

казатели (качество жизни по опроснику QUALEFFO-41, показатели стабилотрии, тест «Встань и иди») при включении в исследование статистически значимо не различались между группами. Различия касались лишь оценки грудного кифоза, который был более выражен в основной группе: расстояние между стеной и затылком было больше в основной группе ($4,0 \pm 3,4$ см), чем в контроле ($2,6 \pm 3,4$ см), $p=0,02$.

Оценка качества жизни через 12 месяцев показала статистически значимое улучшение показателей в основной группе по сравнению с контролем в «Общем счете» и в доменах «Боль», «Работа на дому», «Подвижность», «Социальная функция», «Общее восприятие здоровья». Показатели в основной группе составили: -5,8, -13,5, -9,8, -7,3, -3,7, -6,0, в контроле: +3,1, -0,4, -0,3, +6,2, +3,5, +8,1 соответственно (снижение показателей соответствует улучшению качества жизни).

Оценка показателей стабилотрии выявила статистически значимое улучшение в двух тестах. В тесте «Встать из положения сидя» в основной группе время переноса центра тяжести снизилось на 0,24 сек, в контроле возросло на 0,43 сек. Статистически значимое улучшение получено также в тесте «Приставной шаг»: колебание центра тяжести в основ-

ной группе уменьшилось на 0,65 градусов в сек., в контроле возросло на 0,29 градусов в сек.

При проведении теста «Встань и иди» получено статистически значимое улучшение в основной группе с уменьшением времени выполнения теста с $12,0 \pm 3,8$ до $11,4 \pm 3,3$, $p=0,02$ и отсутствием динамики в контроле ($11,0 \pm 3,3$ и $11,3 \pm 2,9$ соответственно). Выявлены статистически значимые различия в изменениях показателей между основной и контрольной группами ($p=0,02$).

Выраженность грудного кифоза достоверно уменьшилась в основной группе и не изменилась в контроле без межгрупповых различий в конце исследования. В основной группе расстояние от затылка до стены уменьшилось с 4,0 см до 3,3 см, $p=0,04$, в контроле – с 2,6 см до 2,5 см, $p=0,46$.

При оценке переломов статистически значимых межгрупповых различий не выявлено. За год наблюдения переломы позвонков и периферических костей наблюдались у 7 чел. контрольной группы и у 4 чел. основной группы, $p=0,285$.

Выводы. Физические упражнения улучшают качество жизни, физическую функцию, координацию и выраженность грудного кифоза у пациентов с остеопоротическими переломами позвонков и хронической болью в спине.

ВЛИЯНИЕ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

КАДЫРОВА Л.Р.¹, БЕЗЛЮДНАЯ Н.В.², КИСЕЛЕВА И.Н.³, БАШКОВА И.Б.⁴, ХАЙБУЛЛИНА Д.Х.¹, ВОЛКОВ А.В.⁵

¹ФГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, г.Казань,

²ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ, г.Чебоксары,

³БУ «Республиканский эндокринологический диспансер» МЗ ЧР, г.Чебоксары

⁴ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г.Чебоксары

⁵Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, г. Санкт-Петербург

Остеопороз приобретает размеры эпидемии, охватывая все слои населения и понижая качество жизни пациентов. Одним из модифицируемых факторов риска развития этого заболевания является низкая физическая активность.

Цель: определить влияние скандинавской ходьбы (СХ) на качество жизни пациентов с постменопаузальным остеопорозом (ПМОП).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 48 женщин с установленным диагнозом постменопаузальный остеопороз, получающих терапию бисфосфонатами в сочетании с препаратами кальция и витамина D.

Основная группа представлена 28 женщинами 62,8±8,9 лет (здесь и далее М±δ), с длительностью менопаузы 6,1±7,9 лет, посещающими занятия СХ продолжительностью 60 минут 2 раза в неделю. Группу контроля составили 20 пациенток 61,3±9,5 лет, с длительностью менопаузы 5,9±6,8 лет, не занимающиеся СХ (ЛФК произвольно). Критериями исключения стали заболевания и состояния, являющиеся противопоказанием для групповых занятий СХ.

Занятие СХ, состоящее из разминки, основной тренировочной части и заминки, проводилось на уровне 55-70% от максимальной возрастной частоты сердечных сокращений (ЧССмакс), вычисляемых по специальным формулам.

Качество жизни (КЖ) оценивали с помощью русскоязычного варианта опросника QUALEFFO-41 (Quality of life questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis), разработанного Европейским фондом остеопороза (European Foundation for Osteoporosis) для исследования качества жизни у больных остеопорозом с компрессионным переломом позвонка. Опросник состоит из 7 доменов (А – боль, Б – физическая активность, В – работа по дому, Г – подвижность, Д – отдых и

социальная активность, Ж – эмоциональное состояние), позволяющих получить общую оценку качества жизни. Чем ниже количество баллов, тем выше качество жизни. Качество жизни оценивалось в начале исследования и через 3 месяца.

Результаты. По результатам опросника QUALEFFO-41 в начале исследования общий балл в обеих группах составил $61,5 \pm 3,8$, КЖ было «неудовлетворительным» у 67,8% обследованных основной группы и 65,0% контрольной группы (средний балл $71,2 \pm 1,7$), «удовлетворительным» у 32,2% и 35,0% соответственно (средний балл $43,3 \pm 2,4$). При повторном тестировании через 3 месяца были получены следующие данные: в основной группе «неудовлетворительное» качество жизни констатировали 10,7% пациенток основной группы (средний балл $71,2 \pm 2,1$) и 30,0% в контрольной группе (средний балл $72,2 \pm 1,9$) ($p < 0,05$); «удовлетворительное» 35,7% (средний балл $51,3 \pm 2,2$) и 50,0% (средний балл и $61,2 \pm 3,1$) соответственно ($p < 0,05$). «Хорошее» качество жизни отметили 53,6% женщин основной группы (средний балл $27,9 \pm 1,3$), в то время как в контрольной группе «хорошее» качество жизни указали лишь 20,0% обследованных (средний балл $31,2 \pm 1,1$), что также оказалось статистически достоверным ($p < 0,05$). Кроме того, необходимо отметить, что пациентки основной группы отмечали значительное улучшение в отношении частоты и интенсивности болевого синдрома, общего здоровья, а также психологического статуса.

Заключение. Занятия СХ оказывают положительное влияние на показатели качества жизни у пациенток с постменопаузальным остеопорозом, что дает возможность широкого применения этого метода физической активности как с целью профилактики, так и для лечения и реабилитации пациентов с остеопорозом.