

Rola wysiłku fizycznego w okresie menopauzy

The role of physical activity in menopause

Jolanta Dąbrowska¹, Beata Naworska², Magdalena Dąbrowska-Galas³, Violetta Skrzypulec-Plinta²

¹Katedra i Zakład Fizjoterapii, Wydział Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Tadeusz Gaździk

²Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

³Katedra Fizjoterapii i Zakład Medycyny Sportowej i Fizjologii Wysiłku Fizycznego, Wydział Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; kierownik Zakładu: dr n. med. Piotr Kończakowski

Przegląd Menopauzalny 2012; 6: 445–448

Streszczenie

Okres klimakteryczny to czas, w którym kobiety doświadczają nieprzyjemnych objawów wypadowych o różnym nasileniu. Szacuje się, że ok. 85–89% kobiet deklaruje odczuwanie nieprzyjemnych objawów klimakterycznych będących wynikiem zmian hormonalnych, co pogarsza ich komfort życia i sprawia, że ten okres staje się szczególnie trudny. Istotnym modyfikacjom ulegają zachowania seksualne dotyczące zmiany libido, obniżenia zainteresowania seksem oraz pożądania seksualnego, co w połączeniu z suchością pochwy często powoduje dyskomfort podczas stosunków płciowych. Mimo poglądu, że aktywność seksualna zmniejsza się w okresie okołomenopauzalnym wraz z zanikiem produkcji estrogenów, wyniki badań zaprzeczają tej tezie. Wybór metody terapii zaburzeń seksualnych kobiet w okresie okołomenopauzalnym powinien uwzględnić etiopatogenezę i stopień nasilenia dysfunkcji, a ryzyko występowania działań niepożądanych, wynikających ze stosowanej terapii, nigdy nie powinno przewyższać płynących z niej korzyści. Indywidualnie dobrana terapia hormonalna (*menopausal hormone therapy* – MHT) stanowi powszechnie stosowaną metodę łagodzenia objawów menopauzalnych. Naturalne metody bazujące na zmianie stylu życia, regularnej aktywności fizycznej i racjonalnej diecie są alternatywą dla kobiet w łagodzeniu dyskomfortu związanego z okresem okołomenopauzalnym. Aktywność fizyczna stanowi bardzo istotny element zdrowego trybu życia, wpływający bezpośrednio lub pośrednio na inne nawyki. Promocja zdrowego stylu życia jest szczególnie ważna w uświadomieniu pacjentkom konieczności zadbania o zdrowie, zrezygnowania z nałogów, wdrożenia w życie codzienne regularnej aktywności fizycznej i zdrowego żywienia.

Słowa kluczowe: menopauza, jakość życia, aktywność fizyczna.

Summary

The climacteric period is a time when women experience many unpleasant symptoms with different intensity. It has been reported that 85–89% of women experience climacteric symptoms resulting from hormonal fluctuations, which affect their quality of life, therefore this time can be difficult for women. During menopause sexual behaviours are modified because of low libido, decreased interest in sex and sexual desire, and vaginal dryness which cause discomfort during sexual intercourse. Despite the opinion about a decrease in sexual activity caused by a low level of estrogen during menopause, the results of different studies contradict this thesis. Etiopathogenesis and the intensity of sexual dysfunctions should be considered before choosing treatment in menopausal women, and undesirable effects of the therapy should never exceed its benefits. Individually tailored menopausal hormone therapy (MHT) is commonly used to ease menopausal symptoms in women with moderate or severe intensity of these symptoms. Natural methods such as making positive lifestyle changes, regular physical activity and healthy diet represent an alternative for menopausal women suffering from some climacteric syndromes. Physical activity is one of the major lifestyle-related determinant which directly or indirectly influences different life components. Promotion of the healthy lifestyle is essential in order to encourage women to give up bad habits, practice healthy eating and regular physical activity.

Key words: menopause, quality of life, physical activity.

Adres do korespondencji:

Violetta Skrzypulec-Plinta, Katedra Zdrowia Kobiety, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Medyków 12, 40-752 Katowice, tel./faks +48 32 208 86 29, e-mail: cor111@poczta.onet.pl

Pierwsza i ostatnia miesiączka w życiu każdej kobiety stanowi kryterium wyznaczające ramy czasowe poszczególnych okresów rozrodczych w żeńskim układzie rozrodczym. Zmiany progresywne zachodzące w pierwszym okresie życia prowadzą do wystąpienia pierwszej miesiączki. Od tej pory zaczyna się okres rozrodczy trwający aż do momentu utraty płodności, która następuje ok. 5–10 lat przed menopauzą. Po menopauzie proces starzenia się zachodzi nieco gwałtowniej niż przed tym okresem, jednak dawniej menopauzę postrzegano jako początek nieuchronnej starości. Obecnie dzięki rozwojowi cywilizacji, postępowi nauk medycznych, coraz nowszym metodom terapeutycznym, większej świadomości kobiet oraz innemu spojrzeniu na to zagadnienie kobiety dłużej czują się młode i coraz lepiej radzą sobie z niedogodnościami związanymi z klimakterium, jednocześnie rozwijając się zawodowo i rodzinie [1]. Określenie przeciętnego wieku menopauzy jest trudne, powszechnie przyjmuje się okres między 48. a 52. rokiem życia. Dane dostępne w literaturze przedmiotu określają go w Polsce na 51. rok życia. Wyniki wielu badań wykazują wpływ wybranych czynników na wiek występowania menopauzy, wymienić tu można m.in. wystąpienie *menarche* w młodszym wieku, palenie tytoniu, długość cyklu menstruacyjnego oraz niski poziom aktywności fizycznej [2].

Dzięki osiągnięciom współczesnej medycyny długość życia się wydłuża. Obecnie średni wiek życia kobiet w Polsce wynosi 79 lat, a we Francji sięga 83 lat (The Word Factbook 2002) [3]. Około 1/3 życia kobiety przypada na wiek pomenopauzalny, zatem istotna wydaje się potrzeba terapii oraz promocji trybu życia wpływającego na łagodzenie szeregu zmian fizycznych i psychicznych, zwanych zespołem klimakterycznym.

Zespół klimakteryczny

Szacuje się, że ok. 85–89% kobiet deklaruje odczuwanie nieprzyjemnych objawów klimakterycznych będących wynikiem zmian hormonalnych, co pogarsza ich komfort życia i sprawia, że ten okres staje się szczególnie trudny [4]. Do najczęstszych objawów klimakterycznych należą uderzenia gorąca, nadmierne pocenie się, chwiejność emocjonalna, bóle stawowe, bóle głowy, drażliwość, wzrost masy ciała, zmniejszenie gęstości kości prowadzące do osteoporozy, a także suchość pochwy, zaburzenia libido czy zaburzenia metaboliczne. Ponadto pojawiają się zaburzenia naczynioruchowe, wpływające na wzrost ryzyka występowania choroby wieńcowej [3, 5]. Istotnym modyfikacjom ulegają zachowania seksualne dotyczące zmiany libido, obniżenie zainteresowania seksem oraz pożądania seksualnego, co w połączeniu z suchością pochwy często powoduje dyskomfort podczas stosunków płciowych. Mimo poglądu że aktywność seksualna zmniejsza się w okresie okołomenopauzalnym wraz z zanikiem produkcji estrogenów, wyniki ba-

dań zaprzeczają tej tezie. Niektóre kobiety w tym okresie doświadczają nowego i zwiększonego zainteresowania seksem, a u wielu z nich wyzwolenie z obawy przed ciążą i efektami ubocznymi stosowanej antykoncepcji prowadzi do zwiększenia uczucia przyjemności i zwiększenia satysfakcji w czasie stosunku płciowego [6, 7].

Wybór metody terapii zaburzeń seksualnych kobiet w okresie okołomenopauzalnym powinien uwzględnić etiopatogenezę i stopień nasilenia dysfunkcji, a ryzyko występowania działań niepożądanych wynikających ze stosowanej terapii nigdy nie powinno przewyższać związanych z nią korzyści [6–8]. Innym równie ważnym problemem ujawniającym się lub nasilającym w tym okresie jest zaburzenie czynności dolnych dróg moczowych, w tym często występujące nietrzymanie moczu, wstydliva niedogodność, do której kobiety przyznają się rzadko. Zmniejszenie stężenia hormonów płciowych pochodzenia jajnikowego stanowi początek zmian zanikowych, których konsekwencje są bardzo rozległe, sięgające od negatywnych zmian somatycznych i psychicznych aż do pogorszenia samopoczucia, osłabienia relacji z partnerem, a także do depresji, co zdecydowanie wpływa na jakość życia kobiet we wszystkich sferach życia. Atrofia urogenitalna, na którą cierpi ok. 34% populacji kobiet, stanowi obecnie duże wyzwanie dla medycyny XXI wieku [9–10].

Kolejny problem okresu klimakterycznego dotyczy spowolnienia metabolizmu, co często prowadzi do przyrostu masy ciała, ponadto zaburzenia ze strony układu pokarmowego związane są z powstawaniem zapań, co w połączeniu ze złymi nawykami żywieniowymi oraz niskim poziomem aktywności fizycznej wpływa na spowolnienie perystaltyki jelit i rozwój „zespołu leniwego jelita”. W konsekwencji odruch wypróżniania nie funkcjonuje prawidłowo [11].

Wśród zaburzeń psychoemocjonalnych zaobserwowano symptomy związane z zakłóceniem równowagi w sferze psychicznej, takie jak drażliwość, labilność emocjonalna, trudność w koncentracji, będące także wynikiem zmian hormonalnych, które dotyczą 90% kobiet, a u ok. 20–30% występuje depresja, przy czym dotyczy ona w większości kobiet, u których menopauza jest wynikiem operacji chirurgicznej [12].

Leczenie objawów zespołu klimakterycznego

Wśród wielu sposobów radzenia sobie z nieprzyjemnymi objawami klimakterycznymi popularną metodą stanowi indywidualnie dobrana menopauzalna terapia hormonalna (*menopausal hormone therapy* – MHT), akceptowana i powszechnie stosowana w leczeniu wielu dolegliwości menopauzalnych. Indywidualnie dobrane dawki terapeutyczne stosowane maksymalnie 5 lat wpływają na zmniejszenie nasilenia objawów wypadowych i poprawiają komfort życia kobiet. Terapia

hormonalna zapobiega miażdżycy tętnic wieńcowych, osteoporozie, chorobie Alzheimera, zmniejsza objawy nerwowości, bóle głowy oraz osłabienie, a także obniża ryzyko występowania depresji, zwłaszcza depresji o nasileniu lekkim i umiarkowanym, i w sposób istotny poprawia jakość życia kobiet. Wyniki badań wskazują na korzystny wpływ MHT na większość domen jakości życia, zwiększenie satysfakcji, energii, aktywności, zmniejszenie napięcia, lęku oraz zaburzeń nastroju i snu [13]. Istnieją jednak przeciwwskazania do stosowania MHT, wśród których wymienia się m.in. rak sutka lub ryzyko jego wystąpienia, chorobę zakrzepowo-zatorową, rozpoznaną chorobę niedokrwienną serca czy niewydolność wątroby [3]. Nie zaleca się także MHT u kobiet po 60. roku życia z wyjątkiem szczególnych przypadków. W niektórych przypadkach, w których stosowanie preparatów hormonalnych jest niemożliwe z powodu występowania przeciwwskazań lub odmowy pacjentki, można zastosować leki roślinne, których podstawowym składnikiem są fitoestrogeny. Zastosowanie fitoestrogenów w terapii wieku okołomenopauzalnego może stanowić formę terapii pierwszego rzutu u kobiet z łagodnie wyrażanymi objawami wypadowymi oraz u pacjentek po 65. roku życia [14].

Na poprawę komfortu życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym istotny wpływ ma także modyfikacja stylu życia, czyli zdrowe odżywianie, unikanie palenia papierosów i aktywność fizyczna. Ograniczenie spożywania cukru, kofeiny, soli, alkoholu oraz wysoko przetworzonej żywności to podstawowe zasady determinujące modyfikację sposobu odżywiania, a czerwone wino, jabłka i rabarbar są uważane za alternatywne źródła fitohormonów [3]. Aktywność fizyczna stanowi kolejny bardzo istotny element zdrowego trybu życia, wpływający bezpośrednio lub pośrednio na inne składniki stylu życia.

Z obserwacji wynika, że osoby, które systematycznie ćwiczą, z reguły lepiej się odżywiają, kontrolują masę swego ciała, lepiej śpią, lepiej radzą sobie ze stresem, zazwyczaj nie palą i unikają innych używek. Aby wpływ ćwiczeń na stan zdrowia był wyraźny, muszą być one wielokrotnie powtarzane i kontynuowane tak, aby ruch stanowił dostatecznie silny bodziec uruchamiający reakcje adaptacyjne organizmu [15].

Rekomendacje Ekspertów *American College of Sports Medicine* oraz *Centers for Disease Control and Prevention* [16] określają dla osób dorosłych, w celu kształtowania zdrowia i poprawy jakości życia, niezbędny poziom aktywności fizycznej w postaci ćwiczeń fizycznych o umiarkowanej intensywności trwającej przez co najmniej 30 minut, przez większość dni w tygodniu [15, 17]. Wyniki badań wskazują na pozytywny wpływ systematycznej aktywności fizycznej na łagodzenie objawów klimakterycznych, zmniejszenie ryzyka wystąpienia niestabilności emocjonalnej, wzrostu masy ciała, zmniejszenia gęstości tkanki kostnej oraz

poprawę życia seksualnego [18–20]. Indywidualnie dostosowany trening fizyczny powinien obejmować ćwiczenia aerobowe wpływające na układ krążeniowo-oddechowy. Ćwiczenie w odpowiednim przedziale tętna, osobniczo zmiennym w zależności od wieku, wydolności i stosowanych leków, pozwala utracić nadmierną tkankę tłuszczową, przywrócić lub utrzymać prawidłową wartość wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI). Ponadto taka forma aktywności zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej.

Odpowiednie ćwiczenia fizyczne wzmacniające mięśnie brzucha przyspieszają perystaltykę jelit oraz poprawiają wydolność narządów jamy brzusznej i miednicy mniejszej. Ćwiczenia mięśni dna miednicy pozwalają zachować „młodość” narządom położonym w dolnej części brzucha oraz zapobiegają występowaniu nietrzymania moczu. Są one stosowane jako ćwiczenia pierwszego rzutu u kobiet ze wszystkimi postaciami nietrzymania moczu [21].

Postępujący ubytek włókien mięśniowych w procesie starzenia się może być spowolniony, a włókna mogą być odbudowane poprzez odpowiednie ćwiczenia fizyczne [11]. W Europie kobiety żyją średnio 8 lat dłużej niż mężczyźni, a komfort ich życia może być lepszy dzięki regularnej aktywności fizycznej wpływającej na różne sfery życia, zwłaszcza na zredukowanie masy ciała, polepszenie funkcjonowania poszczególnych układów, a także poprawę samopoczucia i zdrowia psychicznego oraz na złagodzenie objawów klimakterycznych [15, 19, 20, 22].

Jakość życia

Ratowanie i wydłużanie życia jest nadrzędnym celem wszelkich działań medycznych. Nie mniej ważne jest czynienie tego życia lepszym, radośniejszym, dającym satysfakcję we wszelkich sferach dostępnych dla ludzkiej aktywności. W badaniach naukowych zwykło się to zawierać w pojęciu „jakość życia” (*quality of life* – QoL). Jest to pojęcie trudne do zdefiniowania i zmierzenia, gdyż kryje się pod nim wiele różnych aspektów życia. Należą do nich czynniki zdrowotne, osobiste, rodzinne, ekonomiczne i społeczne subiektywnie interpretowane. Niedogodności związane z okresem okołomenopauzalnym o podłożu hormonalnym pogarszają jakość życia kobiet, co w konsekwencji manifestuje się brakiem chęci do dalszego rozwoju, obniżeniem poziomu aktywności fizycznej i społecznej oraz wycofaniem się z życia towarzyskiego [15].

Zdaniem Lwa-Starowicza dojrzała współczesna kobieta jest atrakcyjną, aktywną zawodowo i zadowoloną z życia osobą, dlatego aby mogła sprostać tym wymaganiom, musi wybrać odpowiednią terapię, która pomoże jej przejść przez okres okołomenopauzalny bez większego dyskomfortu [23]. Analizując niedogodności związane z okresem okołomenopauzalnym należy również rozważyć aspekty kulturowe i psychiczne [24].

Intensywność objawów uwarunkowana jest również osobowością kobiety, aktualną sytuacją życiową, narażeniem na stres oraz pozytywnym nastawieniem do życia. Szczególny nacisk kładzie się na stres jako czynnik warunkujący stan zdrowia oraz sposoby radzenia sobie z wszelkimi sytuacjami w życiu codziennym [25–28]. Badania jakości życia stanowią bardzo istotne zadanie w europejskiej polityce zdrowotnej [29]. Łagodzenie objawów klimakterycznych oraz poprawa jakości życia powinny być kluczowym elementem terapii mającym na celu pomoc kobietom w tym okresie życia. Niezwykle ważna jest współpraca ginekologa z lekarzami innej specjalności, psychologami, dietetykami i fizjoterapeutami. Istnieje pilna potrzeba objęcia populacji kobiet w tym przedziale wiekowym profesjonalną i interdyscyplinarną opieką.

Promocja zdrowego stylu życia jest szczególnie ważna w celu uświadomienia pacjentkom konieczności za dbania o zdrowie, zrezygnowania z nałogów, wdrożenia w życie codzienne regularnej aktywności fizycznej i zdrowego żywienia [30].

Piśmiennictwo

1. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Bakalczuk G. Wpływ terapii hormonalnej na poziom depresji i jakość życia w wieku okołomenopauzalnym, zamieszkujących tereny wiejskie. *Prz Menopauz* 2009; 13: 284-89.
2. Reynolds RF, Obermeyer CM. Correlates of the age natural menopause in Morocco. *Ann Hum Biol* 2003; 30: 97-108.
3. Bodera P, Poznański S, Dobrzański P. Menopauza-fizjologiczny okres w życiu kobiety. *Przew Lek* 2005; 5: 74-7.
4. Pertyński T, Jędrzejczyk S, Łukaszek M. Hormonalna terapia zastępcza – wskazania, czas trwania, kontrowersje. *Nowa Klin* 2001; 8: 9.
5. Skrzypulec V, Naworska B, Drosdzol A. Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz* 2007; 11: 96-101.
6. Tkaczuk-Włach J, Robak-Chotubek D, Sobstyl M i wsp. Psychologiczne i seksualne problemy kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz* 2008; 12: 278-81.
7. Skrzypulec V, Drosdzol A, Nowosielski K. Psychoseksualne aspekty życia kobiet. W: *Postępy w ginekologii i położnictwie*. Spaczyński M (red.). PTG, Poznań 2006; 149-58.
8. Lew-Starowicz Z. Seksuologia okresu przekwitania. W: *Klimakterium*. Jakowicki JA (red.). Bifolium, Lublin 2001; 205-32.
9. Posturyńska M, Rechberger T, Postawski K. Objawy uroginekologiczne i ich wpływ na jakość życia kobiet w okresie przekwitania. *Prz Menopauz* 2006; 6: 388-92.
10. Versi E, Harvey MA, Cardozo L, et al. Urogenital prolapse and atrophy at menopause: a prevalence study. *Int Urogynecol Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12: 107-10.
11. Smolarek N, Zielińska A, Pisarska-Krawczyk M. Wpływ ćwiczeń fizycznych na eliminację dolegliwości związanych z zaburzeniami funkcjonowania układu moczowo-płciowego i pokarmowego. *Gin Prakt* 2010; 1: 12-15.
12. Skrzypulec V, Drosdzol A, Rozmus-Warcholińska W, Nowosielski K. Wybrane aspekty życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Gin Prakt* 2003; 11: 26-34.
13. Lai JN, Chen HJ, Chen CM et al. Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in Taiwan: assessment using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Climacteric* 2006; 9: 119-28.
14. Nahas EA, Nahas-Neto J, Orsatti FL, et al. Efficacy and safety of a soy isoflavone extract in postmenopausal women: a randomized, double-blind, and placebo-controlled study. *Maturitas* 2007; 58: 249-58.
15. Skrzypulec V, Drosdzol A, Ferensowicz J, Nowosielski K. Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Gin Prakt* 2003; 11: 23-34.
16. American College of Sports Medicine Position Stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998; 30: 975-91.
17. Drygas W. Czy „siedzący” styl życia nadal stanowi zagrożenie dla zdrowia społeczeństwa polskiego? *Med Sport* 2006; 22: 111-6.
18. Rudzińska A, Dąbrowska J. Nowotny J i wsp. Aktywność ruchowa kobiet a problemy okresu menopauzy. *Med Sport* 2004; 20: 126-32.
19. Skrzypulec V, Dąbrowska J, Drosdzol A. The influence of physical activity level on climacteric symptoms in menopausal women. *Climacteric* 2010; 13: 355-61.
20. Dąbrowska J, Drosdzol A, Skrzypulec V, Plinta R. Physical activity and sexuality in perimenopausal women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010; 15: 423-32.
21. Paszkowski T, Radomiński T. W 60. rocznicę opracowania podstaw naukowych rehabilitacji mięśni dna miednicy. *Prz Menopauz* 2008; 12: 103-6.
22. Janicka K. Wpływ terapii hormonalnej na styl poznawczy i depresję kobiet w okresie menopauzy. *Prz Menopauz* 2008; 12: 61-8.
23. Lew-Starowicz Z. Seksualność w okresie menopauzy. *Przew Lek Gin* 2000; 4: 2-8.
24. Hall L, Callister LC, Berry JA, Mastumuar G. Meanings of menopause: cultural influences on perception and management of menopause. *J Hollist Nurs* 2007; 25: 106-18.
25. Bielawska-Batorowicz E. Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych. *Prz Menopauz* 2007; 11: 70-6.
26. Bosworth HB, Bastian LA, Rimer BK, Siegler IC. Coping styles and personality domains related to menopausal stress. *Womens Health Issues* 2003; 13: 32-8.
27. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, et al. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas* 2004; 48: 425-31.
28. Blümel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, et al. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas* 2004; 49: 205-10.
29. Nowacki W. Wymogi Unii Europejskiej w ochronie zdrowia. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Warszawa 2000.
30. Pertyński T, Stachowiak G, Stetkiewicz T. Rola ginekologa w okresie pre- i okołomenopauzalnym. *Prz Menopauz* 2007; 11: 63-9.