



Raport
ZDROWIE
POLEK

Raport

Zdrowie Polek

A woman with her hair in a bun, wearing a light blue crop top and blue and white striped pajama pants, stands in a modern bathroom. She is looking at her reflection in a mirror above a white sink, holding a white towel. The bathroom has grey tiles, a white shelf with toiletries, and a potted plant on the right.

9 MAŁO ZNANYCH FAKTÓW O ZDROWIU Kobiet

Raport

Zdrowie Polek

*Polka z wyższym wykształceniem żyje dziś tyle, co przeciętna Europejka. Częściej jednak pali papierosy lub e-papierosy, rzadziej chodzi na badania profilaktyczne. Kilka prostych zmian i **KOBIETA W POLSCE MOGŁA-BY ŻYĆ DŁUŻEJ** niż średnia w Europie. Jak na zdrowie kobiet w Polsce wpłynie epidemia COVID-19?*



Tekst: **Katarzyna Pinkosz**

Na ochronę zdrowia w Polsce przeznaczają się znacznie mniej funduszy niż w innych krajach UE. Ma to wpływ na długość ich życia, jednak nie aż tak bardzo jak styl życia. W ostatnich latach styl życia Polek – zwłaszcza mieszkających w miastach i mających wyższe wykształcenie – zbliżył się do stylu życia kobiet mieszkających w krajach zachodnich. Przełożyło się

*Raport**Zdrowie Polek*

to na wzrost długości życia, jednak niepokojące jest to, że od około dwóch lat przestała ona rosnać. Na zdrowie Polek na pewno wpłynie też epidemia COVID-19 i związane z nią trudności w dostaniu się do lekarza, opóźnienia wykonywania badań diagnostycznych. Jak bardzo duży będzie to wpływ, to będzie można ocenić dopiero za dwa-trzy lata. A jak wygląda zdrowie Polek 2020?

1. Żyją dłużej niż mężczyźni i jednak zdrowiej

Na razie trwająca kilka miesięcy epidemia nie miała większego wpływu na średnią długość życia kobiet w Polsce, choć może to się zmienić. Statystycznie Polka żyje dziś ok. 82 lata. Do średniej UE brakuje nam jeszcze 1,9 roku, a w stosunku do średniej życia Hiszpanek – cztery lata. Ten dystans nie dotyczy jednak już wszystkich kobiet. – W przypadku kobiet z wyższym wykształceniem różnica w długości życia między Polkami a średnią w UE prawie się zaciera.

*Raport**Zdrowie Polek*

Największa różnica w długości życia występuje w grupie osób gorzej wykształconych i gorzej sytuowanych – potwierdza prof. Bogdan Wojtyniak, zastępca dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, autor wielu raportów dotyczących długości życia Polaków.

*Kobiety w Polsce żyją jednak o **OSIEM LAT DŁUŻEJ** niż mężczyźni i jest to spowodowane nie tylko ochronnym działaniem estrogenów.*

– Kobiety z reguły odżywiają się zdrowiej niż mężczyźni, bardziej dbają o sylwetkę, są mniej skłonne do zachowań ryzykownych, rzadziej nadużywają alkoholu, rzadziej też brawurowo jeżdżą samochodem, więc rzadziej ulegają wypadkom, częściej chodzą do lekarza – wylicza prof. Wojtyniak. Wszystko to składa się na „dodatkowe” osiem lat w stosunku do mężczyzn. Dwa lata do średniej unijnej odbiera nam częstsze niż w krajach zachodnich palenie papiero-

sów, nieprawidłowa dieta, mała aktywność fizyczna, stres, a także późne zgłaszanie się na badania profilaktyczne.

2. **Jeśli kobiety chorują na serce, objawy często są długo niezauważalne**

Estrogeny chronią kobiety przed rozwojem chorób sercowo-naczyniowych do okresu menopauzy (obniżają poziom tzw. złego cholesterolu, uelastyczniają ściany tętnic), dlatego zwykle na choroby serca kobiety chorują 10 lat później niż mężczyźni. Co nie znaczy, że nie chorują – wręcz przeciwnie, to właśnie choroby serca i naczyń krwionośnych są głównymi zabójcami kobiet.

Sam zawał serca u kobiety może dawać inne objawy, lżejsze, i przez to później zauważalne. U kobiet częściej nie występuje ból typowy dla zawału serca: umiejscowiony za mostkiem, promieniujący do żuchwy, barków, pleców. Objawy zawału serca u kobiet mogą być bardzo niespecyficzne (takie jak np. bóle brzucha, wymioty, mdłości, uczucie kołata-

Raport

Zdrowie Polek



nia serca, lęk, poty, duszność). Z tego powodu kobiety z zawałem serca często później trafiają do szpitala, a sam zawał bywa bardziej rozległy. U kobiet częściej dochodzi też do powikłań krwotocznych po zastosowaniu leczenia, a także do drugiego zawału.

Mając to wszystko na względzie, warto robić wszystko, by uniknąć miażdżycy i ryzyka zawału.

3. **Nadciśnienie może wystąpić dopiero po menopauzie**

20- czy 30-latką rzadziej ma nadciśnienie tętnicze niż mężczyzna, a jeśli nawet, to jest ono zwykle łagodniejsze (poza przypadkami tzw. nadciśnienia wtórnego).

Ryzyko nadciśnienia rośnie jednak z wiekiem (zwłaszcza jeśli pojawia się też nadwaga i coraz mniejsza aktywność fizyczna). Nadciśnienie może jednak pojawić się też dopiero po menopauzie, także u szczupłych kobiet, kiedy zaczyna brakować estrogenów. Nadciśnienie w tym wieku może się rozwinąć nawet u kobiet, które wcześniej miały niskie wartości

ciśnienia tętniczego. Powyżej 60.-65. roku życia nadciśnienie w większym stopniu dotyka już kobiet niż mężczyzn.

4. **Kobiety zbyt rzadko się badają**

Kobiety chodzą na badania profilaktyczne co prawda częściej niż mężczyźni, jednak wiele jest tu jeszcze do poprawy. Każda kobieta – nawet jeśli nie ma żadnych niepokojących objawów – raz w roku powinna iść do lekarza. Nie wystarczy w tym przypadku teleporada, gdyż nie zastąpi ona badania lekarskiego, dlatego warto – mimo trudności w okresie COVID-19 – umówić się na taką wizytę osobiście. Raz w roku warto wykonać morfologię i badanie moczu, a także sprawdzić ciśnienie tętnicze. Po 40. roku życia warto wykonywać co roku USG brzucha. Do tego niezbędna jest raz w roku wizyta u ginekologa. Jeśli nie ma niepokojących objawów, raz na jeden-trzy lata konieczna jest cytologia, po 50. roku życia mammografia, a po 55. roku życia kolonoskopia.

Epidemia COVID-19 i zamrożenie placówek ochrony zdrowia spowodowały, że w marcu i kwietniu praktycznie badania profilaktyczne nie były wykonywane. Dziś jednak można się już na nie umówić.

5. Na raka piersi częściej chorują Polki z wyższym wykształceniem

– Umieralność z powodu raka piersi jest wyższa wśród mieszkanek miast niż wsi. Ma na to wpływ fakt, że kobiety w miastach, zwłaszcza z wyższym wykształceniem, później decydują się na dzieci, mają mniej dzieci, krócej karmią piersią niż mieszkające na wsi – mówi prof. Bogdan Wojtyniak.

Ryzyko zachowania na raka piersi zwiększa także otyłość, zwłaszcza brzuszna. – W tkance tłuszczowej powstają estrogeny, a udowodniono, że im jest ich więcej, tym większe ryzyko zachorowania, zwłaszcza po menopauzie. Niekorzystne jest też nadużywanie alkoholu. Estrogeny są metabolizowane w wątrobie, jeśli przestaje ona dobrze pracować – np. z powodu

*Raport**Zdrowie Polek*

nieodpowiedniej diety albo nadużywania alkoholu – to estrogenów jest we krwi więcej i większe ryzyko raka piersi. Systematycznie sięganie po alkohol, nawet w niewielkich ilościach, jest niekorzystne – dodaje dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Centrum Onkologii.

Obecnie Polki wciąż jeszcze statystycznie rzadziej chorują na raka piersi, ale pod tym względem „gonimy” Europę Zachodnią.

*Szacuje się, że co 11. **POLKA ZACHORUJE** w ciągu życia na raka piersi.*

Przy obecnych metodach leczenia tego nowotworu jest możliwe nawet jego wyleczenie lub życie z nim przez wiele lat, warunkiem jest jednak wczesne wykrycie, a potem skuteczna terapia. Niestety, odwrotnie niż w innych krajach Europy, w Polsce od kilku lat rośnie również liczba zgonów z powodu raka piersi.

6. Młode kobiety wciąż często palą papierosy

W ostatnich latach nieco spada liczba kobiet palących papierosy, jednak cieszyć się z tego nie można, bo coraz więcej kobiet pali e-papierosy, co powoduje, że ogólnie liczba palących kobiet rośnie. W 2014 r. paliło papierosy 17 proc. kobiet, w 2018 r. 15,4 proc., jednak aż 5 proc. paliło albo same elektronicznie papierosy, albo jedno i drugie. W sumie powoduje to, że więcej kobiet pali, co jest bardzo niepokojące. Niepokoi to, że po papierosy nadal często sięgają nastolatki – nie spada liczba młodych kobiet wchodzących w nałóg. Wzrasta liczba kobiet palących e-papierosy.

Palenie papierosów nie tylko zwiększa ryzyko rozwoju wielu typów nowotworów, chorób serca, lecz także ma wpływ na przyspieszenie procesów starzenia, gorszą odpowiedź układu immunologicznego, wcześniejsze występowanie menopauzy. U kobiet stosujących doustne leki antykoncepcyj-

ne palenie papierosów zwiększa ryzyko zakrzepowo-zatorowe.

7. Na ten nowotwór nie powinna już umierać ani jedna Polka

3 tys. kobiet w Polsce co roku dowiaduje się, że ma raka szyjki macicy, a ponad 1600 z tego powodu umiera: jest on czwartą przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych. To, że z powodu tego nowotworu nie trzeba umierać, pokazuje przykład Australii: w 1991 r. wprowadzono tam program przesiewowy badań cytologicznych, który doprowadził do zmniejszenia o 50 proc. nowych zachorowań. W 2007 r. wprowadzono program szczepień przeciw wirusowi HPV (brodawczaka ludzkiego) dla dziewczynek, a od 2013 r. rozszerzono go na chłopców. Kobiety w wieku 25-69 mogą co pięć lat zbadać się pod kątem obecności wirusa HPV. W efekcie za kilka lat rak szyjki macicy stanie się w Australii chorobą rzadką. W Polsce nie funkcjonuje dobrze ani system badań profilaktycznych,

SPIS TREŚCI



NASTĘPNY ARTYKUŁ >

Raport

Zdrowie Polek



nie prowadzi się masowych szczepień przeciw wirusowi HPV. Jednak cytologię może wykonać bezpłatnie każda kobieta – wystarczy zgłosić się do ginekologa.

8. **Depresja częściej dotyka kobiet będących w nieudanym związku**

Depresja dwa razy częściej dotyka kobiet niż mężczyzn, trwa dłużej, a jej przebieg jest poważniejszy. Jednakże kobiety częściej zgłaszają się do psychologa i psychiatry oraz podejmują leczenie.

Depresja częściej dotyka kobiet mających rodzinę niż singielek. Podstawowym czynnikiem ryzyka jest zła sytuacja w związku (przeciągający się konflikt pozbawia kobietę wsparcia psychicznego). Poprawa relacji powoduje szybsze ustępowanie objawów depresji. Ryzyko depresji zmniejsza się też, jeśli kobieta pracuje zawodowo, szczególnie gdy praca sprawia jej satysfakcję. Praca i dobre relacje dają kobiecie oparcie.

9. Zapominanym problemem kobiet jest osteoporoza

Proces demineralizacji kości przyspiesza po menopauzie – osteoporozę będzie miało aż 25 proc. kobiet po menopauzie. Kości stają się kruche, coraz mniej wytrzymałe na czynniki zewnętrzne, podatne na złamania (nazywane „niskoenergetycznymi”, gdyż zdarzają się po nawet niewielkim urazie, takim jak potknięcie się, upadek z wysokości ciała). Zagrożone osteoporozą są zwłaszcza kobiety, które palą papierosy, prowadzą mało aktywny tryb życia, drobnej budowy, stosujące diety o niskiej zawartości białka i wapnia.

Wczesne stadium osteoporozy (osteopenia) może być zdiagnozowane nawet u kobiet poniżej 40. roku życia. W okresie menopauzy kobiety powinny zacząć wykonywać badanie gęstości kości i powtarzać co 12-24 miesiące. Niestety, aż 65 proc. Polek w wieku 45-55 lat nigdy nie wykonywało densytometrii. Nieleczona i niezdiagnozowana osteoporo-

*Raport**Zdrowie Polek*

za może doprowadzić do złamań, m.in. kręgosłupa, szyjki kości udowej. W ciągu roku po złamaniu szyjki kości udowej umiera co piąta kobieta. Statystyka bezwzględnie pokazuje, że warto się badać. 

Raport

Zdrowie Polek



PRZYCHODZI POLKA DO GINEKOLOGA

Fot. 123RF

Raport

Zdrowie Polek

*Większość kobiet chodzi do ginekologa, kiedy miesiączkuje i potrzebuje antykoncepcji lub jest w ciąży. Funkcjonuje szkodliwy mit, że kobieta po menopauzie, szczególnie gdy rzadko współżyje, nie ma potrzeby badania się – mówi **PROF. JAN KOTARSKI**, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.*



Rozmawiała: **Katarzyna Pinkosz**

Ponad 80 proc. kobiet w Polsce przyznało, że nie robiło badań ginekologicznych od czasu ogłoszenia epidemii COVID-19 w Polsce. Badanie było wykonane w czerwcu, ale teraz są wakacje i znów może okazać się, że nie jest to najlepszy czas na badania. Dlaczego kobiety tak niechętnie chodzą do ginekologa?

Nie wiem, czy istnieje racjonalne wytłumaczenie takiego zachowania, może uważają, że sprawa zacho-

*Raport**Zdrowie Polek*

rowania na nowotwór ich nie dotyczy? Że to może zdarzyć się komuś innemu, koleżance, ale nie im? Nie rozumiem takiego myślenia. We wczesnym stadium choroby, nowotwory narządów płciowych nie dają żadnych objawów, dlatego tak ważne są wizyty profilaktyczne. Ginekologia jest jedyną specjalnością, gdzie trzeba przyjść na wizytę profilaktyczną w pełnym tego słowa znaczeniu i wykonać badania: cytologię oraz USG, które pokazuje stan endometrium, stan jajników. Dzięki tym badaniom jesteśmy w stanie wcześniej wykryć nowotwór.

*Profesor Jan Kotarski*

Jest prezesem Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, kierownikiem I Katedry i Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

*Raport**Zdrowie Polek*

W ostatnich latach widać, że więcej osób dba o zdrowie: biega, jeździ na rowerze, dba o dietę, zdrowo się odżywia. A jeśli chodzi o cytologię, czy widać poprawę, jeśli chodzi o zgłaszanie się kobiet na badania?

Moim zdaniem sytuacja w Polsce się nie zmienia. W USA, gdzie system ubezpieczeń zdrowotnych działa inaczej, jest zupełnie inna świadomość społeczna. Kobieta wie, że jak nie będzie zdrowa, to nie będzie mogła pracować. Być może ta świadomość jest brutalna, ekonomiczna, jednak kobiety częściej chodzą na badania profilaktyczne. Efekt: w USA gwałtownie obniżyła się zachorowalność na raka szyjki macicy, który jest najłatwiejszy w profilaktyce. Szyjka macicy jest widoczna w zwykłym badaniu ginekologicznym, a pobranie komórek do badania jest niebolesne. Nie jestem w stanie stwierdzić, dlaczego w Polsce wciąż nie też ma powszechnego programu szczepień przeciw wirusowi HPV. Nawet Rumunia już ma taki program.

W Polsce na razie zaprzestano nawet wysyłania zaproszeń na badania cytologiczne, podobno właśnie dlatego, że kobiety tak rzadko na nie się zgłaszały.

Zgłaszalność na badania to nie jest sprawa lekarzy. To, że kobiety nie przychodzą na badania, jest raczej kwestią braku wiedzy, odpowiedniej świadomości i edukacji. Mieliśmy bardzo dobrze zorganizowany program profilaktyki raka szyjki macicy, powstawały ośrodki, podniosła się jakość badań cytologicznych. Problemem jednak było to, że na wysyłane zaproszenia zgłaszało się tylko ok. 10 proc. kobiet. Trzeba jednak lepiej motywować kobiety do dbania o swoje zdrowie i wykonywania systematycznych badań profilaktycznych. Wyniki leczenia onkologicznego zależą w największym stopniu od zaawansowania choroby w momencie rozpoznania. Im później choroba jest rozpoznana, tym leczenie jest bardziej agresywne, okaleczające, toksyczne i mniej skuteczne.

Kobieta młoda chodzi do ginekologa; gdy ma 50-60 lat już nie...

Kobieta chodzi do ginekologa, kiedy miesiączkuje, planuje macierzyństwo lub potrzebuje antykoncepcji. Funkcjonuje szkodliwy mit dotyczący starszych kobiet, że nie mają potrzeby chodzenia do ginekolo-

*Raport**Zdrowie Polek*

ga. A przecież wiemy, że częstość występowania wszystkich chorób onkologicznych wzrasta z wiekiem. Zachorować na nowotwór może też 20-latka, jednak to kobiety w piątej, szóstej, siódmej dekadzie życia są szczególnie narażone na nowotwory.

U tych kobiet powinny być prowadzone
BADANIA PROFILAKTYCZNE *– nie tylko*
w zakresie ginekologii, lecz także
nowotworów płuc, jelita grubego.
Powinny chodzić do lekarza, nawet
jeśli czują się dobrze.

Młode kobiety często się wstydzą. Jeszcze bardziej 60-, 70-latki. Jak to zmienić?

Ważna jest świadomość, że lekarz koncentruje się na problemach somatycznych oraz psychicznych kobiety i nie powinno się rozpoczynać leczenia bez badania. Nad morzem widać, jak 60-, 70-latki spacerują, maszerują z kijkami, nawet biegają. Mają świadomość, że o zdrowie trzeba dbać, a sport jest jednym

z elementów dbania o zdrowie. Badanie ginekologiczne jest także jednym z elementów dbania o zdrowie.

Co roku ok. 1600 kobiet w Polsce umiera na raka szyjki macicy. Dziś już na ten nowotwór nie trzeba umierać?

Gdy wprowadzono badania cytologiczne, wydawało się, że jest kwestią czasu, gdy ta choroba przejdzie do historii. Cytologia to badanie tanie, szybkie. Nie jest jednak bardzo precyzyjne, dlatego trzeba je powtarzać: co rok, co trzy lata – w zależności od wskazań. Obecnie można także wykonać badania molekularne sprawdzające obecność infekcji wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV), co pozwala na wcześniejsze i bardziej precyzyjne rozpoznanie ryzyka raka szyjki macicy. W Polsce takie badania nie są rutynowym badaniem profilaktycznym, a w wielu krajach dzięki połączeniu badania cytologicznego z badaniem molekularnym na wczesnym etapie rozpoznaje się więcej stanów przednowotworowych lub nowotworów we wczesnym okresie.

Takich badań profilaktycznych nie ma w przypadku raka jajnika?

To dużo trudniejszy problem. Nowotwór szyjki macicy możemy zobaczyć niemal gołym okiem albo pod mikroskopem, gdy pobierzemy cytologię. Raka jajnika tak łatwo nie zobaczymy. Torbiele jajnika są tak różnorodne, że ich odróżnienie od nowotworu jest często bardzo trudne. Jednak wykonywanie systematycznych badań USG przy pomocy sondy dopochwowej pozwala na wczesne wykrycie. W naszej klinice stworzyliśmy poradnię patologii jajnika – lekarze mogą w niej skonsultować wszystkie nieprawidłowe obrazy jajnika, weryfikujemy rozpoznania i ustalamy postępowanie terapeutyczne. Dzięki temu udaje nam się wykryć wiele przypadków nowotworów jajnika w znacznie mniejszym stopniu zaawansowania. Nie jest sukcesem diagnostycznym wykrycie nowotworu, który ma średnicę 10 cm i powoduje puchlinę brzuszną, natomiast wykrycie raka o średnicy 2 cm jest sukcesem diagnostycznym, a przede wszystkim daje szansę na znacznie efektywniejsze

*Raport**Zdrowie Polek*

leczenie. Rak jajnika do hydra o wielu głowach. Jest bardzo trudny w leczeniu. Dlatego w jego profilaktyce, diagnostyce i leczeniu nie może być słabych punktów. Jeśli okaże się, że kobieta ma raka jajnika, musi być leczona przez doświadczonych lekarzy, najlepiej w specjalistycznym ośrodku, który zajmuje się tego typu nowotworami.

*Tak jak powstają ośrodki typu Breast Cancer Unit, czyli ośrodki kompleksowego leczenia raka piersi, tak powinny powstać ośrodki kompleksowego leczenia **RAKA JAJNIKA**.*

Jeśli kobieta nie ma żadnych niepokojących objawów: jak często powinna przyjść do lekarza ginekologa?

Wystarczy raz w roku, chyba że w przeszłości były nieprawidłowe wyniki badań profilaktycznych. W przypadku raka jajnika powinno się przeanalizować, czy w rodzinie nie występowały zachorowania,

co pozwoliłoby na wyłonienie kobiet z wysokim ryzykiem genetycznego tego nowotworu. Należy wtedy sprawdzić występowanie mutacji w genach BRCA1 i BRCA2. Około 10-15 proc. raków jajnika to nowotwory uwarunkowane genetycznie.

Jest jakaś górna granica wieku, do kiedy kobieta powinna chodzić do ginekologa?

Nie ma takiej granicy. Badania cytologiczne w ramach programu profilaktycznego wykonuje się w USA od 20. roku życia; w Polsce – od 25. roku życia. Jak długo? Jeśli u kobiety w wieku 60 lat wynik badania cytologicznego i wcześniejsze wyniki badań, które wykonywała systematycznie, były prawidłowe, a dodatkowo badanie molekularne pokaże, że nie ma infekcji HPV, to na kolejne badania wystarczy, gdy zgłosi się za 5-10 lat. 



Caring Deeply. Working Fearlessly. Changing Lives.™

Jesteśmy pionierami w obszarze neuronauki. Biogen odkrywa, opracowuje i dostarcza pacjentom na całym świecie innowacyjne terapie umożliwiające leczenie poważnych chorób neurologicznych i neurodegeneracyjnych.

Założona w 1978 roku spółka Biogen jest jedną z najstarszych na świecie niezależnych firm biotechnologicznych.



Raport

Zdrowie Polek

WSTYDLIWY PROBLEM

Fot. Shutterstock

Raport

Zdrowie Polek

*Czy można się bać, że za chwilę ktoś w naszym towarzystwie opowie żart i wybuchnie my śmiechem? Czy można stresować się nagłym kichnięciem lub kaszlnięciem? Można. Doskonale wiedzą o tym osoby, które **ZMAGAJĄ SIĘ Z INKONTYNENCJĄ**.*



Rozmawiała: **Ewelina Celejewska**

To bardzo prawdopodobne, że ktoś z twoich znajomych lub bliskich zмага się z inkontynencją, czyli nietrzymaniem moczu. Najprawdopodobniej jest to kobieta, bo panie chorują zdecydowanie częściej. Osoby, które cierpią na nietrzymanie moczu, wbrew pozorom można łatwo wskazać. Im poważniejsze jest ich schorzenie,

*Raport**Zdrowie Polek*

tym bardziej są wycofane. Inkontynencja wielu całkowicie zniszczyła życie.

Lęk przed śmiechem

Kichnięcie, kaszlnięcie, śmiech, dźwignięcie ciężkiej torby – każda z tych czynności może u chorego spowodować niekontrolowane opróżnienie pęcherza. W niektórych przypadkach będzie to kilka kropelek, w innych dobrych kilkanaście mililitrów. Czy z taką przypadłością można żyć pełnią życia? Być wyluzowanym, radosnym, swobodnym?

– Byłam wiecznie zestresowana. W pracy co chwilę chodziłam do toalety, żeby zmienić wkładkę higieniczną. Miałam wrażenie, że czuć ode mnie specyficzny zapach. W biurze żartowano z tych moich częstych wędrówek do toalety, ale nigdy nie powiedziałam, co jest ich przyczyną – opowiada 39-letnia Iza, u której nietrzymanie moczu rozwinęło się po pierwszej ciąży i znacznie pogorszyło po drugiej. – Właściwie nie uprawiamy seksu z mężem. Spaliłabym się ze wstydu, gdyby „to” stało się

*Raport**Zdrowie Polek*

w sytuacji intymnej – dodaje. Od dwóch miesięcy jest na zwolnieniu z powodu depresji.

Problem jest poważny i dotyczy wszystkich krajów wysokorozwiniętych. Specjaliści zakładają, że aż co trzecia kobieta na pewnym etapie życia zмага się z jakąś formą nietrzymania moczu, a tych jest kilka. Pamiętajmy, że samo popuszczanie moczu to tylko objaw, dlatego zacząć trzeba od bardzo dokładnej diagnostyki.

– Przyczyn jest mnóstwo. Może to być np. uszkodzenie aparatu zamykającego cewkę moczową i w tym przypadku mówimy o tzw. wysiłkowym nietrzymaniu moczu. ten rodzaj inkontynencji występuje zdecydowanie najczęściej – mówi dr n. med. Paweł Szymanowski, prezes Polskiego Towarzystwa Uroinekologicznego.

W niektórych krajach kobiety po porodzie są objęte opieką położnej lub fizjoterapeuty i uczą się, **JAK ĆWICZYĆ MIĘŚNIE DNA MIEDNICY, BY** zminimalizować ryzyko rozwoju nietrzymania moczu.

Tabu? Niekoniecznie

Wiele kobiet wstydzi się opowiedzieć lekarzowi o swoim problemie, co w pewnym stopniu jest zrozumiałe, choć dla specjalistów nie jest to temat tabu. Zaskakujące jest to, że te pacjentki uważają, że taki już „nasz kobiecy los”. To cena np. za posiadanie dzieci. Inne mówią, że z inkontynencją zmagają się matka, babcia czy siostra i u nich to po prostu normalne. Do tego dochodzą też reklamy suplementów diety, które niby mają wpływać na nietrzymanie moczu, lub reklamy środków higienicznych. Pieluchomajtki, owszem, absorbują płyn i pozwalają np. uprawiać sport, ale jaki to komfort, gdy w trakcie biegania czujemy, że co chwilę popuszczamy mocz? To rozwiązanie higieniczne, ale nie zdrowotne.

– Wyсіłkowe nietrzymanie moczu naprawdę można i należy leczyć. W przypadku tego schorzenia skuteczność wynosi ponad 90 proc. W przypadku młodych kobiet bez innych czynników ryzyka – nawet 97 proc. Jeśli jest to pierwszy stopień choro-

*Raport**Zdrowie Polek*

by, na ogół wystarczy sama fizjoterapia uroginekologiczna, w drugim stopniu może ona nie wystarczyć, natomiast w trzecim konieczne są zabieg operacyjny i fizjoterapia. Lekarze mają do dyspozycji np. taśmy podcewkowe. U młodych kobiet przed czterdziestym rokiem życia wykonujemy także operację laparoskopową metodą Burcha – tłumaczy dr Szymanowski.

Zabiegi te są w Polsce refundowane.

Tzw. parcia naglące również mogą prowadzić do nietrzymania moczu.
*Pacjentka **NIE JEST W STANIE KONTROLOWAĆ** odruchu parcia.*

W początkowym stadium choroby ma „parcia suche” – kobieta czuje, że musi szybko iść do toalety, ale jest w stanie utrzymać mocz. O „parciach mokrych” mówimy, kiedy już do toalety nie zdąża.

W tym przypadku najpierw należy udać się do ginekologa, by sprawdzić, czy pęcherz nie jest

*Raport**Zdrowie Polek*

obniżony, co może skutkować zagięciem cewki moczowej. Jeśli tak, konieczne jest uniesienie pęcherza moczowego (metod jest wiele) i późniejsza fizjoterapia.

– Jeśli jednak pęcherz jest umiejscowiony prawidłowo i nie występują stany zapalne w obrębie dróg moczowych, mamy do czynienia z tzw. pęcherzem nadaktywnym. Taka pacjentka może otrzymać np. leki rozluźniające mięsień wypieracz pęcherza. Stosuje się także zastrzyki toksyny botulinowej (Botox) – tłumaczy lekarz.

„Ciesz się, że żyjesz”

O nietrzymaniu moczu po porodzie mówi się coraz więcej, jest jednak pewna grupa pacjentów, którzy zmagają się z inkontynencją i mają problem z uzyskaniem pomocy. Mowa o osobach, które w wyniku różnych wypadków i urazów doznały uszkodzeń kręgosłupa. Wyobraźmy sobie młodego chłopaka, który miał wypadek na motorze. Dzięki operacjom i intensywnej rehabilitacji porusza się o kulach.

*Raport**Zdrowie Polek*

Z pomocą rodziny i znajomych udało mu się ustabilizować sprawy socjalne – ma dostosowane do swoich potrzeb mieszkanie, samochód, znalazł pracę, jest samodzielny, ale... nie trzyma moczu ani kału, więc nosi pieluchę. – Miewałem takich pacjentów. Przerażające jest to, co słyszą czasami od nas, lekarzy, gdy zgłaszają się z problemem. Na przykład „niech się pani cieszy, że żyje” czy „po takim wypadku to cud, że pan chodzi” – opowiada Szymanowski.

Problemy z nietrzymaniem moczu i stolca, a także problemy z seksualnością u osób z niepełnosprawnością ruchową w wyniku uszkodzenia kręgosłupa są w Polsce często bagatelizowane.

Tymczasem u wielu z tych pacjentów można zastosować **NEUROMODULACJĘ NERWÓW KRZYŻOWYCH.**

Niestety, zabieg ten jest refundowany jedynie u pacjentów z pęcherzem nadaktywnym. Ofiary

wypadków mogą się jednak ubiegać o sfinansowanie zabiegu przez ubezpieczyciela komunikacyjnego lub w ramach odszkodowania.

Całościowe podejście do pacjentki

Jak wyjaśnia Anna Rojek, fizjoterapeutka i członkini Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego, fizjoterapia uroginekologiczna to stosunkowo nowy dział fizjoterapii. Zajmuje się ona m.in. zachowawczym leczeniem różnych form nietrzymania moczu, zaburzeń statyki w obrębie narządów miednicy mniejszej, terapią kobiet na różnych etapach życia, m.in. w okresie ciąży, porodu oraz menopauzy, kiedy to pojawia się wiele problemów związanych z traktem moczowym i płciowym.

– Fizjoterapeuta pomaga także w terapii dolegliwości bólowych związanych z dnem miednicy oraz powiązanych z nim obszarów ciała. Dzięki całościowemu podejściu do pacjentek fizjoterapeuta dokładnie bada kobietę, oceniając jej możliwości funkcjonalne, a następnie w porozumieniu z nią ustala cel

*Raport**Zdrowie Polek*

terapii i dobiera najskuteczniejsze metody lecznicze. Wśród zadań terapeutycznych należy wymienić zaplanowanie odpowiedniego treningu mięśni dna miednicy, naukę świadomości i prawidłowej aktywacji tej okolicy ciała, niwelowanie dolegliwości bólowych, rozpoznanie i modyfikację sytuacji obciążających z codziennego życia kobiety, naukę ergonomii dnia codziennego, a także szeroko pojętą profilaktykę w zakresie problemów uroginekologicznych – wyjaśnia specjalistka.

Po pomoc do fizjoterapeuty warto się zgłosić, gdy tylko zauważymy problem. Panie jednak często zwlekają z wizytą, ratując się artykułami higienicznymi. Te nie leczą choroby, ale jedynie nieco zmniejszają dyskomfort. Anna Rojek mówi, że w zakresie wysiłkowego nietrzymania moczu fizjoterapia ma szczególnie dobre efekty w niższych stopniach nasilenia problemu, ale podkreśla także jej duże znaczenie w zakresie przygotowania pacjentki do zabiegu operacyjnego, a także po zabiegu w procesie powrotu kobiety do pełnej sprawności.

*Raport**Zdrowie Polek*

– W swojej pracy stosuję wiele metod, m.in. terapię tkanek miękkich, terapię manualną, indywidualnie dobrany trening medyczny, terapię wisceralną, a także biofeedback EMG bądź USG – opowiada.

Kobiety, które zdecydowały się przełamać barierę wstydu i pójść po pomoc, nie żałują. – Przez pięć lat dzień w dzień nosiłam zabudowaną bieliznę i wkładki higieniczne, aż w końcu za namową przyjaciółki zdecydowałam się na zabieg. Czuję się, jakbym dostała drugie życie – mówi 37-letnia Anna. – Tylko ja jedna wiem, ile dobrych rzeczy ominęło mnie przez te pięć lat. 

CIĘŻKO Z ASTMĄ? ZŁAP ZA STER!



SPRAWDŹ SWOJĄ ASTMĘ¹



Odczuwasz duszność,
mimo że stosujesz dużo
leków wziewnych?

lub



Stosujesz doustne
sterydy kilka razy w roku
albo na co dzień?

lub



Trafiłeś na szpitalny
oddział ratunkowy
z powodu astmy?



Twoja aktywność jest ograniczona, duszność i kaszel powodują nocne przebudzenia,
masz często krótki, świszczący oddech?

Astma ciężka może dotyczyć właśnie Ciebie



UDAJ SIĘ DO LEKARZA



pierwszego kontaktu,
bądź specjalisty alergologa
lub pulmonologa



Opowiedz
o swoich
dolegliwościach



Zapytaj o program
lekowy leczenia
astmy ciężkiej



SKORZYSTAJ Z REFUNDOWANEGO LECZENIA²



dostępnego bezpłatnie
w specjalistycznych
ośrodkach



Ich pełną listę znajdziesz na:
**[www.mp.pl/pacjent/
astma/astma-ciezka/mapa](http://www.mp.pl/pacjent/astma/astma-ciezka/mapa)**



Wszystkie działania niepożądane produktów leczniczych należy zgłaszać do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel. (22) 492-13-01, fax (22) 492-13-09, zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych lub do podmiotu odpowiedzialnego za produkt, którego zgłoszenie dotyczy. Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego dostępny jest na stronie Urzędu www.urpl.gov.pl.

GSK Commercial Sp. z o.o., ul. Rzymowskiego 53, 02 - 697 Warszawa, tel.: 22 576 90 00, fax: 22 576 90 01, pl.gsk.com.

Treści zamieszczone w materiale mają wyłącznie charakter informacyjny, nie mogą być traktowane jako forma konsultacji medycznej i nie mogą zastąpić konsultacji lekarza, do którego należy ostateczna decyzja o sposobie i zakresie stosowanego leczenia.

Referencje: 1. GINA, Difficult-to-treat & severe asthma in adolescent and adult patient, 2019. 2. www.mp.pl/pacjent/astma/astma-ciezka/mapa

Data przygotowania: lipiec 2020 NP-PL-ASU-PINF-200001