

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of pink and purple, creating a modern and professional aesthetic. The shapes are primarily triangles and polygons, some with a slight gradient or transparency effect.

Specjalistyczna opieka ginekologiczna w okresie klimakterium i senium

Menopauza to, zgodnie z definicją WHO, wystąpienie ostatniego krwawienia miesięcznego, po którym występuje co najmniej 6-miesięczna przerwa. Do menopauzy dochodzi średnio około 52 roku życia. Wydłużenie życia powoduje, że ponad jego 1/3 u współczesnej kobiety przypada na okres pomenopauzalny. Według Światowej Organizacji Zdrowia o zdrowiu świadczy nie tylko brak choroby, ale przede wszystkim dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Powoduje to w konsekwencji zwrócenie uwagi na „jakość życia” kobiet w tym okresie. Jednym z elementów mających znaczący wpływ na jakość życia jest seksualność.

Światowa Organizacja Zdrowia dokonała umownego podziału menopauzalnego życia kobiety na trzy okresy sąsiadujące z menopauzą: menopauzalny okres przejściowy (premenopauza), perimenopauza (okres okołomenopauzalny), postmenopauza. Przekwitanie kobiety to proces fizjologiczny, zaprogramowany genetycznie

Premenopauza - okres kilku lat poprzedzających ostatnią miesiączkę, w którym zaczynają się kliniczne, hormonalne i metaboliczne zmiany związane z wygasaniem czynności jajników. W różnym stopniu i z różnym nasileniem manifestują się wtedy zaburzenia cyklu miesięczkowego.

Perimenopauza - okres okołomenopauzalny, obejmuje kilka lat poprzedzających menopauzę oraz 12 miesięcy po menopauzie.

Postmenopauza - okres życia kobiety następujący po menopauzie.

Menopauza

Od wielu lat okres menopauzy wzbudza bardzo żywe zainteresowanie naukowców, lekarzy wielu dyscyplin medycyny oraz samych kobiet. Menopauza jest okresem przejściowym od okresu rozrodczego do okresu starości. Pomimo podobnych przemian fizjologicznych zachodzących w organizmie kobiety jej przebieg jest indywidualnie zróżnicowany. Charakterystycznym problemem tego okresu jest występowanie objawów naczynioruchowych, somatycznych i psychologicznych w negatywny sposób wpływających na jakość życia oraz relacje z otoczeniem. U wielu kobiet zaczynają rozwijać się choroby ogólnoustrojowe, na przykład otyłość, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca. Przebieg okresu menopauzy jest bardzo ważny również z punktu widzenia profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych oraz chorób charakterystycznych dla późniejszego okresu życia (starości) - wypadania narządów miednicy mniejszej, nietrzymania moczu i osteoporozy. Wprawdzie, z punktu widzenia biologii, menopauza jest okresem fizjologicznym, to na jej przebieg, warunkujący w pewnym stopniu stan zdrowia kobiety w późniejszym okresie jej życia, mają wpływ inne czynniki, takie jak: czynniki genetyczne, sposób odżywiania, masa ciała, palenie papierosów, aktywność fizyczna. Ten ostatni problem jest niezwykle istotny, ponieważ, jak wykazują badania demograficzne, w większości krajów na świecie znacznie zwiększa się populacja osób starszych.

Produkcja hormonów w okresie menopauzy

Okres menopauzy ściśle związany jest ze zmniejszeniem aktywności hormonalnej jajników, co ma miejsce w przedziale wiekowym od 48 do 55 roku życia. W tym czasie większość kobiet ma cykle nieregularne, z wyraźnie zaznaczonym okresem przejściowym, tylko u około 10% kobiet do ostatniej miesiączki występują cykle regularne. Po 40 roku życia, a więc na kilka lat przed menopauzą, coraz częściej występują cykle bezowulacyjne i wydłuża się ich długość trwania. Zmniejsza się produkcja i wydzielanie estrogenów przy jednoczesnym nasilającym się braku wrażliwości komórek na gonadotropiny. Długość trwania cykli miesięczkowych jest w zasadzie zdeterminowana długością fazy folikularnej cyklu. Wygasanie czynności jajników tuż przed menopauzą charakteryzuje się podwyższonym stężeniem FSH, obniżeniem stężeniem inhibiny jajnikowej, przy prawidłowych wartościach stężeń LH i estradiolu.

Stężenie estradiolu u kobiet po menopauzie znacznie zmniejsza się i wynosi poniżej 20 pg/ml. Estradiol syntetyzowany jest przede wszystkim na drodze konwersji obwodowej z estronu. Stężenie estronu przez cały okres menopauzy jest wyższe niż stężenie estradiolu. Głównym źródłem estrogenów po ustaniu produkcji w jajnikach jest konwersja obwodowa z androstendionu. Intensywność przemian koreluje z masą ciała i zwiększeniem procesów aromatyzacji w tkance tłuszczowej.

Po menopauzie zmniejsza się o około połowę, w porównaniu do okresu bezpośrednio przed menopauzą, stężenie androstendionu. Większość krążącego we krwi androstendionu jest pochodzenia nadnerczowego. Wprawdzie stężenie produkowanego w jajnikach testosteronu (komórki stromalne) może nieznacznie wzrastać, ale całkowita ilość testosteronu zmniejsza się, ponieważ zmniejszona jest konwersja obwodowa androstendionu.

Zmiany hormonalne okresu klimakterium są przyczyną braku owulacji, występowania nieregularnych cykli miesięczkowych, obfitych krwawień miesięczkowych, łagodnych i złośliwych nowotworów hormonozależnych oraz innych chorób narządu rodnego. W menopauzie występują typowe dla tego okresu objawy. Są to objawy wazomotoryczne: napadowe pocenia się i uderzenia gorąca, objawy psychologiczne: zmienność nastrojów, skłonność do depresji, rozdrażnienie, niepokój, objawy somatyczne: uczucie kołatania serca, dysfunkcje seksualne. Typowymi zaburzeniami związanymi ze zmniejszeniem wydzielania estrogenów są zmiany zanikowe. Dotyczą one skóry, błon śluzowych, osłabienia mięśni dna miednicy. Klinicznymi objawami są: suchość pochwy, skłonność do zakażeń, dolegliwości związane ze zmianami atroficznymi błony śluzowej przedsionka pochwy i sromu (świąd, pieczenie), obniżanie się ścian pochwy i wypadanie macicy, nietrzymanie moczu.

Przebieg menopauzy ma znaczenie dla występowania chorób w okresie starości, przede wszystkim osteoporozy, być może również choroby Alzheimera.

Zainteresowanie menopauzą wzrosło wraz ze wzrostem przeciętnego dalszego trwania życia kobiet i faktem demograficznym, jakim jest nadwyżka liczności kobiet nad mężczyznami w populacji światowej . Napływający trend dbałości o własne zdrowie i kult pięknego ciała znalazły wielu sprzymierzeńców, natomiast statystyki epidemiologiczne i wyniki licznych badań naukowych potwierdzają potęgujące się problemy kobiet w okresie menopauzalnym, będące wyzwaniem dla zdrowia publicznego w ujęciu globalnym.

Obiektywizacja nasilenia objawów wypadowych jest możliwa dzięki indeksom menopauzalnym. Dokładne oszacowanie rozpowszechnienia objawów naczynioruchowych utrudniają jednak różnice metodologiczne, kulturowe i definicje objawów. W przeważającej liczbie doniesień naukowych ze świata z ostatnich lat do oceny występowania i nasilenia objawów menopauzy wykorzystuje się skalę MRS (Menopause Rating Scale).

Skala Oceny Objawów Menopauzy (MRS) została opracowana na początku lat dziewięćdziesiątych przez profesora Heinemanna z Centrum Epidemiologii i Badań nad Zdrowiem w Berlinie . Pierwsze zastosowania skali datuje się na 1992 rok, kiedy dokumentowano objawy menopauzy i obserwowano ich zmiany w trakcie leczenia . W 1996 roku w Niemczech przeprowadzono randomizowane badanie reprezentatywne grupy 689 kobiet w przedziale wieku 40-60 lat i na podstawie wyników przeprowadzono ewaluację skali. Skala dostępna jest w 25 językach.

Obecnie skala znajduje powszechne zastosowanie do oceny objawów menopauzy wśród kobiet różnych narodowości ; ocenie podlegają bezsenność, zaburzenia snu czy wpływ stosowania hormonalnej terapii zastępczej . Obecnie dostępne dowody naukowe wskazują na wysoką jakość metodologiczną skali MRS do pomiaru i porównań objawów menopauzy w obszarze jakości życia kobiet starzejących się w różnych regionach świata oraz na wysoką niezawodność skali. Narzędzie jest łatwe do zrozumienia przez respondentki i cechuje się klarownością pytań. Opisuje 11 objawów menopauzy (uderzenia gorąca i pocenie się, kłopoty z sercem, problemy ze snem, nastrój depresyjny, drażliwość, lęk, wyczerpanie fizyczne i umysłowe, problemy seksualne, problemy z pęcherzem, suchość pochwy, dyskomfort związany ze stawami i mięśniami), których nasilenie należy zaznaczyć na osi 5 kategorii: brak objawów, łagodne, umiarkowane, znaczne i ciężkie.

Objawy wazomotoryczne

Uderzenia gorąca i napadowe pocenia są typowymi objawami dla okresu menopauzy; skarży się na nie około 80% kobiet. Mogą pojawiać się w okresie premenopauzalnym, ale częstość występowania epizodów uderzeń gorąca i napadowego pocenia się zwiększa się najczęściej po ustaniu miesiączkowania. Powyższe objawy naczynioruchowe na ogół utrzymują się przez około 1-2 lata, ale u niektórych kobiet mogą występować nawet dłużej niż 5 lat.

Patomechanizm objawów nie został do końca poznany. Występowanie ich związane jest z funkcjonowaniem podwzgórza i stężeniem katecholoestrogenów regulujących aktywność katecholamin. O ośrodkowym mechanizmie objawów wazomotorycznych świadczy nagły wzrost wydzielania LH w okresie prodromalnym (katecholaminy poprzez wpływ na GnRH zwiększają wydzielanie LH) oraz zmiany ciepłoty ciała (miejsce syntezy katecholamin w podwzgórzu zlokalizowane jest w pobliżu ośrodka termoregulacji). Pomimo, że ani częstość pojawiania się objawów ani ich nasilenie nie związane jest ze stężeniem estrogenów we krwi obwodowej, to najbardziej skutecznym leczeniem jest podawanie estrogenów.

Objawy psychologiczne

Częste zmiany nastrojów, drażliwość, uczucie niepokoju, skłonność do depresji, osłabienie pamięci stanowią dość typowe objawy okresu menopauzalnego. W wielu przypadkach mają bardzo niekorzystny wpływ na funkcjonowanie kobiety w rodzinie i pracy. Patomechanizm występowania objawów jest złożony, związany z wydzielaniem neurotransmiterów w tkance mózgowej. Podobnie jak w przypadku objawów wazomotorycznych najbardziej skutecznym leczeniem jest podawanie estrogenów.

Występowanie objawów psychogennych wiąże się również z funkcjonowaniem innych gruczołów wewnętrznego wydzielania, przede wszystkim tarczycy.

Zmiany atroficzne

Znaczne zmniejszenie wydzielania estrogenów związane jest ze zmianami atroficznymi tkanki łącznej i zmniejszeniem napięcia mięśni. Zmiany zanikowe błony śluzowej sprzyjają rozwojowi stanów zapalnych pochwy oraz sromu i są przyczyną wielu dolegliwości (swędzenia, pieczenia, nawracające stany zapalne cewki i pęcherza moczowego) oraz problemów związanych z zaburzeniami seksualnymi. Wprawdzie zmiany zanikowe dotyczą również błon śluzowych innych narządów (spojówek, błony śluzowej jamy ustnej) to najbardziej uciążliwe, pogarszające w różnym stopniu jakość życia są zmiany zanikowe w obrębie układu moczowo-płciowego. Niedobór estrogenów jest jedynie jednym z czynników sprzyjających obniżaniu i wypadaniu ścian pochwy i macicy oraz nietrzymaniu moczu. Wciąż dyskutowany jest problem estrogenoterapii kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. U kobiet starszych zwykle występuje typ mieszany nietrzymania moczu, z dużą komponentą nietrzymania moczu z parć naglących. W takich przypadkach lepsze efekty leczenia uzyskano po podaniu estrogenów.

Zagadnienia geriatricznej ginekologicznej czyli problemy ginekologiczne kobiet w wieku podeszłym i starczym mają swoją specyfikę, a właściwe postępowanie wymaga dużej wiedzy lekarskiej. W krajach o wysokim stopniu cywilizacji kobiety żyją coraz dłużej – przeżywają obecnie trzecią część swojego życia po menopauzie.

Fizjologiczne procesy starzenia się przebiegają odmiennie w zależności od indywidualnych cech ustrojowych oraz wpływu otaczającego środowiska. Postępujące w tym okresie zmiany w układzie krążenia (np. miażdżyca naczyń krwionośnych) oraz zmiany zwyrodnieniowe we włóknach nerwowych nasilają procesy starzenia się poszczególnych tkanek i są przyczyną wielu dolegliwości.

Sklerotyzacja naczyń krwionośnych upośledza czynność ośrodkowego układu nerwowego, w tym również ukrwienie głównych ośrodków neurohormonalnych – podwzgórza i przysadki. Postępujący proces starzenia się może prowadzić do utraty samodzielności (niepełnozdolność fizyczna) oraz ograniczenia kontaktu z otaczającym światem (np. choroby psychiczne, neurologiczne). Wśród psychoz otępiennych, poza chorobą Alzheimera, można wymienić chorobę Picka (rzadka choroba neurodegradacyjna). Psychozy endogenne częściej występujące u pacjentów geriatricznych to paranoje i parafrenie. Urojeniami prześladowczymi dotkniętych jest 45% kobiet prowadzących samotne życie w zaawansowanym wieku. Oprócz depresji endogennych i reaktywnych (psychogennych) występują rzadko rozpoznawane depresje somatogenne. Powstają one na tle zaburzeń somatycznych. Należy pamiętać, że nie leczy się choroby, ale chorego człowieka .

W ginekologii można wyodrębnić schorzenia i stany, które głównie związane są z procesem starzenia i rozwijają się na jego tle. Problemem w tym okresie staje się leczenie, gerohigiena i rehabilitacja.

Zasadniczymi cechami starzenia jest zmniejszenie się masy czynnych metabolicznie tkanek oraz zmiany strukturalne i czynnościowe pozostałej masy tkankowej. Procesy te przebiegają odmiennie w zależności od indywidualnych cech ustrojów oraz od różnej charakterystyki tkankowej, którą pod tym względem można podzielić na tkanki bradytroficzne o wolniejszym procesie starzenia i tachytroficzne o szybszym procesie starzenia. Zależy to również od oddziaływania czynników neurohormonalnych i środowiska otaczającego. Większość gerontologów przyjmuje, że proces starzenia się jest związany głównie z tkanką mezenchymalną na skutek utraty wody, elastyczności, transmineralizacji oraz zmiany komponenty białkowej struktur włóknistych – kolagenu i elastyny.

Dochodzi także do zmian strukturalnych elementów komórkowych tej tkanki, a szczególnie zmian w naczyniach krwionośnych polegających na odkładaniu się w ich warstwie wewnętrznej lipo- i glikoproteidów oraz gromadzeniu się złogów wapnia. Na skutek obrzmienia śródbłonna naczyniowego dochodzi do utrudnienia przepływu krwi i odżywiania tkanek. We włóknach nerwowych opatrzonych otoczką dochodzi do zmian degeneracyjnych osłonki rdzennej.

Czynność gruczołów dokrewnych jest szczególnie związana z układem nerwowym, a zwłaszcza podwzgórzem. Podwzgórze poprzez szereg hormonów uwalniania dostających się do układu wrotnego przysadki uwalnia z jej części gruczołowej odpowiednie hormony tropowe. Dlatego też prawidłowy stan i działanie podwzgórza w wieku starczym ma duże znaczenie dla całego układu hormonalnego i sprzężenia zwrotnego. Podobnie **podwzgórze** jest jednym z ośrodków układu autonomicznego regulującego ciepłotę ciała, popęd płciowy, łaknienie i pragnienie, a także bierze udział w regulacji snu i powstawaniu stanów emocjonalnych. Dlatego też zmiany starcze w OUN, a szczególnie daleko posunięte uogólnione zmiany sklerotyczne naczyń odbijają się na czynności podwzgórza. Dopóki jednak podwzgórze nie jest dotknięte zmianami zwyrodnieniowymi, poszczególne gruczoły czynne są zgodnie z ich przeznaczeniem, z tym że działają na tkankę starczą o innej reaktywności.

Zmiany starcze w **przysadce** rozpoczynają się od powolnego zanikania komórek kwasochłonnych, co prowadzi do spadku wydzielania hormonu wzrostu i tym samym zmniejszenia zdolności anabolicznych ustroju. Zmienia się również wybitnie wydzielanie gonadotropin przy stosunkowo dobrym wydzielaniu ACTH i TSH. Upośledzone jest również wydzielanie wazopresyny. W późnej staroci dochodzi do niewydolności kory nadnerczy z obniżeniem wartości androgenów i małymi tylko zmianami w stężeniu glikokortykoidów. Przypadki starczych zaburzeń przysadki mózgowej przebiegają albo jako głębokie uszkodzenie typu zespołu Glińskiego-Simmondsa albo jako zespół Cushinga.

Chorobą Glińskiego-Simmondsa nazywana jest przewlekła niewydolność przedniego płata przysadki mózgowej. Narząd ten odpowiada za wytwarzanie oraz wydzielanie hormonów, które regulują pracę wielu narządów w organizmie; gdy nie funkcjonuje prawidłowo, możemy zaobserwować szereg różnorodnych objawów klinicznych. Schorzenie bywa określane również jako chłactwo, gdyż jego najbardziej zauważalną konsekwencją jest skrajne wychudzenie.

W **jajniku** dochodzi w tym okresie zwykle do całkowitego zaniku wszystkich specyficznych struktur gruczołu. Ciężar obu jajników powyżej 60 roku życia wynosi około 4,0 g w porównaniu do 11,3 g u młodej kobiety.

Warstwa korowa ulega przerośnięciu tkanką łączną i ścięczeniu. W naczyniach występują zmiany zwyrodnieniowe, równocześnie obserwuje się rozrost zrębu jajnika, który wytwarza głównie androgeny. W późnej starości jajniki ulegają całkowitej inwolucji stanowiąc małe, twarde listeczkowate twory z głębokimi rowkami.

Poziom estrogenów w moczu spada poniżej 10 mikrogramów na 24 godziny wobec 30-50 mikrogramów/ 24 godz. w okresie dojrzałości płciowej.

Na **sromie** w okresie starości na skutek zmian zanikowych kurczą się i zmniejszają wargi sromowe mniejsze – spłaszczają się wzniesienie łonowe, tracą swoje napięcie wargi sromowe większe na skutek zaniku tkanki tłuszczowej podskórnej. Wejście do pochwy staje się coraz węższe, a błona śluzowa przedsionka jest sucha, cienka i blada. Zmiany te wybitnie utrudniają utrzymywanie stosunków płciowych. Również nabłonek pochwy na skutek braku estrogenów ścieńszeje, ściany pochwy ulegają wygładzeniu, zanikają sklepienia i często dochodzi do zwężenia w 1/3 górnej pochwy, co również przyczynia się do utrudnienia współżycia płciowego. Zmienia się pH wydzieliny z pochwy z kwaśnego na obojętny lub zasadowy. Na skutek zniknięcia z nabłonka pochwy glikogenu zmienia się mikroflora pochwy. Zanikają pałeczki kwasu mlekowego, a pojawia się flora bakteryjna mieszana z pałeczką okrężnicy na czele.

Macica ulega również zanikowi. Jej ciężar z około 58 g w 40 roku życia zmniejsza się do 37,8 g w około 70 roku życia.

Część pochwowa ulega znacznemu skróceniu, kanał szyjki za zwężeniu, a jego ujcie staje się punkcikowate, niekiedy całkowicie zarośnięte, co wobec istnienia innych stanów patologicznych macicy prowadzić może do szeregu poważnych schorzeń.

Błona śluzowa macicy w tym okresie cieńszeje, zanika warstwa podstawowa, nabłonek staje się niski, sześcienny, a gruczoły śluzowe wąskie i krótkie, z małą ilością wydzieliny. Zanika również podścielisko błony śluzowej.

Przymacicza boczne i więzadła krzyżowo-maciczne ulegają skróceniu i zwiotczeniu, co daje w następstwie spływanie sklepień pochwy. W jajowodach po spadku estrogenów następuje spłaszczenie nabłonka, zanik rzęsek i często zarośnięcie więzadła. Więzadła zawieszające i powięzi podtrzymujące macicę tracą elastyczność i napięcie, co sprzyja obniżeniu i wypadaniu macicy i pochwy.

W starości dochodzi do wygaśnięcia dolegliwości związanych z okresem klimakterium. Związane to jest ze zmniejszeniem czynności hormonalnych.

Proces starzenia się przebiegający czasem bardzo różnie u poszczególnych kobiet, prowadzi jednak nieuchronnie do postępującego niedołęstwa fizycznego i starczych zaburzeń psychicznych.

Współczesna geriatryka ma w swoim działaniu profilaktycznym zapobiegać procesom starzenia się i niedołęstwu starczemu, a następnie leczyć schorzenia wieku starczego i stosować rehabilitację.

Badanie ginekologiczne i geriatryczne

Ocena rozpoczyna się już w momencie pierwszego kontaktu z pacjentką. Na podstawie oceny wydolności układu krążenia i oddechowego oraz stanu psychicznego można w przybliżeniu określić sprawność psychofizyczną pacjentki. Oceny układu – stawowego, nerwowego i mięśniowego dokonuje się na podstawie sposobu poruszania się oraz stopnia samodzielności.

Przy układaniu pacjentki do badania trzeba pamiętać o możliwości istnienia zmian zwyrodnieniowych odcinka szyjnego kręgosłupa (konieczność podłożenia pod głowę grubego wałka). Ze względu na zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów biodrowych klasyczne ułożenie na plecach może sprawić pacjentce wiele bólu lub staje się wręcz niemożliwe.

Zbieranie wywiadów i badanie geriatryczne wymaga wiele cierpliwości, taktu, życzliwości i szacunku dla kobiety, która bardzo często jest już osamotniona i pozbawiona właściwej i należytej opieki ze strony dzieci i rodziny.

Przy badaniu ginekologicznym należy pamiętać, że pochwa w tym okresie ulega zwężeniu, sklepienia są zanikłe, a ściany tak ścieńczałe i nieelastyczne, że mogą ulec rozerwaniu nawet przez nieco tylko silniejszy ucisk badających palców. Przy oględzinach zewnętrznych należy zwrócić uwagę na stan ujęcia cewki moczowej. Przy badaniu wewnętrznym należy pamiętać, że macica w tym okresie jest zanikła – podobnie zanikłe powinny być jajniki. W przypadkach stwierdzenia zmian podejrzanych o toczący się proces chorobowy, pacjentka wymaga szczegółowej diagnostyki.

Choroby sromu

Niektóre choroby (cukrzyca, nowotwór) mogą powodować widoczne podczas badania ginekologicznego zmiany zewnętrzne narządów płciowych, a u osób dotkniętych chorobami metabolicznymi często występują zakażenia grzybicze. Leczenie powinno polegać na wyrównaniu zaburzeń metabolicznych oraz miejscowym i ogólnym stosowaniu leków przeciwgrzybiczych.

Nietrzymanie moczu może powodować zaczerwienienie, podrażnienie sromu i otaczającej skóry, podobne zmiany mogą wystąpić po kontakcie ze środkami odkażającymi, takimi jak dezodoranty czy proszki do prania.

Zmiany zanikowe sromu

Zmiany zanikowe sromu mogą sprawiać trudności diagnostyczne i terapeutyczne. Bardzo ważne jest badanie histopatologiczne i wykluczenie dysplazji, atypii komórkowej. Stwierdzenie zmian o typie leukoplakii wymaga wykonania biopsji, a w przypadku potwierdzenia nieprawidłowości, skierowania pacjentki do leczenia. Podrażniona, liszajowata czy pogrubiała skóra powinna być leczona metodami zachowawczymi. Dotknięte tymi schorzeniami pacjentki narzekają głównie na świąd tej okolicy. Miejscowo stosowane kortykosteroidy mogą zmniejszyć swędzenie i zmiany skórne wywołane drapaniem.

Starczy zanik sromu jest procesem fizjologicznym lecz wymaga omówienia ze względu na następstwa. Srom jest wrażliwy na zmiany stężeń hormonów płciowych występujących zarówno fizjologicznie jak i w procesach patologicznych. Skóra warg sromowych większych oraz zewnętrzna powierzchnia warg sromowych mniejszych jest bardziej wrażliwa na androgeny, ich działanie powoduje pogrubienie tych struktur, W okresie okołomenopauzalnym na sromie pojawiają się zmiany atroficzne, nabłonek zmniejsza swoją grubość do kilku komórek warstwy pośredniej i przypodstawnej. Wargi sromowe mniejsze i większe oraz łechtaczka stają się mniej wyniosłe, przedsionek pochwy ulega zwężeniu. Zmniejsza się pigmentacja skóry, włosy łonowe stają się szare i rzadkie. Hormonalna wrażliwość sromu predysponuje do różnych zmian degeneracyjnych w odpowiedzi na zmiany stężeń hormonów. Starczy zanik sromu połączony jest ze zmianami zanikowymi w pochwie i przebiega najczęściej bezobjawowo, z wyjątkiem utrudnienia i bolesności stosunków płciowych.

Marskość i rogowacenie białe sromu (*kraurosis et leukoplakia vulvae*)

Marskość charakteryzuje się zanikiem, wygładzeniem i nadmierną suchością skóry sromu oraz zwężeniem przedsionka do pochwy. Skóra sromu na skutek ścieńczenia i zwłóknienia ma wygląd błyszczący o zabarwieniu białawym albo czerwonym. Nabłonek warg sromowych mniejszych i przedsionka pochwy wykazuje skłonność do nadmiernego przerostu, w wyniku czego powstają ogniska o charakterze rogowacenia białego. Oceniając te zmiany u kobiety starej można by uznać, że sama marskość reprezentuje następne stadium nasilonego zaniku starczego połączonego z przebyłym wtórnym zakażeniem. Istnieją jednak różne zapatrywania co do etiologii tego stanu, choćby z tego względu, że występuje on również, chociaż rzadko, w innych okresach życia kobiety. Wysuszona, napięta, często błyszcząca skóra warg mniejszych i przedsionka pochwy łatwo pęka. Sprawie chorobowej towarzyszy zwykle bardzo zaznaczony, zazwyczaj napadowy świąd sromu. Marskość prowadzi zawsze do zwężenia przedsionka pochwy

Rogowacenie białe sromu (*Leucokeratosis, hyperplastic vulvitis*)

Występuje zazwyczaj przed 50 rż., ale może również występować później. Objawia się jako pogrubienie i zmiękczenie sromu i otaczających tkanek. W przeciwieństwie do liszaja twardzinowego nie zajmuje okolic krocza oraz okolicy okołodbytniczej. Srom zajęty jest w sposób plamisty, z zachowaniem fałdów z pogrubiałym nabłonkiem koloru białego, uniesionym ponad powierzchnię skóry. Fałdy są często powiększone, a wejście do pochwy zwężone. Zmiany rzadko dotyczą warg sromowych mniejszych i łechtaczki. Występuje swędzenie ze skłonnością do zadrapań. Atypię komórkową i raka obserwuje się w ok. 10% przypadków. W rozpoznaniu różnicowym należy wziąć pod uwagę raka *in situ*, chorobę Pageta, liszaja twardzinowego i mieszaną dystrofię.

Rogowacenie białe w obrazie klinicznym wykazuje białawe obszary na powierzchni błon śluzowych lub półśluzówek (przejścia skórno-śluzówkowe). Następuje tu zwiększone odkładanie się keratyny; skóra w tych miejscach jest pogrubiała, twarda, biaława, łatwo pękająca. Zmiana obejmuje zwykle okolice łechtaczki, warg mniejszych, wewnętrznych powierzchni warg większych, a także krocze i okolice odbytu. Zmiana nie ma nigdy tendencji do przesuwania się w kierunku przedsionka pochwy i do samej pochwy.

Zmiany histopatologiczne są różne: od nadmiernego rogowacenia (*leukoplakia hypertrophica*) do zmian zanikowych (*leukoplakia atrophica*). W pierwszym przypadku występuje nadmierne rogowacenie i przerost warstwy o różnym stopniu aktywności komórek warstwy podstawnej nabłonka oraz zmiana kolagenu i tkanki elastycznej na tkankę hialinową w skórze i podskórne naciekanie leukocytów.

W przypadku rogowacenia białego zanikowego obraz jest podobny, z tym że nabłonek jest cienki, nieaktywny, a warstwa keratynowa dużo słabiej wyrażona. Ze względu na różnorodność objawów histopatologicznych samo rozpoznanie rogowacenia białego jest raczej natury klinicznej. Od histopatologa wymaga się odpowiedzi co do obserwowanego stopnia ewentualnej dysplazji czy atopowości nabłonka. W każdym przypadku rogowacenia białego konieczne jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego

Liszaj twardzinowy i zanikowy

Liszaj twardzinowy najczęściej pojawia się u kobiet w okresie postmenopauzalnym, ale może również wystąpić u dzieci. Skóra sromu staje się cienka, atroficzna, pergaminowa, biała lub żółta. Najczęstszym objawem w postmenopauzie jest swędzenie, towarzyszą temu zadrapania z owrzodzeniami, siniakami i wylewami krwawymi. Budowa sromu zostaje zaburzona; wargi sromowe mniejsze przylegają do większych, a w wyniku obrzęku i bliznowacenia wokół łechtaczki następuje jej zanik. Zmiany te narastają progresywnie i towarzyszy temu zanik podskórnej tkanki tłuszczowej. Zmiana zajmuje srom symetrycznie na kształt motyla w przypadkach zajęcia krocza i okolicy odbytu.

Marskość i rogowacenie białe sromu jest trudne do zróżnicowania z liszajcem twardzinowym i zanikowym (*lichen sclerosus et atrophicus*), w którym wykwitem podstawowym są płaskie drobne grudki barwy porcelanowo-białawej opatrzone charakterystycznymi czopami rogowymi lub zagłębieniami po ich odpadnięciu. Grudki mają skłonność do skupiania się, a w późniejszych okresach przeważają w obrębie tej zmiany objawy zanikowe i zbliznowacenia. Na sromie zlewny charakter tej zmiany daje objawy zanikowe, bardzo zbliżone do objawów marskości. Stwierdzana marskość sromu to obraz kliniczny wywołany przez liszaj twardzinowy i zanikowy umiejscowiony w obrębie narządów płciowych. Czysty obraz *leukokeratosis vulvae*, szczególnie występujący w okresie starości, zalicza się do bardzo rzadko występujących obrazów klinicznych.

Świąd sromu (*pruritus vulvae*)

Świąd sromu jest często najbardziej nasilony w przewlekłych schorzeniach zanikowych sromu, które omówiono powyżej. Przyczyny są różne. Na ogół uważa się, że ścieńczenie nabłonka sromu i przedsionka pochwy powoduje stan, w którym zakończenia nerwowe znajdują się płytko pod nim, co daje w następstwie stałe ich drażnienie odczuwane jako uporczywe swędzenie. Niemniej przyczyny, zwłaszcza u kobiet starych, są różne. Przyczyną mogą być pasożyty, zmiany grzybicze, zarówno sromu, jak i pochwy, rzęsistek pochwowy, pleśniawka, zmiany chorobowe narządu moczowego, a szczególnie cukromocz, a także stany uczuleniowe na chemikalia, bieliznę i leki. Przyczyną też mogą być awitaminozy zwłaszcza na tle niedoboru kwasu foliowego, witaminy B₁₂ i B₁, niedokrwistość, cukrzyca, a także stany po błędach dietetycznych, biegunkach, w zespole poresekcyjnym żołądka, a także w przebiegu psychoneurozy.

Leczenie

Z chwilą wykrycia przyczyny, leczenie wiądu sromu daje zwykle wynik zadowalający. Jeżeli nie można jej znaleźć, stosuje się metody empiryczne; obecnie najczęściej znajduje zastosowanie działający przeciwzapalnie hydrocortizon, preparaty antyhistaminowe i przeciwgrzybicze.

W przypadkach związanych z niedoborami witaminowymi można stosować witaminy A i B₂ w dużych dawkach, doustnie lub domięśniowo. Eliminacja czynnika drażniącego oraz podawanie preparatów antyhistaminowych wraz z lekami uspokajającymi skutecznie leczy zmiany powstałe na tle alergicznym.

Leczenie estrogenami jest celowe w przypadku wtórnych zakażeń sromu na tle niedoborów hormonalnych (estrogeny zarówno miejscowo – w postaci maści lub kremów, jak i ogólnie). Dobre rezultaty osiąga się przy stosowaniu maści z testosteronem. W przypadku stwierdzenia zmian dysplastycznych lub atypii komórkowej wykonuje się operacyjne wycięcie sromu. Stosowane jeszcze często wycięcie sromu daje nawroty w prawie połowie operowanych przypadków. Ten zabieg operacyjny jest uzasadniony wtedy, gdy histologicznie stwierdza się nabłonek dysplastyczny lub atypowy.

Stany zapalne pochwy

U starszych pacjentek prowadzących aktywne życie płciowe może wystąpić bakteryjne lub rzęsistkowe zapalenie pochwy. Rzęsistkowe zapalenie pochwy może przebiegać zarówno bezobjawowo, jak i w postaci pełnoobjawowej.

Zapalenie pochwy wywołane przez *Gardnerella vaginalis* jest rzadko spotykane u kobiet starszych, choć może wystąpić u tych, które są aktywne seksualnie.

Identyfikacja drożdżaków nie sprawia trudności i opiera się na wykryciu nici strzępków w wymazie. Przed rozpoczęciem leczenia drożdżycy należy wykluczyć cukrzycę i inne choroby metaboliczne, które mogą być jej przyczyną.

Marskość pochwy (*kraurosis vaginae*)

Marskość pochwy –objawia się zwężeniem pierścieniowatym na wysokości 1/3 górnej pochwy. Występuje wtedy utrudnienie w oglądaniu części pochwowej szyjki macicy we wziernikach, jak i trudności przy badaniu zestawionym i przy ewentualnych zabiegach ginekologicznych.

Zmiana nie daje dolegliwości. W leczeniu można stosować miejscowo testosteron lub estrogeny wychodząc z założenia, że powinny one przywrócić stan prawidłowy narządu ukierunkowanego na ich działanie, jakim jest pochwa.

prawidłowa budowa i funkcja pochwy uzależnione są od odpowiedniego stężenia estrogenów. W przypadku prawidłowego przebiegu procesu starzenia się, po menopauzie następuje zmiana proporcji estradiolu do estronu: estron staje się estrogenem dominującym. Wynika to ze wzrostu obwodowej konwersji androstendionu do estronu i jednoczesnego ograniczenia wytwarzania estradiolu. Występowanie zmian mechanicznych jest powszechnie spotykane wśród kobiet po menopauzie. Nie u wszystkich dochodzi jednak do objawów zanikowego zapalenia pochwy (wodnistych upławów, wiądu i pieczenia w pochwie). Zmniejszenie stężenia estrogenów powoduje postępujące skrócenie i spłycenie narządu, stopniowe zanikanie fałdów, cieńczenie nabłonka i powolną przebudowę warstwy mięśniowej we włóknistą. W rezultacie następuje zmniejszenie elastyczności pochwy oraz zmniejszenie sekrecji luzu. Opisane zmiany w pochwie mogą być przyczyną przewlekłych stanów zapalnych, a co za tym idzie owrzodzeń, wybroczyn, rozszerzenia naczyń włosowatych, pęknięć, krwawień i ziarninowania. U kobiet utrzymujących stosunki płciowe stają się one bardzo bolesne. Błona śluzowa podczas podniecenia zwilża się bardzo wolno lub wcale

W przypadku braku aktywności seksualnej obserwuje się przyleganie, a nawet zanikanie sklepień pochwy. Ograniczony jest przepływ krwi przez ściany pochwy. Zmniejszenie ilości glikogenu w komórkach nabłonka pochwy oraz brak bakterii kwasu mlekowego powoduje wzrost pH. Zanik właściwej dla kwaśnego środowiska flory pochwy sprzyja rozwojowi zakażeń bakteryjnych, grzybiczych, wirusowych i pierwotniakowych.

W miarę postępu procesów starzenia się ściany pochwy tracą prawidłowe napięcie i elastyczność. Sprzyja to powstawaniu przepuklin pęcherza moczowego i odbytnicy. Na zmiany zanikowe pochwy oraz zanikowe zapalenie pochwy narażone są te kobiety, u których wystąpiła przedwczesna menopauza.

Wśród objawów zanikowego zapalenia pochwy można wymienić: pieczenie, tkliwość, uczucie suchości w pochwie, świąd, owrzodzenie, bolesne stosunki płciowe i upławy. Stosowanie estrogenowej terapii zastępczej jest skutecznym postępowaniem profilaktycznym. Prawidłowy wygląd i funkcjonowanie błony śluzowej pochwy zależne są od właściwego stężenia estrogenów i są one stosowane w leczeniu zanikowego zapalenia pochwy. Dodatkowo można stosować dopochwowe środki zwilżające. Regularna aktywność seksualna jest również pomocna w utrzymaniu prawidłowej czynności i zdrowej błony śluzowej pochwy. Estrogeny podane dopochwowo są częściowo wchłaniane i należy pamiętać o przeciwwskazaniach do ich stosowania.

Choroby macicy

Starcze zapalenie błony śluzowej macicy (*Endometritis senilis*)

Utrata odporności tkanek narządów płciowych po ustaniu działania estrogenów powoduje, podobnie jak w pochwie, również w jamie macicy stan zapalny zanikłego nabłonka błony śluzowej na skutek wtargnięcia bakterii ropnych (najczęściej pałeczki okrężnicy). Stwierdza się wtedy rozległe nacieki leukocytarne błony śluzowej, które doprowadzają do jej zniszczenia i przekształcenia w tkankę ziarninową. Tworząca się ropna wydzielina często zalega w jamie macicy z powodu utrudnienia jej wyrzucenia przez słabe skurcze zanikłego myometrium przy silnym zwężeniu lub zarośnięciu kanału szyjki macicy. Jeżeli wydzielina odpływa, to występują ropne cuchnące upławy, niekiedy z domieszką krwi. W razie silnego zwężenia lub zarośnięcia kanału szyjki macicy upławy pojawiają się obficie z przerwami kilku- lub kilkunastodniowymi, poprzedzone zwykle bólem w dole brzucha – o charakterze kolki. Rozpoznanie stawia się na podstawie próbnego wyłżeczkowania jamy macicy. Często po wygaśnięciu procesu zapalnego zachodzi konieczność usunięcia macicy ze względu na trudności wykluczenia w tych przypadkach raka trzonu macicy.

Ropniak macicy (*Pyometra, pyohematometra*)

Przyczynami powstawania ropniaka macicy są najczęściej nowotwory złośliwe endometrium oraz starcze zmiany zapalne zarówno w pochwie jak i w szyjce i trzonie macicy; w końcu również stany pooperacyjne szyjki macicy – następstwo leczenia radioterapeutycznego lub gruźlica. Przyczyny te muszą być brane pod uwagę w stawianiu diagnozy i leczeniu. W następstwie zarośnięcia kanału szyjki w jamie macicy zalega ropna wydzielina. Macica powiększa się, ściany jej cieńszeją, a nawet chociaż bardzo rzadko może dojść do pęknięcia macicy i objawów zapalenia otrzewnej. Próbné wyłyżeczkowanie wykonuje się w osłonie antybiotykowej po posiewie i antybiogramie. Stwierdzenie ropnia macicy powinno budzić podejrzenie zmiany nowotworowej.

Wypadanie macicy i pochwy w staroci (*Prolapsus uteri et vaginae senilis*)

Oprócz wszystkich przyczyn i czynników usposabiających do wypadania macicy i pochwy należy brać pod uwagę starczy zanik tkanek podtrzymujących i zawieszających narządy płciowe. Zwykle wrodzone lub nabyte przez liczne porody osłabienie tkanek podtrzymujących narządy płciowe ujawnia się dopiero po ustaniu czynności jajników. Pojawiające się wówczas uporczywe dolegliwości zmuszają lekarza do postępowania albo operacyjnego, albo w bardzo zaawansowanym wieku przy przeciwwskazaniach, jak i braku zgody ze strony pacjentki na zabieg operacyjny do stosowania odpowiednich krążków pochwowych. Krążki – pesaria mechaniczne, podtrzymujące i korygujące przemieszczenia macicy i pochwy – są stosowane w wielu odmianach i modelach

Najważniejszą zaletą powinna być ich prostota i nie drażniący tkanki materiał, z którego są wykonane. Najczęściej stosuje się pesaria z bakelitu, gumy lub mas plastycznych. Krążki gumowe posiadają dobrą elastyczność, ale niekiedy powodują obfite upławy. Najwłaściwsze są krążki plastikowe, które przez podgrzanie w gorącym płynie czasowo można odkształcić przed założeniem. Zwykle nie powodują one odczynu ze strony pochwy. Krążki produkowane są w różnych wielkościach i mierzone w milimetrach. Ich właściwą wielkość określa długość pochwy pacjentki. Krążek powinien być tak duży, aby nie wypadł przy parciu i kaszlu. Pacjentka nie powinna odczuwać obecności krążka po jego założeniu. Krążek po założeniu rozciąga pochwę i nie pozwala na wypadanie macicy przez dolny odcinek pochwy i przedsionek.

Należałoby tak dobierać krążek, aby sama pacjentka mogła go na noc usuwać z pochwy, a rano ponownie zakładać. W takim przypadku unika się częstych odleżyn w zmienionej starczo pochwie. Krążki gumowe powinny być wyjmowane, myte i sterylizowane co 6-8 tygodni, za plastikowe co 3-6 miesięcy. Obecność odleżyn lub stanu zapalnego pochwy jest przeciwwskazaniem do ponownego założenia krążka. Do powikłań po założeniu krążka, zwykle niewłaściwie dobranego (zbyt dużego), należą zaparcia, parcie nagłące na mocz, stan zapalny i odleżyny w pochwie, wrośnięcie" krążka i niemożność jego usunięcia na skutek starczego zwężenia przedsionka do pochwy, a w końcu rak pochwy w przypadku zaniedbania wskazań do odpowiedniej kontroli założonego krążka.

inne zmiany starcze w obrębie narządów płciowych

Zaburzenia obwodowe w ukrwieniu kończyn leczy się również podawaniem estrogenów łącznie z preparatami o działaniu spazmolitycznym.

U kobiet starych częste jest również, zwłaszcza przy oziębieniu ciała, czynnościowe nietrzymanie moczu na skutek zmniejszenia napięcia ścian pęcherza oraz osłabienia zwieraczy cewki moczowej. Dołącza się tu stosunkowo częstsze niż w innych okresach życia przewlekłe zakażenie pęcherza i dróg moczowych. Ważną rolę odgrywa tu w leczeniu podawanie dużych dawek estrogenów, które przez poprawę ukrwienia i odnowę nabłonka oraz wzmocnienie napięcia mięśniowego zapobiegają procesom zanikowym i zwiększają odporność na zakażenie. Łącznie z estrogenami stosuje się wtedy androgeny i inne preparaty działające anabolicznie.

Wszelkie krwawienia z macicy występujące w okresie starości wymagają próbnego wyłączenia celem wykluczenia sprawy nowotworowej.

U kobiet w tym okresie obowiązują badania ginekologiczne co pół roku łącznie z wszelkimi metodami diagnostycznymi, w celu wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych narządu rodneho. Przy guzach jajnika usuwa się cały narząd rodny mimo guza stwierdzanego tylko jednostronnie.

Przy zabiegach operacyjnych plastycznych na kroczu i pochwie trzeba brać pod uwagę fakt, że częstość stosunków niewiele się zmienia, chyba że u którego z nich występują schorzenia ogólne. Zobowiązuje to operatora do utrzymania funkcjonalności narządów płciowych tak, aby nadal utrzymana była satysfakcja z życia. W postępowaniu rehabilitacyjnym konieczne jest właściwe pouczenie, uniknięcie strachu przed stosunkiem, podawanie estrogenów, a nawet stosowanie maci znieczulających.

Przyczyny krwawienia pomenopauzalnego

- 1) Atrofia błony śluzowej macicy (najczęściej!)
- 2) Polipy endometrialne i polipy szyjki macicy.
- 3) Mięśniaki podśluzówkowe macicy.
- 4) Egzogenne estrogeny – hormonalna terapia zastępcza.
- 5) Rak endometrium.
- 6) Rozrost endometrium.
- 7) Rak szyjki macicy
- 8) Ziarniszczak i inne hormonalnie czynne guzy jajnika.
- 9) Rak jajnika.

Unikanie seksu nie jest konieczne. Kremy z estrogenami lub doustne estrogeny wspomagają produkcję łożu oraz poprawiają elastyczność tkanek. Nawilżające kremy intymne mogą również pomóc.

Pojawia się pytanie, czy mój partner jest ciągle zainteresowany"?

Należy pamiętać, że mężczyźni również mają obniżenie aktywności seksualnej po 50 roku życia i mogą mieć problemy z potencją. Szczera rozmowa, zrozumienie fizjologicznych zmian związanych z wiekiem, mogą zaowocować satysfakcjonującym życiem seksualnym również po siedemdziesiątce.