



PROBLEMY KOBIET W OKRESIE SENIUM


Układ kostny

Osteoporoza należy do grupy pierwszorzędowych patologii inwolucyjnych i jest odpowiedzialna za 80% przypadków chorób metabolicznych kości. Dotyczy ona 30% Europejsek, powyżej 50 r.ż. Główną przyczyną choroby jest przewaga procesów resorpcji kostnej nad kościotworzeniem. W wieku pomenopauzalnym nazywana jest osteoporozą inwolucyjną typu I. Związana jest z niedoborem 17β estradiolu, który wpływa na obniżenie gęstości mineralnej kości. Dochodzi wówczas do ubytku masy kostnej i zahamowania procesu naprawczego mikrouszkodzeń. Wiąże się to ze zwiększonym ryzykiem złamań osteoporotycznych.



Osteoporoza jest chorobą nie dającą znamienych symptomów. Objawy kliniczne manifestują się już jako następstwo złamań. W okresie pomenopauzalnym dotyczą głównie kręgów kręgosłupa i szyjki kości udowej. Złamania te opisywane są jako niskoenergetyczne, ze względu na powstanie ich wskutek drobnego urazu, który w normalnych warunkach nie wywołałby tak poważnych konsekwencji .





W układzie moczowym dochodzi do procesów zanikowych, zwłaszcza w obrębie pęcherza moczowego i cewki moczowej. Obserwuje się również osłabienie mięśni dna miednicy, do którego dochodzi poprzez zmniejszenie włókien elastyny i kolagenu w tkance łącznej. Doprowadza to do rozwoju nietrzymania moczu, które jak wskazują niektóre doniesienia naukowe dotyczy nawet 20% kobiet po menopauzie . Ponadto obserwuje się problem nadmiernego oddawania moczu i nykturii (wielokrotnego oddawania moczu w porach nocnych) Nietrzymanie moczu jest zaburzeniem kontroli oddawania moczu, które powoduje liczne problemy higieniczne i społeczne. W okresie pomenopauzalnym może pojawić się problem wysiłkowego i nagłego nietrzymania moczu. To pierwsze występuje najczęściej. Kobieta dostrzega u siebie bezwiedne gubienie niewielkich ilości moczu, bez odczucia parcia, powstałe pod wpływem kaszlu lub wysiłku fizycznego. Natomiast nagłe nietrzymanie moczu dotyczy sytuacji, kiedy mimowolne oddawanie moczu następuje łącznie z parciem oraz towarzyszy mu nykturia.

- Kropelkowe nietrzymanie moczu lub popuszczanie jego niewielkich ilości w trakcie wysiłku, dźwigania, biegu i wykonywania innych czynności, podczas których wzrasta ciśnienie w jamie brzusznej (przykładowo w trakcie kaszlu czy kichania). Zwykle ten typ inkontynencji jest diagnozowany jako wysiłkowe nietrzymanie moczu- najczęstsza odmiana tej dolegliwości u kobiet z menopauzą.
- Nietrzymanie moczu z parcia, czyli popuszczanie moczu poprzedzonearciem na pęcherz przy jego niewielkim wypełnieniu (a nie, tak jak u zdrowej osoby – przy dużym wypełnieniu pęcherza).
- Nietrzymanie moczu w sytuacjach stresowych.
- Nietrzymanie moczu w nocy – bezwiedne jego popuszczanie w trakcie odpoczynku sennego.

Ponieważ objawy nietrzymania moczu u kobiet w okresie menopauzy są w większości ściśle powiązane ze stanem mięśni dna miednicy konkretnej pacjentki, to wymienionym wyżej symptomom może towarzyszyć również uczucie pełności w pochwie, ból podczas stosunku (wrażenie ciała obcego), a także bóle w dole brzucha.


Wysiłkowe nietrzymanie moczu

Ten rodzaj NTM ujawnia się przy pochylaniu, kucaniu, bieganiu, skakaniu czy podnoszeniu ciężkich przedmiotów, ale także podczas zmiany pozycji ciała, w trakcie śmiechu lub kaszlu. Wtedy mięśnie brzucha napinają się i rośnie ciśnienie w jamie brzusznej, które napiera na pęcherz.

Tym, co powstrzymuje mocz przed wydostaniem się na zewnątrz, są mięśnie dna miednicy – ich prawidłowe działanie utrzymuje cewkę moczową i dolną część pęcherza moczowego we właściwym miejscu. Jeżeli mięśnie dna miednicy są osłabione lub nadwyrężone, nie będą w stanie spełnić swojej funkcji – czyli prawidłowo zareagować i poprzez zaciśnięcie sprawić, że zwieracz jest zamknięty i mocz pozostaje w pęcherzu. Wtedy dochodzi do popuszczania moczu. Jego ilość może być różna, w zależności od stopnia zaawansowania dolegliwości. Wyróżnia się ich trzy.

STOPNIE WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU


- 1.stopień - utrata kilku kropel wskutek wysiłku, np. podniesienia ciężkich zakupów
- 2.stopień - nietrzymanie moczu podczas lekkich czynności fizycznych, np. podbiegnięcia, podskoku, wejścia na schody, prac w ogrodzie
- 3.stopień - nietrzymanie moczu w pozycji siedzącej lub leżącej, przy niewielkiej zmianie pozycji ciała albo bez żadnej czynności, która by je powodowała.




Nagłace nietrzymanie moczu występuje, gdy komunikacja między mózgiem a pęcherzem moczowym zawodzi. W zdrowym organizmie pęcherz jest w stałym kontakcie z mózgiem. Receptory w ścianie pęcherza informują, na ile jest on wypełniony i jak pilnie należy skorzystać z toalety. Gdy ten mechanizm zawodzi, mózg nie informuje właściwie pęcherza o potrzebie oddania moczu, co można odczuwać jako nagłace parcie lub w ogóle nie odczuwać potrzeby siusiania.




Zróżnicowane przyczyny nagłego nietrzymania moczu to:

- złe nawyki przy korzystaniu z toalety
 - palenie papierosów
 - zaburzenia neurologiczne
 - podrażnienia układu moczowego
- 



W przypadku naglącego nietrzymania moczu można czuć potrzebę pójścia do toalety co chwilę, co jest symptomem pęcherza nadreaktywnego, lub przeciwnie – poczuć impuls, gdy jest za późno, co wskazuje na pęcherz niewrażliwy.

Pęcherz nadreaktywny najczęściej objawia się tzw. syndromem klucza w drzwiach, czyli bardzo intensywną, trudną do powstrzymania potrzebą oddania moczu podczas drogi do łazienki. Symptomem bywa też częstomocz dzienny (oddawanie moczu częściej niż 6–8 razy dziennie) i nocny (częściej niż raz w ciągu nocy).



Pęcherz niewrażliwy (nietrzymanie moczu z przepętnienia) to zmniejszona wrażliwość na wzrastającą ilość moczu w pęcherzu. Nie odczuwa się wtedy potrzeby pójścia do toalety przez wiele godzin. Zamiast tego mocz zatrzymuje się w pęcherzu, aż zacznie samoistnie wyciekać. Dodatkowo pęcherz nie opróżnia się wtedy do końca.

Formy leczenia zachowawczego nietrzymania moczu:

Estrogenoterapia

Estrogenoterapia jest stosowana u kobiet w okresie menopauzy, które mają stwierdzony niedobór tego hormonu – jest pomocna w łagodzeniu objawów pęcherza nadreaktywnego. Ponadto stosowana dopochwowo łagodzi objawy wysiłkowego nietrzymania moczu.

Fizjoterapia


U pacjentek w okresie okołomenopauzalnym i postmenopauzalnym poleca się m.in. trening mięśni dna miednicy – celem ćwiczeń mięśni dna miednicy jest podwyższenie ich napięcia spoczynkowego, wzrost ich siły, wydłużenie czasu skurczu maksymalnego oraz poprawa kontroli nerwowo-mięśniowej, co w rezultacie usprawnia mechanizmy trzymania moczu. Ćwiczenia mięśni dna miednicy mogą stosować kobiety w każdym wieku jako formę profilaktyki.

Pessaroterapia



U kobiet w okresie **okołomenopauzalnym** i **postmenopauzalnym** , u których nie jest możliwe wykonanie operacji, lub u tych, które na taką operację się nie decydują zaleca się **pessaroterapię**. Jednym z głównych wskazań do ich stosowania jest **obniżenie macicy i pochwy** oraz **wypadanie macicy i pochwy (POP)**. Terapia ta polega na stosowaniu dopochwowych, mechanicznych urządzeń medycznych o różnym kształcie i wielkości, które zapewniają mechaniczne wsparcie dla wypadających narządów.

Leczenie chirurgiczne nietrzymania moczu w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym

Gdy inne metody leczenia nietrzymania moczu nie przynoszą rezultatów, koniecznym może okazać się leczenie chirurgiczne. Mogą to być operacje z użyciem polipropylenowych taśm syntetycznych, tzw. operacje TOT (*ang. trans obturator tape*) w przypadku pierwotnego nietrzymania moczu lub TVT (*ang. tension free vaginal tape*) w przypadku nawrotowego nietrzymania moczu.



kwalfikacji do zabiegu dokonuje ginekolog (specjalizujący się w uroginekologii) lub urolog (specjalizujący się w urologii czynnościowej). Uznaje się, że skuteczność większości dostępnych na rynku systemów do leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu jest podobna. Właściwa technika operacyjna oraz prawidłowo dobrany wyrób medyczny umożliwiają realizację dwóch podstawowych celów: uzyskania pożądaných wyników leczenia i zminimalizowania ryzyka odrzutu wszczepionej taśmy.



W ostatnich latach coraz głośniej jest o leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu za pomocą laseroterapii. Metodę tę uznaje się nadal za eksperymentalną. W tej kwestii lekarze i fizjoterapeuci mają podzielone opinie.

Przyczyny nietrzymania moczu u kobiet w okresie menopauzy są różne i złożone


- Naturalne obniżenie narządów rodnych postępujące wraz z wiekiem (wpływają na nie oczywiście dodatkowo przebyte porody oraz ciążę).
- Nadwaga i otyłość sprzyjające obniżeniu narządów, a tym samym naciskowi na pęcherz.
- Niewłaściwe nawyki toaletowe praktykowane przez większość życia (wywieranie parcia na mocz i stolec podczas mikcji i defekacji, przyjmowanie nieprawidłowej pozycji podczas tych czynności i inne).
- Brak ćwiczeń urofizjoginekologicznych adekwatnych do stanu i kondycji mięśni dna miednicy.
- Wykonywanie czynności dnia codziennego nieergonomicznie, bez dbałości o kontrolę ciśnienia w jamie brzusznej.
- Naturalnie postępujące zwiotczenie mięśni spowodowane między innymi zanikiem włókien kolagenowych i elastyny.
- Brak mobilizacji blizn po porodzie przez cięcie cesarskie czy blizny po nacięciu krocza.
- Przebyte zabiegi i operacje w obrębie miednicy i narządów rodnych.




Zdarza się, że nietrzymanie moczu jest objawem innych zaburzeń i chorób.

Zazwyczaj ten problem dotyka osób, które cierpią na:

- zapalenie pęcherza,
 - choroby neurologiczne, takie jak np. stwardnienie rozsiane.
- 




Rozpatrując wymienione powyżej przyczyny nietrzymania moczu u kobiet w okresie menopauzalnym, można dostrzec, że dzielą się one na dwie grupy – jedne następują naturalnie, wraz z osiągnięciem coraz starszego wieku, a inne są efektem niewłaściwego postępowania w kierunku profilaktyki inkontynencji. Na szczęście obecnie istnieją sposoby na leczenie nietrzymania moczu, które zdecydowanie mogą podnieść komfort życia pacjentek osiągniętych średni lub seniorski wiek.




Kluczowa dla leczenia nietrzymania moczu, rozpatrywanego jako objaw menopauzy, jest terapia uroginekologiczna. Prowadzi ją najczęściej specjalista – fizjoterapeuta uroginekologiczny, który po badaniach diagnostycznych (na które składają się zwykle szczegółowy wywiad oraz badanie palpacyjne) dobiera odpowiednie ćwiczenia i przekazuje zalecenia dotyczące ergonomicznego wykonywania codziennych czynności, a także prawidłowej mikcji i defekacji. Na terapię uroginekologiczną składają się więc:

- ćwiczenia mięśni dna miednicy – zarówno samodzielne, zalecone przez lekarza, jak i wykonywane podczas regularnych spotkań w gabinecie fizjoterapeuty;
- zalecenia dotyczące utrzymania prawidłowej postawy ciała (a zwłaszcza układu ruchu: kręgosłupa, miednicy, nóg oraz stóp);
- zalecenia odnoszące się do właściwego sposobu oddawania moczu i stolca (bez parcia i wytwarzania zbyt wysokiego ciśnienia w jamie brzusznej, ze stołeczkiem pod stopami);
- zalecenia w sprawie ergonomicznego wykonywania codziennych czynności (brak dźwigania ciężkich przedmiotów, wstawanie z siedzenia i leżenia przez bok, a nie na wprost, podnoszenie ze zgiętych nóg lub z pozycji kucającej i inne).




Oprócz wymienionych powyżej metod, terapia uroginekologiczna może również – na zlecenie lekarza – uwzględnić nieco bardziej inwazyjne zabiegi, takie jak różnego rodzaju elektrostymulacje czy terapię osoczem bogato płytkowym (zwłaszcza, jeśli przyczyną inkontynencji okazuje się niemobilna blizna po cięciu cesarskim czy nacięciu krocza).


Fizjologiczne niedobory estradiolu prowadzą do atrofii (zaniku) w układzie moczowo-płciowym. Ich objawy mogą w znaczący sposób wpływać na komfort i jakość życia kobiet pomenopauzalnych. Jednakże jak pokazują niektóre doniesienia, tylko niewiele z nich zgłasza objawy lekarzowi, stąd problem wydaje się być niewystarczająco diagnozowany. W obrębie narządu rodniczego dochodzi do wielu zmian degeneracyjnych. Macica, jajniki i jajowody stopniowo zmniejszają swoje rozmiary. Srom zmniejsza swoją grubość i unaczynienie, a atrofia dotyczy skóry wokół sromu, co skutkuje jej ścięciem, wiotkością i obwisaniem warg sromowych. Obserwuje się procesy inwolucyjne w obrębie łechtaczki i warg sromowych mniejszych oraz lipoatrofię (zanik tkanki tłuszczowej) w obrębie warg sromowych większych. Srom traci pigmentację i typowe owłosienie łonowe. Występuje również ścięcie śluzówki w okolicy wejścia do pochwy.



Atrofia pochwy dotyka nawet około 75% kobiet. Skutkuje pojawieniem się wielu objawów, tj. obniżenie napięcia i elastyczności, suchość i/lub stany zapalne pochwy. Ponadto dyspareunię oraz krwawienie po stosunku płciowym. Stopniowe zmniejszenie elastyczności ścian pochwy związane jest z zanikiem liczby włókien kolagenowych i elastynowych. Obserwuje się ponadto osłabienie proliferacji keratynocytów, inicjowanie zmian zwyrodnieniowych w tkankach oraz zahamowanie procesów regeneracyjnych. Dochodzi w efekcie do atrofii nabłonka, uszkodzenia zmarszczek pochwowych i zmniejszenia przedsionka pochwy




Suchość pochwy natomiast spowodowana jest zmniejszeniem sekrecji śluzu szyjkowego i wydzieliny gruczołu Bartholina. Obserwuje się również zmiany flory bakteryjnej pochwy, która staje się uboga w pałeczki kwasu mlekowego. Jednocześnie wzrasta jej pH, w porównaniu z okresem prokreacyjnym. Prowadzi to do występowania świądu, pieczenia, zaczerwienienia oraz częstszych stanów zapalnych narządu rodowego, w szczególności bakteryjnego zapalenia pochwy




Wyżej wymienione zmiany w obrębie narządu rodno prowadzą do wystąpienia dyspareunii, czyli bólu i pieczenia podczas stosunku płciowego. Na podstawie aktualnych doniesień nawet 25-50 % kobiet pomenopauzalnych zgłasza dyskomfort podczas aktywności seksualnej. Ból może być zlokalizowany w różnych obszarach narządu rodno. Może być on zarówno odczuwany w obrębie sromu, w pochwie lub w obrębie miednicy małej. Większość kobiet jednak doświadcza dolegliwości bólowych w przedsionku pochwy, ze względu na jego bogate unerwienie. Na jego występowanie, oprócz zaburzeń endokrynych, mogą mieć wpływ czynniki psychospołeczne i współwystępowanie chorób przewlekłych.

Depresja okołomenopauzalna

U części kobiet rozwija się również depresja, a zarówno doświadczenie kliniczne, jak i wyniki wielu badań wskazują na częstsze występowanie tego zaburzenia u kobiet w wieku okołomenopauzalnym niż w populacjach kobiet przed i po menopauzie. Obecnie pojawienie się i/lub nasilenie objawów depresyjnych w okresie okołomenopauzalnym wiąże się z wahaniami stężeń estrogenów, ale też ze zmianami w obszarach życia rodzinnego, zawodowego i społecznego, a także tymi dotyczącymi obrazu własnego ciała i poczucia kobiecości. Okres ten sprzyja ponadto zaostrzeniu i/lub nawrotowi wcześniej rozpoznanej depresji, również tej, która występuje w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Objawy depresyjne są w tym okresie źródłem szczególnego cierpienia, charakteryzują się swoistym obrazem klinicznym i mogą wymagać odmiennego postępowania niż depresja u kobiet w innych grupach wiekowych. Depresja występująca w okresie okołomenopauzalnym wpływa niekorzystnie na jakość życia i funkcjonowanie kobiet.




Ocenia się, że ryzyko depresji u kobiet w okresie menopauzy jest około 2–5 razy większe niż w okresie przed rozpoczęciem się zmian menopauzalnych i po zakończeniu menopauzy. W badaniach odnotowano, że około połowa tych pierwszych uważa się za depresyjne; mniej więcej tyle samo kobiet zgłasza takie objawy, jak rozdrażnienie, smutek, lęk, bezsenna czy zaburzenia pamięci. Rozwinięcie się depresji wymagającej farmakoterapii zależy też prawdopodobnie od wieku, w którym u kobiety wystąpi menopauza – jest ona częstsza w przypadku, gdy objawy klimakterium występują przed 45. rokiem życia (10–15%), rzadziej natomiast dotyczy kobiet z menopauzą rozpoczynającą się w wieku 48 lat lub później (5–6%). Istnieją też dane wskazujące na częstsze stwierdzanie depresji wśród kobiet przechodzących menopauzę pooperacyjną.




Ryzyko wystąpienia depresji okołomenopauzalnej jest większe u kobiet, u których wcześniej rozpoznano zaburzenia depresyjne wymagające stosowania leków przeciwdepresyjnych. Wśród innych czynników ryzyka wymienia się: zespół napięcia przedmiesiączkowego (*premenstrual syndrome* – PMS), depresję w czasie ciąży albo w okresie poporodowym, stany dysforyczne wywołane przyjmowaniem doustnych leków antykoncepcyjnych, smutek poporodowy (*postpartum blues, baby blues*).

Ryzyko depresji w omawianym okresie jest również większe w związku z nasilonym negatywnym przeżywaniem zmiany stylu życia w obszarze macierzyństwa, życia rodzinnego, zawodowego, płodności, sprawności i atrakcyjności fizycznej oraz u kobiet, które nadmiernie martwią się o innych.




Kobiety cierpiące na depresję okołomenopauzalną często w pierwszej kolejności doświadczają dolegliwości somatycznych (najczęściej bólowych i związanych z samą menopauzą). Wśród zgłaszanych objawów psychopatologicznych wymienia się niepokój, rozdrażnienie, gorszy nastrój (smutek, zniechęcenie, pesymizm), objawy lękowe i pogorszenie jakości snu oraz zaburzenia apetytu (zwiększenie lub zmniejszenie). Kobiety te skarżą się również na subiektywnie bardziej odczuwane uderzenia gorąca podczas snu. Należy jednak pamiętać, że zakłócenia snu w okresie menopauzy mogą być też związane z leżącymi u ich podłoża zaburzeniami snu (takimi jak zespół niespokojnych nóg lub zespół bezdechu śródsewnego) albo z objawami lękowymi.




Tymczasem wiadomo, że kobiety cierpiące na przewlekłą bezsenność obciążone są większym ryzykiem rozwoju depresji. Gdy ta ostatnia wystąpi u kobiety w okresie okołomenopauzalnym, często sprawia, że nasilenie objawów menopauzalnych w porównaniu z odczuwanym przez kobiety, które nie doświadczają wtedy depresji, jest większe.


Objawy te należy różnicować z symptomami niedoboru estrogenów, co podkreśla znaczenie współpracy między ginekologiem i psychiatrą.




Rozpoznanie depresji okołomenopauzalnej opiera się głównie na dokładnie zebranych wywiadzie psychiatrycznym dotyczącym obecnego samopoczucia, ale też uwzględniającym wcześniejsze epizody zaburzeń nastroju i ewentualne inne kryzysy psychiczne. Konieczne jest wykluczenie somatycznych przyczyn wystąpienia objawów depresyjnych, dlatego często ważne są wyniki odpowiednich badań zlecanych przez lekarza ogólnego. Przydatne też bywają konsultacje ginekologiczne i endokrynologiczne, z ewentualnymi stosownymi specjalistycznymi badaniami. W wybranych przypadkach zaleca się przeprowadzenie testów psychologicznych.



Rozpoznanie depresji okołomenopauzalnej bywa trudne ze względu na to, iż zazwyczaj kobiety na nią cierpiące skarżą się głównie na objawy somatyczne menopauzy, pomijając równocześnie (z różnych powodów) przeżywane trudności psychologiczne i emocjonalne. Czasami po prostu nie są świadome, że smutek, zniechęcenie, męczliwość i inne objawy depresji są stanami nieprawidłowymi, w przypadku których możliwe jest skuteczne leczenie. A czasami na przeszkodzie stoi wstyd, brak wsparcia bliskich i bezradność, która sama w sobie może być objawem depresji.



W sytuacji, gdy wyniki badań przeprowadzanych z powodu dolegliwości okołomenopauzalnych przez lekarza podstawowej opieki czy ginekologa nie zapewniają pełnego wyjaśnienia przyczyn gorszego samopoczucia i wdrożenia skutecznego postępowania, należy rozważyć konsultację u psychologa lub psychiatry. Jest to o tyle ważne, iż obecnie dysponujemy bezpiecznymi i skutecznymi sposobami leczenia depresji, również tej, która występuje w okresie menopauzy.




Konsultacja u psychologa lub psychiatry jest wskazana wtedy, gdy wystąpi kilka z poniższych objawów i trwają one dłużej niż 2 tygodnie:

- utrwalony smutek, pesymistyczne myślenie, zniechęcenie,
- nadmierny apetyt lub jego brak,
- bezsenna lub nadmierna senność w ciągu dnia,
- drażliwość, niepokój psychiczny i ruchowy lub bezczynność i apatia,
- niechęć do rzeczy, które do tej pory sprawiały przyjemność,
- brak energii i męczliwość,
- zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi,
- trwałe poczucie niższej wartości, utraty znaczenia i godności,
- myśli o odebraniu sobie życia, o śmierci, próby samobójcze (wskazanie bezwzględne).




leczenie kobiet, u których wystąpiła depresja okołomenopauzalna, powinno w optymalnych warunkach być prowadzone przez ginekologa i psychiatrę współpracujących ze sobą i wówczas może ono obejmować hormonalną terapię zastępczą (najczęściej są to preparaty zawierające estrogeny podawane doustnie, dopochwowo, przezskórnie lub domięśniowo) często w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi (zwykle z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny). Współpraca lekarzy obu tych specjalności ma znaczenie nie tylko na etapie wdrażania leczenia, ale jest również istotna w związku z koniecznością monitorowania efektów terapii i nasilenia ewentualnych działań niepożądanych związanych ze stosowaniem preparatów hormonalnych i leków psychotropowych.



Kobiety w okresie okołomenopauzalnym obciążone są szczególnie dużym ryzykiem wystąpienia pierwszego epizodu depresji lub nawrotu tej choroby. Istnieją obecnie skuteczne metody terapeutyczne, które pozwalają poprawić samopoczucie oraz jakość życia kobiet doświadczających depresji. Optymalnym postępowaniem jest współpraca ginekologa, psychiatry i lekarza pierwszego kontaktu, uzupełniona odpowiednim wsparciem bliskich i ich zrozumieniem.


Choroby nowotworowe

Do pełnego rozwoju nowotwory złośliwe zwykle potrzebują długiego okresu latencji, który rozpoczyna się od pierwszej ekspozycji na czynnik działający rakotwórczo. Zdrowe komórki przekształcają się w komórki nowotworowe w procesie mutacji genetycznej (zmiany DNA). Rak pojawia się również poprzez tzw. mutacje spontaniczne, spowodowane predyspozycją genetyczną. Zanim jednak wystąpią pierwsze objawy kliniczne, komórka patologicznie zmieniona przechodzi przez system genów obronnych, zmierzając finalnie do przetrwałych mutacji i do rozwinięcia się pełnego procesu nowotworzenia. W związku z tym, ryzyko zachorowalności na nowotwory wzrasta wraz z wiekiem, ze względu na dłuższe oddziaływanie czynników mutagennych na starzejący się organizm




Wiek pomenopauzalny jest czasem szczególnie podatnym na proces karcinogenezy. U Polek najczęściej obserwuje się występowanie raka piersi, raka jelita grubego i raka płuc. Do najczęściej występujących nowotworów ginekologicznych zaliczają się: rak endometrium, rak jajnika, rak szyjki macicy, a najrzadziej rak sromu.


Rak piersi jest poważnym problemem zdrowia publicznego na całym świecie, szczególnie w krajach zamożnych. Chorobę tę diagnozuje się najczęściej w grupie wiekowej 50.-69.lat. Do głównych czynników ryzyka należy wczesna menarche i późna menopauza, co potwierdza hormonozależny typ nowotworu. Uważa się, że wieloletnia hormonalna terapia zastępcza może również, chociaż w niewielkim stopniu, przyczynić się do rozwoju choroby. Dodatkowo zachowania antyzdrowotne, tj. spożywanie wysokoprocentowego alkoholu i niska aktywność fizyczna są uznane za ważne czynniki chorobotwórcze. Dobrze poznany jest również wpływ mutacji w genach BRCA1 i BRCA2. Ponadto kobiety wysokie i otyłe lub te, które doświadczyły znacznego wzrostu masy ciała mogą znaleźć się w grupie ryzyka.




Najważniejszym objawem klinicznym nowotworu jest guz, o nieregularnym obrysie, twardy, odgraniczony od pobliskich tkanek i zwykle bezbolesny. Chorobie mogą towarzyszyć również zmiany dermatologiczne, tj. zaczerwienienie, objaw tzw. skórki pomarańczowej, wciągnięcie skóry, obrzęk. Rokowanie zależy od różnych czynników, tj. typu histologicznego, stopień zaawansowania, wielkość nowotworu, istniejące przerzuty do węzłów chłonnych i status hormonalny guza. Wysoka śmiertelność w raku piersi wynika głównie z nawrotu choroby po interwencjach terapeutycznych. Wznowienie nowotworu powstaje w wyniku rozprzestrzeniania się resztkowych komórek rakowych miejscowych i/lub rozsianych, które przetrwały leczenie i są na ogół określane jako minimalna choroba resztkowa .




Epizody krwawień z narządu rodneego w okresie postmenopauzy wywołują podejrzenie zmian nowotworowych, toczących się w obrębie błony śluzowej jamy macicy . Etiopatogeneza tego nowotworu nie jest do końca poznana. Uważa się, że przyczyną zmian onkologicznych w obrębie endometrium może być hiperestrogenizm. Częściej chorują osoby obarczone mutacjami genetycznymi. Rak endometrium może wiązać się z zespołem Lyncha, dziedzicznym zespołem raka jelita grubego nie będącego polipowatość. Zachorowalność dotyczy głównie kobiet, zamieszkujących kraje wysoko rozwinięte, gdzie menopauza pojawia się później. Obserwuje się u nich zatem dłuższy wpływ estrogenów na narządy płciowe. Rak endometrium diagnozuje się najczęściej około 60. roku życia. Do głównych czynników ryzyka, oprócz wczesnej menarche, późnej menopauzy i czynników genetycznych, należą również cukrzyca i otyłość




Wyróżnia się dwa typy raka endometrium, a mianowicie rak endometrialny estrogenozależny typu 1 oraz typ 2 nieestrogenozależny. Typ 1 występuje najczęściej i zazwyczaj charakteryzuje się łagodnym przebiegiem i dobrym rokowaniem. Wczesne stadium nowotworu, ograniczone tylko do błony śluzowej jamy macicy, stanowi blisko 80% wszystkich przypadków zachorowań, a 5-letnia przeżywalność jest bardzo wysoka




Rak jajnika cechuje największa śmiertelność spośród wszystkich nowotworów ginekologicznych . Dotyka szczególnie mieszkanek krajów rozwiniętych . Największy wzrost zachorowalności obserwuje się po 50. roku życia. Obecnie nie prowadzi się badań przesiewowych dla tego nowotworu, ze względu na brak znanych stadiów przedrakowych oraz brak wystarczająco czułych i swoistych biomarkerów. Postępy w leczeniu dają jedynie marginalne różnice w ogólnej przeżywalności in., 2014). Nowotwór wykazuje wysoką inwazyjność. Jego agresywny rozwój i niecharakterystyczne objawy powodują, że najczęściej diagnoza stawiana jest na zaawansowanym etapie choroby-III-IV stadium według klasyfikacji FIGO. Na takim etapie całkowite wyleczenie jest bardzo trudne .




Zdecydowana większość przypadków raka ma charakter nabłonkowy, a ich początek zazwyczaj zlokalizowany jest w strzępkach jajowodów. Do czynników ryzyka należą: zespoły dziedziczenia raka jajnika i piersi, mutacje w genach BRCA1 i BRCA2, zespół Lyncha, bezdzietność, hiperstymulacja jajników i nieudane próby IVF (zapłodnienie in vitro). Diagnoza może być poprzedzona niespecyficznymi, kilkumiesięcznymi objawami dyspeptycznymi, tj. bóle i wzdęcia brzucha.






Rak szyjki macicy jest wciąż wiodącą przyczyną śmiertelności kobiet, z powodów nowotworowych na świecie. Ze względu na odsetek zachorowalności i kilkuletniej przeżywalności Polska, na tle krajów wysoko rozwiniętych, znajduje się w czołówce. Choroba dotyczy średnio kobiet w wieku 45.- 64. lat. Główną przyczyną tego nowotworu jest przewlekłe zakażenie wirusem HPV (wirus brodawczaka ludzkiego). Do czynników ryzyka należą m.in. wczesna inicjacja seksualna, wielodzietność, promiskuityzm (kontakty seksualne podejmowane z przypadkowymi, często zmienianymi partnerami), palenie tytoniu oraz niski status socjoekonomiczny.



Rak we wczesnych stadiach jest bezobjawowy. W zaawansowanym stadium mogą pojawić się krwawienia z narządu rodniego i wydzielina pochwowa o nieprzyjemnym zapachu. Nowotwór szyjki macicy jest jednym z niewielu, któremu skutecznie można przeciwdziałać dzięki badaniom skriningowym. Jego rozwój jest długoletni i posiada dobrze opisane stany przedrakowe.



Rak sromu należy do najrzadziej występujących nowotworów narządu rodniego. Jednak częstość zachorowania wzrasta wraz z wiekiem. Średnia wieku zachorowań to 52. lata. Wyróżnia się kilka jego rodzajów histologicznych, przy czym najczęstszy jest rak płaskonabłonkowy. Natomiast miejscem zmienionym nowotworowo są wargi sromowe większe. Prognoza wyleczenia jest dobra, jeśli rak jest rozpoznany we wczesnym stadium, zmniejsza to w znacznym stopniu rozwój choroby. Dodatkowo ważnym aspektem opieki medycznej, w kontekście raka sromu, jest ustalenie możliwie jak najbardziej zachowawczego sposobu leczenia. W procesie rekonwalescencji kobiety często wymagają wsparcia psychoseksualnego