Madureira M.M., Ciconelli R. M., Pereira R. M. R. clinics, 2012; 67(11):1315–132 DOI:10.6061/clinics/2012(11)16.
 51. Marquis P., Cialdella P., De la Loge C. Qual. Life Res., 2001; 10(6):555–66.
 52. Melton L. J.III, Therneau T.M., Larson D. R. Osteoporos. Int., 1998, 8, 1, 68–74.
 53. Michelson D., Stratakis C., Hill L. et al. N. Engl. J. Med., 1996; 335:1176–81.
 54. Mitchell C. Br. J. Nurs., 2001 Mar 8–21; 10(5):296–304.
 55. Moons P. Eur. J. Cardiovasc. Nurs., 2004 Dec;3(4):275–277
 56. Murrell P., Todd C.J., Martin A., Walton J. et al. Osteoporos. Int., 2001; 12(8):672–9.
 57. National Osteoporosis Foundation. NOF;2010.<http://www.nof.org/files/nof/public/content/file/344/upload/159.pdf>.
 58. Oleksik A., Lips P., Dawson A., Minshall M.E. et al. J. Bone. Miner. Res., 2000, 15(7):1384–1392.
 59. Oleksik A.M., Ewing S., Shen W., van Schoor N.M. et al. Osteoporos. Int., 2005 Aug;16(8):861–70. Epub 2004 Nov 19.
 60. Ozgocmen S., Kaya H., Fadillioglu E., Aydogan R. et al. Mol. Cell. Biochem., 2007, 295(1–2): 45–52
 61. Papaioannou A., Kennedy C.C., Ioannidis G., Brown J.P. et al. Osteoporos. Int., 2006; 17(3):355–63. Epub 2005 Dec 9.
 62. Prior J.C., Barr S.I., Chow R., Faulkner R.A. CMAJ., 1996 Oct 1; 155(7):940–4.
 63. Ramírez Pérez E., Clark P., Wacher N.H., Cardiel M.H. et al. Clin. Rheumatol., 2008 27(2):151–161.
 64. Randell A.G., Nguyen T.V., Bhalerao N., Silverman S.L. et al. Osteoporos. Int., 2000; 11(5):460–6.
 65. Robbins J., Hirsch C., Whitmer R. et al. J. Am. Geriatr. Soc., 2001; 49:732–6.
 66. Romagnoli E., Carnevale V., Nofroni I., D'Erasmus E. et al. Osteoporos. Int., 2004 15(12):975–980.
 67. Rosen C.J., Glowacki J., Bilezikian J. The aging skeleton. Academic Press, USA, 1999.
 68. Salaffi F., Cimmino MA, Malavolta N., Carotti M. et al. J. Rheumatol., 2007 Jul;34(7): 1551–60.
 69. Sanfèlix-Genovés J., Hurtado I., Sanfèlix-Gimeno G., Reig-Molla B. et al. Health Qual. Life Outcomes, 2011;9:20.
 70. Silverman S.L., Minshall M.E., Shen W., Harper K.D. et al. Arthritis Rheum., 2001, 44:2611–2619.
 71. Silverman S.L. Qual. Life Res., 2000; 9:767– 74.
 72. Smith M.T., Edwards R.R., Robinson R.C., Dworkin R.H. Pain, 2004 Sep; 111(1–2): 201–8.
 73. Tsao J.Y., Chien M.Y., Yang R.S. Osteoporos. Int., 2002; 13(6):456–60.
 74. van Schoor N.M., Yu H., Bobula J., Lips P. Osteoporos. Int., 2009 Oct; 20(10):1759–66. doi: 10.1007/s00198-009-0853-x.
 75. WHO: ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, 2001 [<http://www.who.int/classifications/icf/en/>].
 76. Whooley M.A., Kip K.E., Cauley J.A. et al. Arch. Intern. Med., 1999; 159:484–90.
 77. Yirmiya R., Bab I. Biol. Psychiatry, 2009 Sep 1;66 (5):423–32. doi:10.1016/j.biopsych. 2009.03.016.