

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ И МЕНОПАУЗЫ (ПРОФИЛАКТИКА И ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ)

Митюков В. А., Симарова А. В., Кириллов А. Н., Кучеренко Н. М., Пушкарева Н. С., Ярош А. Н.
Открытый международный университет развития человека «Украина», Горловский филиал

Аннотация. В работе рассмотрены вопросы возникновения остеопороза у женщин в климактерический период. Рекомендованы методы и способы физической реабилитации остеопороза, профилактические мероприятия по предупреждению возникновения изменений со стороны костной системы у женщин. Большое значение в профилактике и лечении остеопороза имеют изменения образа жизни женщины. Важно хорошее физическое состояние, нормальные показатели кальция, артериального давления, отсутствие противопоказаний к повышению физической нагрузки.

Ключевые слова: остеопороз, климактерий, реабилитация, профилактика

Анотація. Мітюков В. О., Сімарова А. В., Кириллов О. М., Кучеренко Н. М., Пушкарьова Н. С., Ярош А. М. Сучасні погляди на проблему виникнення захворювань кістково-м'язової системи у жінок у період перименопаузи та менопаузи (профілактика і фізична реабілітація). В роботі розглянуті питання виникнення остеопорозу у жінок у клімактеричний період. Рекомендовані методи і засоби фізичної реабілітації остеопорозу, профілактичні заходи по попередженню виникнення змін з боку кісткової системи у жінок. Велике значення в профілактиці й лікуванні остеопорозу мають зміни способу життя жінки. Важливо гарний фізичний стан, нормальні показники кальцію, артеріального тиску, відсутність протипоказань до підвищення фізичного навантаження.

Ключові слова: остеопороз, клімактерій, реабілітація, профілактика.

Annotation. Mitjukov V. A., Simarova A. V., Kirillov A. N., Kucherenko N. M., Pushkaryova N. S., Jarosh A. N. **Modern sights at a problem of occurrence of diseases of osteomuscular system at women during the period of perimenopause and menopause, preventive maintenance and physical rehabilitation.** Questions of occurrence of an osteoporosis at women in climatic period are considered in this work. Methods and ways of physical rehabilitation of an osteoporosis, preventive maintenance for the warning of occurrence of change bone system at women are recommended here. In preventive measures and treatment of an osteoporosis changes of a mode of life of the woman have the big value. Important good physical state, normal parameters of calcium, arterial pressure, absence of contraindications to increase of an exercise stress.

Keywords: an osteoporosis, climatic, rehabilitation, preventive maintenance.

Введение.

За последнее столетие значительно повысилась продолжительность жизни женщин в Украине. При этом около трети своей жизни женщина проживает за пределами менопаузы. Период перехода женщин к менопаузе сопровождается сложным физиологическим процессом. В ближайшие 15 – 20 лет намного больше женщин будут жить в климактерическом периоде со всеми его физическими, психическими и социальными проблемами. Все это выдвигает серьезные требования непосредственно к самим женщинам, вошедшим в пору климакса, современному обществу и, прежде всего, к врачам акушерам-гинекологами, эндокринологам и специалистам физической реабилитации.

Как известно, менопауза наступает в результате снижения секреции овариальных гормонов – эстрогенов и прогестерона, что происходит при исчерпании имеющегося количества развивающихся овариальных фолликулов. Естественную менопаузу чаще диагностируют через 12 месяцев после наступления аменореи, не связанной с патологическими причинами.

Менопауза может быть обусловлена различными хирургическими вмешательствами, химиотерапией или ионизирующим излучением.

По мере приближения женщин к менопаузе отмечается «выпадение» менструальных циклов и, в конечном счете, они прекращаются, как и овуляция.

Климактерический период в жизни современной женщины – это переходный период между окончанием ее репродуктивной способности и началом поздней менопаузы. К нему относится возраст женщины 47 – 55 лет. В этот период у женщины приходит последняя менструация и наступает так называемая менопауза.

Климактерический период – это не болезнь, а нормальный переходный период в жизни женщины, в котором появившиеся самые разнообразные жалобы могут усиливаться и принимать болезненный характер. Связано это, прежде всего, с длительным возрастным дефицитом эстрогенов, выделяемых яичниками, и может приводить к настоящему заболеванию. Например, появляются нарушения цикла, атрофия слизистой оболочки мочевого тракта, остеопороз, нарушения сердечно-сосудистой деятельности, приступы жара и потовыделения по ночам, повышенная раздражительность, забывчивость, головные боли, бессонница, плохая усвояемость информации, невнимательность.

Остеопороз – это системное заболевание костной ткани, в основе которого лежит снижение ее целостности. Структурные изменения, при этом выражены настолько, что даже при незначительной травме у таких женщин возникают переломы. Возрастной остеопороз вызывается значительной потерей костного минерала – это физиологический процесс, а не болезнь, вызванная инфекцией. Костный минерал утрачивается, кости при этом не уменьшаются в размере, но становятся хрупкими и пористыми. Остеопороз означает

«пористая кость». Начиная со среднего возраста скелет медленно теряет костный минерал. Это приводит к тому, что остеопоротические переломы год от года становятся все более вероятными. Однако никогда не поздно предпринять меры по снижению риска переломов. Для этого в первую очередь необходимо изменить свой стиль жизни, регулярно заниматься физическими упражнениями, современными методами физической реабилитации, принимать полезную для костей пищу, богатую кальцием, минеральными солями и витаминами. Поэтому вопросы взаимоотношения между старением и заболеваниями костно-мышечной системы у женщин, которые находятся в перименопаузе и особенно в менопаузе, являются на сегодняшний день очень актуальными. Остеопороз у пожилых женщин ученые назвали «молчаливой» эпидемией прошлого столетия за частоту его тяжелых осложнений в костно-мышечной системе.

Еще до наступления пятидесяти лет у женщины начинает падать уровень прогестерона, хотя уровень эстрадиола все еще не понижается. Где-то по достижении пятидесяти лет резко падает и уровень эстрадиола. Вследствие этого наступает менопауза и начинает развиваться климактерический синдром со всеми его ранее перечисленными симптомами и проблемами, хорошо известными только женщинам. Бывшего полного физического, психического, сексуального и социального благополучия у женщины уже не существует. В эту пору оправданы для женщин гормональные, терапевтические, физические и другие реабилитационные меры.

Вначале на передний план выдвигаются кровотечения из половых путей, затем следуют вышеперечисленные субъективные жалобы, а еще позднее – явления атрофии кожи и слизистых, атеросклероз и остеопороз.

В основном климактерический период условно делится на такие фазы: пременопаузу, перименопаузу, фазу ранней постменопаузы, продолжающуюся до двух лет после наступления менопаузы, и после нее так называемую позднюю постменопаузу.

Эти возрастные изменения обычно начинаются у женщин в возрасте 45-50 лет и могут продолжаться несколько лет, чаще всего 4-5 лет.

Исходя из этого, учеными разрабатываются индивидуальные концепции профилактики, заместительной гормональной терапии (ЗГТ), психокоррекции, психоадаптации, современные методы физической и физиотерапевтической реабилитации.

Теперь на передний план выдвигаются расстройства менструации (дисфункциональные маточные кровотечения), обусловленные дефицитом прогестерона и относительным преобладанием эстрогенов. За ними следуют эпизоды вазомоторной дисфункции: проявляются в виде внезапного ощущения жара, обычно отмечаемого в области грудной клетки, шеи и лица, которые часто сопровождаются покраснением, потоотделением, сердцебиением, ощущением тревоги и нарушением сна. Позднее появляется сухость кожи и слизистых влагалища. Как следствие сухости слизистых влагалища возникает недержание мочи и развивается диспареуния.

Постепенно нарушается костный метаболический обмен, кардио- и церебральные симптомы находятся во взаимосвязи с атеросклерозом, обусловленным дефицитом эстрогенов в постменопаузе. При этом каждая двадцатая женщина становится нетрудоспособной. Прогрессируют раздражительность, головные боли, усталость, невнимательность, когнитивные расстройства и головокружение.

В случаях оперативного удаления обоих яичников в пременопаузе в ближайшие месяцы после операции наступают ранние симптомы климакса со всеми его физическими, костно-мышечными, психическими и социальными проблемами.

Таким образом, эстрогены в организме женщины оказывают не только воздействие на молочные железы, матку, влагалище, мочеточник и мочевой пузырь, но и значительное влияние оказывают на кости, кожу, волосы, жировой обмен, сердечно-сосудистую систему.

Остеопороз представляет собой типичное заболевание скелета, наступающее у женщин, особенно после наступления менопаузы. В итоге у них снижается стабильность костной ткани, что влечет за собой переломы костей бедра, ключицы, шейки бедра, позвоночника даже без применения каких-либо повышенных физических усилий. Чаще всего встречаются переломы бедра и позвонков, приводящие к беспомощности и инвалидизации. Остеопороз в позвоночнике приводит к нарушению осанки и так называемому «горбу вдовы».

Цель исследования. На ранней стадии выявления остеопороза, с целью его профилактики, реабилитологом составляются специально подобранные по возрасту и физическому развитию женщины физические упражнения, рекомендуются современные методы физической реабилитации. При необходимости назначают заместительную гормональную терапию (эстрогены), препараты кальция и продукты его содержащие [1]. При этом реабилитологу важно учитывать частоту появления этого заболевания в семейном анамнезе. Кроме того, повышенный риск развития остеопороза распространяется на пациенток с преждевременной менопаузой и более длительной вторичной аменореей. К другим группам риска относятся женщины с пониженным весом, ведущие малоподвижный образ жизни, имеющие недостаточное поступление кальция в организм и злоупотребляющие курением. Из этого следует, что уже при перименопаузе и особенно менопаузе, наряду с замещением эстрогенов следует рекомендовать женщине прием достаточного количества солей кальция. Посоветовать вести женщине более активный образ жизни: заниматься в меру физическими упражнениями, доступными ее возрасту, использовать методы физического и физиотерапевтического воздействия, заниматься в тренажерном зале, плавать в бассейне, больше двигаться и находиться на свежем воздухе [1]. Лечение таких женщин эстрогенами представляет собой важную, хотя и далеко не единственную часть профилактики остеопороза и его последствий. Уже после применения ЗГТ и постоянного употребления

солей кальция и микроэлементов наблюдается значительное увеличение костного вещества, хотя оно и не достигает показателей контрольной группы. Это доказывает, что особенно кастрированным женщинам, даже молодого возраста, настоятельно показаны прием кальция и продуктов его содержащих, заместительная гормональная терапия, которую следует по возможности начинать в более раннюю пору, особенно после операции гистерэктомии с яичниками.

Необходимо отметить, что ЗГТ эстрогенами и постоянный прием препаратов кальция в пределах 1000 мг/л в сутки в сочетании с витамином Д₃ по 50 МЕ с микродозами цинка, меди, марганца, бора, активный образ жизни снижает частоту переломов костей у женщин, улучшает качество их жизни в климактерическом периоде и является вторичной профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза и неблагоприятных его последствий.

В настоящее время эпидемиологические исследования, посвященные проблемам остеопороза, широко проводятся во многих странах мира, в том числе и в Украине. В феврале 2008 года в Украине в г. Яремче прошел I-й международный семинар «Кістково-м'язова система та вік». В семинаре приняли активное участие ведущие специалисты Украины, Литвы, Польши. Основная задача этого важного международного мероприятия – привлечь внимание специалистов к вопросам, связанным с возрастными изменениями костно-мышечной системы и развитию патологии опорно-двигательного аппарата. Большое внимание в работе семинара было уделено проблеме возникновения именно заболеваний костно-мышечной системы у женщин в период перименопаузы и менопаузы.

Ярким свидетельством распространения данной патологии является тот факт, что в Украине на сегодня остеопорозом страдают около 2,5 млн женщин.

Современными исследованиями доказано, что максимальный прирост костной массы наблюдается у девочек с 11 до 15 лет, у мальчиков с 12 до 16 лет. В этот возрастной период накапливается 60-70% всей костной массы. Нарушение формирования пика костной массы создает предпосылки для развития остеопороза и его осложнений у женщин, особенно в период перименопаузы и менопаузы. На эпидемиологическую ситуацию в некоторых регионах нашей страны продолжают оказывать существенные влияния последствия Чернобыльской катастрофы [7]. При этом ведущими дозообразующими радионуклидами все еще остаются стронций – классический остеопоротический радионуклид, 99% которого накапливается в костной ткани, а 40% - в мышечной системе.

Задержка полового созревания также является одним из факторов риска нарушения костной массы и отрицательно влияет на минеральную плотность костной ткани.

Возраст женщины и наличие факторов риска способствуют возрастанию частоты переломов, особенно с потерей эстрогенной функции яичников (перименопауза – менопауза). Так, например, типичные переломы у женщин этого возраста, в менопаузальный и постменопаузальный период – перелом костей предплечья, который чаще приходится на зимнее время (в среднем около 400 остеопоротических переломов на 100 тысяч населения), большинство которых составляют женщины в возрасте старше 50 лет.

Работа выполнена по плану НИР открытого международного университета развития человека «Украина».

Формулирование целей работы.

Цель и задания. Выявить и исследовать изменения в костной системе, которые наблюдаются у женщин перименопаузального и менопаузального возраста. Определить эффективные методы и способы современной профилактики остеопороза и физической реабилитации у женщин с нарушением костно-мышечной системы.

Результаты исследования.

На сегодняшний день доказано, что препараты кальция и витамина Д₃ эффективны и безопасны при лечении и профилактике остеопоротических изменений у женщин в перименопаузе и менопаузе.

Это базисная профилактика и терапия, которая должна сопровождать прием других препаратов, использующихся в лечении остеопороза у возрастных женщин. Согласно современным представлениям (рекомендации национального института здоровья США) препараты кальция и витамина Д назначаются пациентам из группы риска без предварительного денситометрического исследования минеральной плотности костной ткани – МПКТ.

Системный прием этих средств уменьшает количество переломов, включая переломы проксимального отдела бедренной кости у женщин с высоким риском в возрасте 65 лет и старше (менопаузального и постменопаузального периодов).

В настоящее время подтверждено многими исследованиями, что длительный прием препаратов кальция уменьшает скорость потери костной ткани в различных участках костного скелета. Низкое потребление кальция (менее 700 мг/сут) является также фактором риска для развития мочекаменной болезни.

К методам профилактики остеопороза относится также диета, регулярные занятия физическими упражнениями и современными методами физической реабилитации с нагрузкой на скелет, нормализация кальциевого баланса. Действие большинства современных препаратов, которые используются в лечении, профилактике и реабилитации остеопороза основано на угнетении активности костных элементов – остеокластов. Прирост костной массы при применении кальция определяется тем, что при снижении процесса резорбции формирование костной ткани остается на прежнем уровне катастрофы [7].

Учеными Литовского фонда остеопороза [7] проведены исследования группы литовских женщин, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата. В результате было обнаружено, что средние

показатели нормальной плотности костной ткани литовских женщин превышают показатели, зафиксированные для женщин Украины.

Хирургические вмешательства при остеопорозных переломах, как и использование методов физической реабилитации – достаточно сложный и дорогостоящий процесс. В связи с этим, в настоящее время следует больше внимания уделять профилактике остеопороза и его последствий у женщин с последующим использованием методов современной физической и физиотерапевтической реабилитации при наличии факторов риска возникновения и его профилактическому лечению.

Эпидемиологические исследования польских женщин [7] показали, что остеопороз диагностирован у 15% пациенток, остеопения – у 43% и только у 42% женщин имелась нормальная костная масса. Из 727 обследованных женщин, включенных в исследование, 30,5% имели в анамнезе остеопоротические переломы разной локализации.

Доказано, что возрастные изменения у женщин влияют на прочность кости. При менопаузе ухудшается качество костной ткани за счет появления большого числа микротрещин и микропереломов [2], которые не определяются денситометром. И, тем не менее, единственный критерий, который дает нам основание ставить диагноз остеопороза – это минеральная плотность костной ткани. В связи с этим разработаны современные рекомендации ВОЗ дополнительно позволяющие определить прочность костной ткани с указанием следующих независимых факторов риска: низкоэнергетический перелом после 50 лет, перелом проксимального отдела бедренной кости в семейном анамнезе, ревматоидный артрит, алкоголизм, курение, снижение роста, снижение костной массы тела.

Доказано, что каждый из этих критериев увеличивает риск переломов независимо от наличия других факторов, а также может присутствовать у женщин с нормальными показателями костной массы. Кроме того, чем ниже индекс массы тела по сравнению с нормой (25), тем выше риск переломов.

Следовательно, определяя степень риска, необходимо учитывать не только минеральную плотность кости, но и другие факторы. При этом задача врача и специалиста реабилитолога заключается не в том, чтобы немедленно отправить женщину на денситометрию (измерение плотности костей скелета – исследуются кости предплечья, шейка бедра, позвонки или пяточная кость для выявления остеопороза, проводится либо рентгеновская, либо ультразвуковая денситометрия), а в том, чтобы всесторонне оценить указанные дополнительные факторы. И если у женщины в перименопаузе и менопаузе определяется высокий риск переломов, необходимо рекомендовать профилактические, лечебные и современные реабилитационные мероприятия.

Наряду с большим арсеналом медикаментозных и реабилитационных мероприятий профилактики остеопороза существует один важный подход – рациональное питание, чего так недостает в наше время.

В течение жизни человека существуют два критических периода в отношении развития костной ткани: это период формирования пика костной массы и период ее ускоренной потери. Значение рационального питания на этих этапах жизни женщины резко возрастает. Несбалансированное питание оказывает на состояние костной ткани не меньшее влияние, чем генетические и гормональные факторы. Для нормального развития и состояния кости важно не только достаточное поступление в организм кальция и витамина Д₃, но и многих микроэлементов: цинка, меди, марганца, бора.

В исследованиях Григорьевой Н. В. (2008) показано, что в рационе питания обследуемых групп, в том числе и женщин в возрасте перименопаузы и менопаузы наблюдается существенный недостаток потребления кальция и указанных микроэлементов. Основными причинами кальциевого дефицита, как у детей, так и у взрослых женщин являются: замена молока безалкогольными напитками; незнание проблемы или неправильное отношение к ней; современная попытка контролировать вес путем ограничения потребления жиров; дефицит пищеварительных ферментов и др.

Во многих научных исследованиях установлено, что содержание кальция в блюдах домашнего приготовления намного выше, чем в продуктах предоставляемых в условиях общественного питания.

Конечно, гормональная терапия – это единственный способ остановить потерю костной массы и предотвратить остеопороз. У женщин, прошедших гормональную терапию на 40% снижается риск переломов шейки бедра, чем у тех, кто не проходил ее. У людей пожилого возраста наряду с ускорением процессов перестройки костной ткани возрастает частота заболеваний желудочно-кишечного тракта, ухудшаются процессы всасывания. Поэтому потребность в минеральных элементах у женщин в возрасте перименопаузы и менопаузы должна быть даже выше, чем у молодых женщин. Отмечено, что суточная потребность кальция в данной группе женщин не превышает 450 мг/сут и только 3% женщин менопаузального возраста потребляют кальций свыше 1000-1200 мг/сут. Известно, что высокий уровень кальция содержат твердые сыры, другие молочные продукты и рыба; низкие концентрации кальция в мясе, крупах и хлебобулочных изделиях; вегетарианская кухня также характеризуется низким содержанием кальция.

В последние годы значительно возросло внимание к возможным альтернативным методам лечения и профилактике климактерических расстройств у женщин в перименопаузе и менопаузе [3, 4, 6, 9, 10, 11]. Одним из таких видов терапии является широкое использование препаратов растительного происхождения фитоэстрогенов и фитогормонов (Потапов В. А., 2007). Эффективность фитотерапевтических препаратов проверена многими клиническими испытаниями. Сегодня широко известны фитопрепараты Климадинон, Климадинон УНО «Бионорика АГ», Германия. Фитогормоны действуют благодаря изофлавиновой структуре и

оказывают влияние на различные белки, приводя к значительному снижению частоты климактерических симптомов и переломов костной ткани [4, 6, 9, 10].

Наши исследования показывают, что при оказании профилактической помощи пациенткам в перименопаузе и менопаузе важное значение имеет изменение образа жизни женщин в сторону повышения ее физической активности, регуляция труда и отдыха с обязательным участием в проведении современных методов физической, психологической реабилитации. Все это является хорошим началом в комплексном лечении климактерического синдрома, профилактике остеопороза и переломов костей у женщин.

При условии хорошего физического состояния, нормальных показателей кальция в костях, артериального давления, электрокардиограммы, отсутствии общеизвестных противопоказаний к повышению физической нагрузки мы рекомендуем женщинам заниматься физическими упражнениями и современными методами физической реабилитации.

Прежде всего, можно и нужно заниматься посильными физическими упражнениями: делать по утрам зарядку или бегать трусцой; три раза в неделю посещать бассейн или спортзал, хотя бы полчаса прогуливаться в быстром темпе. Мы рекомендуем серьезно отнестись к освоению методик дыхания по К. С. Стрельниковой и К. П. Бутейко[4].

В наших рекомендациях по физической реабилитации женщин в перименопаузе мы предлагаем свой доступный комплекс современной физической реабилитации.

Это, прежде всего, придерживаться здорового способа жизни: выполнять режим труда и отдыха, отказаться от вредных привычек, если они имеются (курение, алкоголь и др.). Следует обязательно регулярно заниматься физкультурой отдавая предпочтение упражнениям, раздражающим зоны роста, – на растяжение, расслабление. Рекомендуется регулярно выполнять специальные упражнения, дополняя их плаванием в бассейне 2-3 раза в неделю, преимущественно брассом, тепловые процедуры (сауна, теплые ванны с температурой воды 37 - 39° с морской солью, хвойным экстрактом, лекарственными травами), массаж и закаливание. Все это способно привести к раздражению зон роста костей, усилить микроциркуляцию и обмен веществ в тканях.

Таким образом, ведя здоровый образ жизни, рекомендуется комплексно использовать такие факторы как: двигательную активность, способы физической реабилитации, режим питания, режим дня, умелое преодоление стрессов с помощью физической двигательной активности, релаксации, аутогенной тренировки в соединении с разнообразными дыхательными упражнениями, активную социальную деятельность.

Гигиеническую гимнастику утром можно выполнять стоя, лежа в кровати, с обязательным выполнением упражнений для всех групп мышц. Выполнять упражнения необходимо легко, придерживаясь осторожности и самостраховки. В комплекс упражнений следует включать: посильные физические упражнения для мышц рук и плечевого пояса, головы, шеи, туловища, мышц ног, стоп, пальцев стоп; дыхательные упражнения, дыхание по Бутейко, самомассаж. Пример такого комплекса упражнений:

1. Потягивание, вытягивание, выпрямление туловища во всех суставах: рук, туловища, ног.
2. Руки вперед, вверх, в стороны, пальцы рук сжаты в кулаки или выпрямлены, ноги согнуты в коленных суставах (если упражнение выполняется лежа), круговые движения руками.
3. Наклоны туловища вперед, назад, в стороны, с разным положением прямых, согнутых рук (за головой, перед грудью, на поясе) с одновременным поднятием противоположной ноги.
4. Повороты в сторону, наклоны головы.
5. Поднятие прямых, согнутых ног с максимальной подвижностью в суставах.
6. Выпады, приседания с разным положением рук.

Использование солнечных лучей способствует образованию витамина Д, активному всасыванию кальция, что поддерживает прочность костной ткани.

Режим дня – это правильное объединение труда и отдыха, включает в себя комфортное положение тела, особенно позвоночника при сидячей работе (основное внимание следует уделить поддержке осанки с помощью собственных мышц, динамический перерыв через каждые полчаса сидячей работы); физическую реабилитацию – активный отдых и получение от этого удовольствия (физические движения – силовые, координационные на расслабление и растягивание мышц, на подвижность в суставах, которые выполняются в положениях стоя, сидя, лежа и свободное, осторожное передвижение на ногах) в соединении с интеллектуальными психологическими играми, песнями.

Для укрепления костной ткани рекомендуется оздоровительная ходьба (ежедневно 20 – 30 минут в среднем темпе, что приводит к незначительному учащению дыхания, потоотделению) с одновременным выполнением разнообразных дыхательных упражнений, движений рук, туловища, головы.

На протяжении дня рекомендуем прогулки хобби (музыка, рыбалка, сбор грибов, ягод, гербариев и пр., зоотерапию, оздоровительную ходьбу (ускоренная ходьба, чередование со свободным бегом) – ежедневно по 20 – 30 мин; оздоровительный аквафитнес (физические упражнения в воде, купание, плавание в бассейне 3 раза в неделю по 1 часу).

Релаксация – это метод воздействия на тонус мышц с целью снятия повышенного нервно-психического напряжения, улучшения эмоционального состояния. Состоит в резком сокращении определенной группы мышц с последующим длительным и полным расслаблением. В момент сокращения мышц происходит отток крови в систему внутреннего кровообращения, а как только напряжение снимается, интенсивно кровоснабжается мышечная ткань. При этом осуществляется своеобразная гимнастика нервных центров, вегетативной нервной

системы. Полная релаксация – это не просто расслабление мышц, но и уход от сознания. Помогает в расслаблении аутогенная тренировка, йога.

В возрасте после 45 лет все кости организма начинают утрачивать прочность. С помощью физических силовых упражнений можно не только поддерживать прочность костной ткани, но и увеличивать массу костей. Нагружая мышцы, вы создаете кости стрессовое действие, нервно-мышечное раздражение, что в свою очередь увеличивает их прочность, размер и массу. Выполнять физические упражнения можно в любом возрасте.

Очень важно знать приемы предупреждения падений и переломов. Для этого:

1) используйте предметы мебели, стенки, турникеты, другие посторонние предметы для удержания тела в вертикальном положении стоя и при передвижении; пользуйтесь тростью; покрытие пола не должно быть скользким; не передвигайтесь в темноте;

2) обувь используйте на широкой, мягкой, без каблука подошве;

3) стоя, сидя постоянно следите за состоянием осанки: позвоночный столб должен быть постоянно выпрямлен, подбородок приведен, плечи расправлены. Сидеть необходимо так, чтобы коленные суставы были выше уровня бедерных, а осанку поддерживать, опираясь руками о стол, подлокотники. Поднимая предмет с пола, спину следует удерживать выпрямленной, сгибая ноги в коленных суставах и, по возможности, придерживаясь свободной рукой о посторонний предмет [2].

Хорошая физическая форма помогает женщине предотвратить остеопороз и сердечно-сосудистые заболевания. Для разнообразия мы рекомендуем занятия гимнастикой в воде (акватерапия, аквааэробика). Упражнения в воде помогут сбросить лишний вес. В воде легче двигаться, усталость наступает не так быстро. При выполнении упражнений в воде легче преодолеть сопротивление воды и напрягать мышцы. Давление воды действует и как массажист. Кроме того, гимнастика в воде повышает настроение, улучшает самочувствие. Занимайтесь ею в бассейне, на море, где есть возможность опереться руками о бортик, мостик, на лесенку.

Очень распространенной и популярной в последнее время становится так называемая танцевальная терапия. Танец – это эстетический спектакль, выполняемый хорошо тренированным танцором. Танцевальная терапия – демократична, танцевать могут все. При умении танцевать пол или возраст не имеют значения. В танцевальной терапии тело воспринимается как процесс, а не как объект.

Вы научитесь контролировать свое тело, чего требуют нравственные правила общества, в котором мы живем. Танцевальная терапия позволяет завершить шаги, которые мы ощущаем внутри своей души, но не можем сделать в действительности. Включайте музыку и танцуйте – в одиночку, со своими любимыми, с детьми! Сделайте шаг к своей обновленной жизни [2, 4]!

Помимо танцевальной реабилитации в комплекс можно включить пешие прогулки по парку в течение 30-60 мин, терренкур, водные процедуры или местный массаж (гидромассаж, душ Шарко, шотландский душ; элементы психорегуляции и коррекции, расслабляющую и успокаивающую фитотерапию с фрагментами современной музыкотерапии, зоотерапии, что доступно особенно в условиях санаторно-курортного лечения и другие методы физической и физиотерапевтической реабилитации.

Одним из важнейших условий эффективности реабилитационной программы должно быть доверие пациентки к врачу ЛФК, специалисту реабилитологу; положительный настрой на проведение занятий ЛФК, оздоровительный фитнес, регулярную утреннюю гимнастику, ходьбу, аэробiku, аквааэробiku и закаливание; позитивно окрашенное психологическое и эмоциональное состояние пациентки, подкрепленное убежденностью в том, что проводимые физические и терапевтические реабилитационные мероприятия и врачебный контроль за ее состоянием постоянно осуществляется опытными специалистами реабилитологами. Обязательным условием качества текущего контроля за женщинами должно быть систематическое измерение артериального давления, определение частоты пульса, дыхания, ЭКГ, субъективных жалоб пациентки, ее психическое состояние, либо еще имеющих и повторяющихся менструаций.

Физическая реабилитация, активный образ жизни, санаторно-курортное лечение позволяют наиболее успешно сочетать гормональную терапию, физические, физиотерапевтические лечебные и реабилитационные мероприятия с благоприятной и доброжелательной психологической обстановкой со стороны врача, специалиста реабилитолога и среднего медперсонала отделения санатория способствуют успешному лечению женщин с патологическим течением климактерического синдрома. Смена обстановки, изменение образа жизни, отсутствие ряда неблагоприятных домашних бытовых условий, сбалансированное полноценное питание, обогащенное достаточным количеством кальция, витаминами и микроэлементами, позволит женщине сосредоточиться на лечебно-реабилитационном процессе и совместно со специалистом реабилитологом, врачом-гинекологом, физиотерапевтом, психологом, эндокринологом успешно овладеть современными методиками оздоровления.

Выводы.

1. Остеопороз представляет собой типичное заболевание костного скелета, наступающее у женщин чаще в период перименопаузы и особенно менопаузы. Это заболевание костной ткани, влекущее за собой распад костного скелета и переломы костей запястья, бедра, шейки бедра, тазобедренного сустава и позвоночника.

2. В перименопаузе первоначально наступает преобладание эстрогенов, следствием которого зачастую происходят нарушения менструального цикла и кровотечения, являющиеся следствием гиперпластических процессов в эндометрии. Затем присоединяются вегетативные расстройства (приливы жара по ночам, нарушения сна, повышенная раздражительность, невнимательность, когнитивные расстройства, ощущения тревоги), атрофия кожи и слизистых.

Большое значение в профилактике и лечении остеопороза и других патологических симптомов, помимо заместительной гормональной терапии, имеют изменения образа жизни женщины в сторону повышения ее физической активности, регуляции труда и отдыха. Несомненно, важно хорошее физическое состояние, нормальные показатели кальция, артериального давления, ЭКГ и отсутствие противопоказаний к повышению физической нагрузки. Женщинам в менопаузе следует активно заниматься физическими упражнениями и современными методами физической реабилитации.

Дальнейшие исследования предполагается провести в направлении изучения других проблем возникновения заболеваний костно-мышечной системы у женщин в период перименопаузы и менопаузы.

Литература

1. Баси Джоан, Динан Сюзи. Комплекс упражнений. Как стать здоровой, стройной, активной. / Пер. с англ. – БММ АО. – 2004. – 96 с.
2. Живны Я, Еничек Я., Кочман Я., Винглерова Х. Изменения в костном метаболизме и плотности костей у женщин, перенесших удаление яичников в детородном возрасте и прошедших лечение эстрадиол валератом и левоноргестрелом. – Эффективность и переносимость климонорма как препарата ЗГТ. – К. – 1998. – С. 63-74.
3. Климакс. Все, что Вы должны знать. / Н. А. Данилова. – СПб: Вектор – 2008. – 128 с. – (Семейный доктор).
4. Митюков В. А., Томашевский Н. И., Симарова А. В. и соавт. Современные методы физической реабилитации в период перименопаузы и менопаузы с использованием фитопрепаратов – Новітні технології фахівців вищої школи в сучасних умовах. Матеріали конференції – Том I –II. – Всеукраїнська науково-практична конференція – Горлівка – 2007. – С. 139 – 146.
5. Поворознюк В. В., Григорьева Н. В., Бондаренко Е. В. Фитоэстрогены в профилактике и лечении климактерических нарушений у женщин в постменопаузальном периоде. – Доктор. – 2003. - № 6. – С. 73 – 75.
6. Поворознюк В. В., Григор'єва Н. В. «Мовчазна» епідемія століття: остеопороз та його ускладнення. – Здоров'я України. – К.: Травень. – № 9 – 2008. С. 11.
7. Практическое применение заместительной гормональной терапии. – К. – 1998. – Schering. – 64 с.
8. Сметник В. П. Альтернатива заместительной гормональной терапии: фитогормоны и фитоэстрогены. Климактерий. – 2001. - № 2. С. 5 – 10.
9. Татарчук Т. Ф. Использование препаратов растительного происхождения в лечении климактерических расстройств. – Новости медицины и фармации в Украине - № 14. – 2006. – (196). – С. 3 – 4.
10. Warren M. P., Ramas R. H., Alternative therapies to hormone replacement therapy. – Menopause Biology and Pathology (ed. by R. A. loked et al.). – Academic press. – 2000. – P. 459 – 480.

Поступила в редакцию 03.10.2008г.