



ZROZUMIEĆ ZMIANY

CO WARTO WIEDZIEĆ O MENOPAUZIE

Fakty i mity
o hormonalnej
terapii menopauzalnej
– s. 4-5

Tycie w menopauzie
– czy da się go uniknąć?
– s. 10-11

Depresja w menopauzie
– jak ją rozpoznać?
– s. 20-21



Ból trzeba leczyć



MENOPAUA NIE POWINNA OZNACZAĆ JEGO AKCEPTACJI

Wraz ze spadkiem poziomu estrogenu nasze tkanki stają się mniej elastyczne, słabiej ukrwione i bardziej podatne na urazy oraz stany zapalne. Dlatego w menopauzie częściej mierzymy się z bólem.

Najczęściej pojawia się w stawach: kolanowych, biodrowych, barkowych, dłoni, a także w obrębie karku i pleców.

– Pacjentki często zgłaszają też bóle nóg – mówi lek. Julia Jawny, lekarz medycyny rodzinnej i specjalistka leczenia bólu z Femistory Centrum Menopauzy. – Wynikają one z gorszego przepływu w naczyniach limfatycznych i żylnych. Nasilają się żylaki, przez co nogi stają się pod koniec dnia ociężałe i opuchnięte.

Częste są również bóle głowy – zwłaszcza u kobiet, które wcześniej cierpiały na migreny o podłożu hormonalnym.

Bóle nietypowe – mogą być typowe w menopauzie

U części kobiet pojawiają się także bóle mniej kojarzone z okresem okołomenopauzalnym – w okolicy brzucha, miednicy, piersi, zębów, okolic odbytu, a nawet uczucie pieczenia oczu.

– To konsekwencja spadku elastyczności tkanki łącznej w wyniku degradacji kolagenu – wyjaśnia lekarka. – Oslabienie tkanek może prowadzić do większej podatności na infekcje jamy ustnej, rozchwianie i ból zębów czy paradontozę. Z kolei ból w obrębie odbytu, może być spowodowany nasileniem choroby hemoroidalnej i wywoływać świąd albo pieczenie.

U wielu kobiet dochodzi też do osłabienia mięśni dna miednicy, co może powodować problemy z utrzymaniem moczu, obniżeniem narządów miednicy mniejszej, a w zaawansowanych przypadkach – także z trzymaniem stolca i gazów.

Trzeba się przyzwyczaić?

W okresie okołomenopauzalnym możemy zetknąć się z opiniami, że ból w tym czasie jest czymś normalnym, do czego trzeba przy-

wyknąć. Wiele z nas usłyszy, że „menopauza po prostu boli i tyle” albo „że nie ma się co nad sobą użalać”.

– Każdy ból należy leczyć – podkreśla jednak Julia Jawny. – Może być reakcją na zmiany hormonalne, ale także objawem chorób zapalnych lub zwyrodnieniowych. Długotrwały ból prowadzi do obniżenia nastroju, problemów ze snem, a nawet depresji.

Niektóre dolegliwości przypisywane menopauzie mogą być też sygnałem poważniejszych chorób, w tym nowotworowych. Dlatego nie warto zwlekać z wizytą u lekarza. Szczególnie, jeśli bólowi towarzyszą niepokojące objawy takie jak: gorączki i stany podgorączkowe, spadek masy ciała, silny ból zlokalizowany w jednym miejscu, a także wybudzający w nocy, nieustępujący po lekach dostępnych bez recepty. W zależności od wyników badań specjalista może skierować pacjentkę do ortopedy, fizjoterapeuty, urofizjoterapeuty lub reumatologa.

Jak sobie pomóc na co dzień?

W walce z bólem kluczowy jest styl życia. Regularna aktywność fizyczna – taka jak np. spacer, nordic walking, pilates, joga, pływanie czy ćwiczenia z lekkim obciążeniem – poprawia krążenie, zwiększa wydzielanie endorfin i zmniejsza odczuwanie bólu.

Pomocna jest także dieta przeciwzapalna, zbliżona do śródziemnomorskiej: bogata w kwasy omega-3, oliwę z oliwek, orzechy i dużą ilość warzyw. Warto ograniczyć żywność wysokoprzetworzoną, cukier i tłuszcze trans.

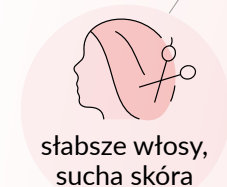
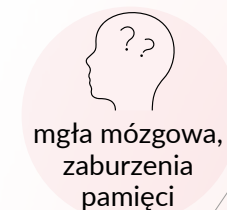
Menopauza to naturalny etap życia, ale nie powinna oznaczać rezygnacji z komfortu. Ból nie jest nieunikniony – jego leczenie i profilaktyka to klucz do zachowania jakości życia i dobrego samopoczucia w każdym wieku.

lek. Julia Jawny

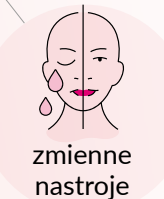
lekarz medycyny rodzinnej,
specjalistka leczenia otyłości,
specjalistka leczenia bólu



str. 12-13



OBJAWY MENOPAUZY



str. 22-23

str. 6-7

str. 18-19

str. 16-17

str. 8-9

str. 8-9

str. 10-11

str. 14-15

ETAPY TRANSFORMACJI MENOPAUAZALNEJ

○ **PERIMENOPAUA.** Trwa od 4 do 10 lat przed menopauzą. Towarzyszą jej wahania poziomu estrogenów i progesteronu, zaczynają się typowe objawy, np. uderzenia gorąca, kłopoty ze snem etc. – poprzedza menopauzę, czyli ostatnią miesiączkę, najczęściej występuje między 45. a 51. rokiem życia.

○ **MENOPAUA WŁAŚCIWA.** Gdy zatrzymuje się krwawienie miesięczne, rozpoznawana retrospektywnie po 12 miesiącach bez krwawienia.

○ **POSTMENOPAUA.** Od wystąpienia ostatniej miesiączki do końca życia kobiety.

Wydawca: Femistory Centrum Menopauzy.
Zespół redakcyjny: Lucyna Róg, Monika Magdziak-Tokłowicz Katarzyna Krocak.
Kontakt: ul. Strzegomska 138, 54-429 Wrocław; kontakt@centrum-menopauzy.pl; tel. +(48) 720 722 622



„Jedna tabletką dla wszystkich”?

ROZWIEWAMY MITY O HORMONALNEJ TERAPII MENOPAUZALNEJ (HTM)

To temat, który budzi wiele kontrowersji i lęków. Czy słusznie obawiamy się, że Hormonalna Terapia Menopauzalna powoduje wzrost ryzyka nowotworów i tycia? Ginekolożki wspierające pacjentki w Femistory Centrum Menopauzy wyjaśniają, kiedy HTM jest bezpieczna i dlaczego korzyści płynące z terapii mogą przewyższać ryzyko.

O HTM prędzej czy później usłyszy każda kobieta wchodząca w okres menopauzy. Bo choć sama menopauza jest zupełnie naturalnym czasem w naszym życiu, to towarzyszące jej objawy mogą bardzo nam utrudniać codzienne funkcjonowanie.

Zwłaszcza, że żyjemy dłużej i jesteśmy dłużej aktywne zawodowo i społecznie – musimy więc pełnić różne wymagające role, jednocześnie radząc sobie z bólem czy chronicznym brakiem snu.

HTM, czyli co?

Póki co najskuteczniejszym sposobem leczenia symptomów menopauzy jest hormonalna terapia menopauzalna, czyli HTM – co potwierdzają eksperci z międzynarodowych organizacji zajmujących się menopauzą: International Menopause Society, European Menopause and Andropause Society i amerykańskie Menopause Society.

HTM polega na podawaniu syntetycznych hormonów (dostępnych w różnych rodzajach i dawkach), by wyrównać ich niedobory w organizmie – a to pomaga łagodzić dolegliwości.

– Do niedawna nazywano ją HTZ, czyli hormonalną terapią zastępczą i wiele pacjentek pewnie zetknie się jeszcze z takim skrótem – wyjaśnia lek. Marzena Koczorowska-Melaniuk, ginekolog z Femistory Centrum Menopauzy. – Obecnie częściej stosujemy określenie menopauzalna terapia hormonalna, co lepiej oddaje założenie terapii nastawionej na eliminację objawów okresu menopauzalnego, a nie jedynie zastępowanie funkcji estrogenów czy estrogenów i progestagenów.

HTM jest wdrażana u pacjentek między 45. a 60. rokiem życia z objawami, które negatywnie wpływają na jakość ich życia.

Można ją przyjmować doustnie w formie tabletek, przezskórnie jako plastry, żele i spraye, dopochwowo jako kremy, globulki, pianki i pierścienie (najczęściej stosuje się je przy suchości pochwy czy dyskomforcie podczas stosunku) albo domięśniowo poprzez zastrzyki.

Kiedy zacząć HTM? Czy nie jest już za późno?

Jak podkreślają ginekolożki, nie ma optymalnego momentu na rozpoczęcie takiej terapii. Decyzja o HTM może być podjęta zarówno jeszcze przed wystąpieniem ostatniej miesiączki – ze względu na pojawienie się nasilonych objawów, jak również kilka lat po jej ustaniu.

Kto nie może skorzystać z HTM?

Hormonalna terapia menopauzalna jest przeciwwskazana u kobiet, które przeszły nowotwór hormonozależny, np. raka piersi. W takich przypadkach stosuje się leczenie niehormonalne (np. leki z grupy SSRI, SNRI) lub, w przypadku dolegliwości miejscowych, miejscową terapię estrogenową (np. stosowanie kremów w przebiegu zmian zanikowych pochwy, kiedy występuje bolesne współżycie).

– Efektem jest nie tylko złagodzenie uderzeń gorąca czy zaburzeń snu, ale w dłuższej perspektywie także zmniejszenie ryzyka osteoporozy i związanych z nią tzw. niskoenergetycznych złamań (czyli takich, które wynikają z obniżonej wytrzymałości kości na obciążenia) oraz mniejsze ryzyko schorzeń układu sercowo-naczyniowego, takich jak zawały i udary mózgu – podkreśla lek. Grażyna Cybulska, ginekolog wspierająca pacjentki w Femistory Centrum Menopauzy.

Lekarka zaznacza jednak, że rozpoczęcie hormonalnej terapii menopauzalnej nie powinno nas zwalniać od wprowadzania zasad zdrowego życia, które także pomagają w radzeniu sobie z dolegliwościami menopauzy. A zatem HTM nie może zastępować odpowiedniej ilości snu, aktywności fizycznej i ograniczania używek takich jak alkohol i papierosy.

Czy HTM powoduje raka?

Wiele kobiet, które rozważają HTM, trafia w internecie na niepokojące informacje o powiązaniu z tą terapią zwiększonym ryzyku nowotworów, co rodzi ich obawy.

Oczywiście skutki uboczne HTM – jak w przypadku każdego leku – istnieją. W czasie jej stosowania wzrasta ryzyko raka piersi, zakrzepicy, raka endometrium (przy terapii niezrównoważonej) oraz szeregu działań wynikających z funkcji hormonalnej estrogenów i progestagenów, m.in. na układ moczowo-płciowy, przewód pokarmowy. Co jednak bardzo istotne, ryzyko raka piersi przy stosowaniu HTM jest podobne do innych czynników zwiększających jego wystąpienie, takich jak otyłość, brak ruchu czy regularnie wypijany alkohol.

– Warto jednocześnie spojrzeć na listę korzyści, jakie przynosi HTM – zaznacza lek. Marzena Koczorowska-Melaniuk. – Pozwala złagodzić lub pozbyć się uderzeń gorąca, zlewnych potów, za-

CZY OD HTM SIĘ TYJE?

Nie stwierdzono zależności między stosowaniem HTM a tyciem. Popularny pogląd na ten temat może wynikać z faktu, że niektóre kobiety reagują na HTM zatrzymywaniem wody w organizmie, co może powodować obrzęki i tymczasowy wzrost masy ciała. Efekty są bardzo indywidualne i zależą m.in. od rodzaju stosowanych preparatów. Inaczej można reagować na tabletki, inaczej na plastry, jeszcze inaczej na żele.

lek. Marzena Koczorowska-Melaniuk

ginekolog wspierająca pacjentki w Femistory Centrum Menopauzy



lek. Grażyna Cybulska

ginekolog wspierająca pacjentki w Femistory Centrum Menopauzy



burzeń snu, obniżenia nastroju, nerwowości, przyrostu masy ciała, a także zmniejszyć ryzyko osteoporozy, chorób sercowo-naczyniowych oraz neurodegeneracyjnych.

Lekarka zwraca też uwagę, że estrogeny i progestageny stosowane w ramach HTM – w prowadzonych badaniach – wykazywały różny wpływ na ewentualny rozwój raka piersi. I tak np. monoterapia estrogenowa (czyli podawanie samego estrogeny, stosowane wyłącznie u kobiet po usunięciu macicy) zmniejszała ryzyko wystąpienia raka piersi w stosunku do grupy placebo.

Natomiast progestageny podawane w sposób ciągły zwiększały ryzyko raka piersi w porównaniu do stosowania ich sekwencyjnie. Możliwość rozwoju raka piersi wyraźnie zależała też od rodzaju zastosowanego progestagenu. Ważne jest zatem właściwe dobranie stosowanej terapii. Nie ma „jednej tabletki dla wszystkich”. I dlatego tak istotne jest, by wybór terapii był konsultowany z doświadczonym specjalistą.

Decyzja oparta na badaniach

Kluczowa jest zatem kwalifikacja pacjentki przez lekarza, co pozwoli podjąć właściwe decyzje dotyczące stosowania (lub nie) HTM i jej formy.

– Kwalifikując pacjentkę do hormonalnej terapii menopauzalnej, zawsze bierzemy pod uwagę jej bezpieczeństwo. Dlatego ustalamy tak wiele kwestii na etapie wywiadu medycznego i dlatego zaczynamy od zlecenia badań, by decyzję podjąć na podstawie ich wyników – tłumaczy lek. Marzena Koczorowska-Melaniuk.

– Zbierając dokładne informacje o nasileniu dolegliwości, możemy zakwalifikować pacjentki do grup z bardzo niskim, średnim lub wysokim ryzykiem związanym z zastosowaniem HTM – opowiadają ginekolożki z Femistory Centrum Menopauzy. – Korzystamy z algorytmów postępowania, pozwalających, po wykluczeniu przeciwwskazań, oszacować zasadność stosowania HTM.

Jak dodają, pacjentki także mogą skorzystać z formularza dotyczącego występowania objawów. Znajdą go na stronie Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy.

– Lęk przed HTM jest zrozumiały w sytuacji, której nie znamy. Ale im więcej mamy informacji, tym strach staje się mniejszy – podkreślają lek. Marzena Koczorowska-Melaniuk i lek. Grażyna Cybulska.

Dlatego podczas wizyty prowadzącej do decyzji o wdrożeniu HTM nasze pacjentki usłyszą nie

tylko, na czym polega terapia, i jakie są jej cele i korzyści, ale także informacje o możliwych działaniach niepożądanych.

Zachęcamy też pacjentki do zadawania pytań, by poczuły się pewnie i miały absolutne przekonanie, że wspólnie z doświadczonym lekarzem wybrały dla siebie najlepszą opcję terapii. To jest czas na rozwiązanie wątpliwości i zwalczenie ewentualnego lęku.

Źródła:

- 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy,
- Menopause hormone treatment beyond vasomotor symptoms (EN), Hormone Therapy, Menopause Society,
- The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society.

Migreny w menopauzie? Są na nie sposoby

Bóle głowy i migreny w okresie okołomenopauzalnym stały się częstsze i bardziej dokuczliwe? To niestety typowe. Jak ograniczyć ich występowanie, opowiada neurolog dr n. med. Konrad Gorzelnik.

Częstsze migreny w okresie okołomenopauzalnym to zjawisko typowe, wynikające nie tylko ze zmian poziomu estrogenów, ale także wielu mechanizmów, które pośrednio wpływają na funkcjonowanie układu nerwowego.

Dlaczego głowa tak boli?

– Spadek estrogenów wpływa na regulację przekazników nerwowych, zwłaszcza serotoniny. A ta odpowiada m.in. za modulację bólu i stabilność nastroju. Jej niższy poziom może obniżyć próg bólowy i zwiększać wrażliwość na stres oraz zmęczenie – tłumaczy dr n. med. Konrad Gorzelnik, neurolog z Femistory Centrum Menopauzy. – Równolegle u części kobiet spada aktywność układów endogennych „naturalnych przeciwbólowych” (m.in. endorfin), co jeszcze bardziej nasila podatność na bóle głowy.

W okresie okołomenopauzalnym częściej pojawiają się także zaburzenia snu i obniżony nastrój. Bezsenność, większa drażliwość, lęk czy objawy depresyjne sprzyjają bólom napięciowym, bo prowadzą do przewlekłego zwiększenia napięcia mięśni szyi i karku oraz do tzw. centralnej nadwrażliwości na bodźce bólowe.

Istotną rolę mają również czynniki środowiskowe. Spadek energii i gorsze samopoczucie w tym okresie sprzyjają mniejszej aktywności fizycznej, nieregularnym posiłkom, odwodnieniu czy większemu spożyciu kofeiny i leków przeciwbólowych. Te pozornie drobne elementy zwiększają ryzyko przewlekłych bólów głowy.

Stabilność układu nerwowego mogą dodatkowo zaburzać choroby współistniejące, takie jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia tarczycy czy zaburzenia elektrolitowe.

Czy to sygnał poważnej choroby?

Wiele pacjentek niepokoi nagłe nasilenie migren lub bólów głowy, zwłaszcza gdy wcześniej dolegliwości były łagodniejsze.

– Rzeczywiście, każdą zmianę charakteru bólu należy skonsultować, szczególnie jeśli pojawiają się nowe objawy: zaburzenia świadomości, mowy, niedowłady, silne bóle wyzwalane wysiłkiem, kaszlem czy podczas stosunku seksualnego. To standardowe „czerwone flagi”, które neurolog zawsze musi ocenić – podkreśla doktor Gorzelnik.

Gdzie jest granica między bólem głowy a migreną?

Wbrew powszechnemu przekonaniu migreny nie zawsze wyglądają „książkowo”. Mogą być jednostronne, ale u wielu osób są obustronne.

Mogą pulsować, ale czasami mają charakter stały. U części osób trwają kilka godzin, a u innych nawet dłużej. Dlatego ważniejsze od sztywnej definicji jest zrozumienie, czym migreny różnią się od bólów napięciowych.

I dodaje: – Jednak w ogromnej większości przypadków bóle te okazują się tzw. bólami pierwotnymi, czyli takimi, które nie wynikają z żadnej choroby strukturalnej mózgu. Migrena jest po prostu specyficzną cechą organizmu – u niektórych występuje, a u innych nie.

Jak wygląda leczenie migren?

Podstawy leczenia migren obejmują trzy obszary: profilaktykę, przerywanie napadów oraz ocenę czynników naczyniowych, czyli tego czy u pacjentki nie występują dodatkowe choroby zwiększające ryzyko udaru.

Przerwanie napadu migreny nie zawsze jest proste. Część osób

dobrze reaguje na podstawowe leki przeciwbólowe (Aspiryna, Paracetamol, Ibuprofen). Jeśli jednak te nie pomagają, stosuje się leki typowo migrenowe – tryptany.

U części pacjentek działają świetnie, u innych umiarkowanie, a bywa i tak, że wymagane są różne kombinacje leków. Zdarza się również, że żadna z tych metod nie daje satysfakcjonującego efektu – co jest jedną z przesłanek do rozważenia leczenia profilaktycznego.

Jak zapobiegać migrenom?

W okresie okołomenopauzalnym profilaktyka bardzo często polega na stabilizacji poziomów estrogenów.

– Najlepiej działa hormonalna terapia menopauzalna w wersji transdermalnej (plastry, żele), która powoduje mniejsze wahania stężenia hormonów. U części kobiet sprawdza się także dwuskładnikowa antykoncepcja przyjmowana w sposób ciągły (bez siedmiodniowych przerw) – wyjaśnia dr Gorzelnik.

U wielu pacjentek pomocna jest suplementacja magnezu, który wpływa na pracę mięśni, regulację snu i modulację przewodnictwa bólowego.

– Często kieruję też pacjentki do fizjoterapeuty – szczególnie wtedy, gdy napięcia w obrębie szyi lub stawów skroniowo-żuchwowych nasilają występowanie migren – dodaje specjalista.

Zastrzyk na ból

W farmakologii profilaktycznej ważną rolę odgrywają przeciwciała monoklonalne przeciw CGRP – białku kluczowemu w powstawaniu

dr n. med. Konrad Gorzelnik

neurolog z Femistory
Centrum Menopauzy



niu migreny. To skuteczna, nowoczesna terapia, jednak kosztowna. W Polsce refundowana jest jedynie u osób z bardzo częstymi migrenami (powyżej 15 dni w miesiącu). Badania pokazują, że u ponad połowy pacjentek liczba dni z migreną zmniejsza się o połowę, a u części nawet bardziej.

Botoks na migreny

Kolejną metodą o udowodnionej skuteczności w leczeniu migren przewlekłych jest toksyna botulinowa. Działa głównie poprzez zmniejszenie napięcia mięśni i wpływ na przekazywanie sygnałów bólowych w zakończeniach nerwowych. Zwykle pełen efekt terapeutyczny pojawia się po dwóch-trzech cyklach, powtarzanych co trzy miesiące. U części pacjentek po roku lub dwóch udaje się zrobić przerwę i utrzymać poprawę przez wiele miesięcy.

A może tabletki?

Profilaktyka doustna migren obejmuje kilka grup leków: niektóre leki obniżające ciśnienie, przeciwpadaczkowe oraz przeciwdepresyjne. Stabilizują układ nerwowy i zmniejszają częstotliwość migren.

– Co ważne, część z nich przynosi również korzystne efekty „uboczne”. Przykładem jest amitrypylina, która poza redukcją migren poprawia jakość snu i zmniejsza napięciowe bóle karku. Leki przeciwpadaczkowe stabilizują pobudliwość neuronów, a niektóre leki obniżające ciśnienie wyciszają układ współczulny, zmniejszając podatność na stres – opowiada dr Gorzelnik.

Co bardzo istotne, leczenie profilaktyczne najczęściej nie jest terapią „na lata”. Zwykle trwa kilka miesięcy – często trzy-sześć, rzadziej do roku. Po tym czasie lek odstawia się stopniowo, a osiągnięta poprawa bardzo często utrzymuje się jeszcze przez wiele kolejnych miesięcy. U części osób efekt jest długotrwały i nie wymaga ponownego leczenia; u innych, jeśli po czasie migreny wrócą, terapię można powtórzyć.

– Dobrze dobrany lek potrafi zmniejszyć liczbę migren nawet o kilkadziesiąt procent, a jednocześnie poprawić sen, zmniejszyć napięcia mięśniowe lub ustabilizować wahania nastroju. Dlatego warto omówić z neurologiem, czy taka forma profilaktyki będzie dla nas odpowiednia – podkreśla dr Gorzelnik.

MIGRENA TO BÓL, KTÓRY NAJCZĘŚCIEJ:

- nasila się przy ruchu (np. chodzeniu, pochylaniu się, wchodzeniu po schodach), przez co wiele osób intuicyjnie unika aktywności,
- towarzyszą mu nudności, czasem wymioty,
- powoduje nadwrażliwość na światło i dźwięk,
- promieniuje w okolice oka i czoła,
- zwykle jest silniejszy i bardziej „wyłączający” z życia niż ból napięciowy.

BÓLE NAPIĘCIOWE SĄ ZWYKLE:

- bardziej „rozlane”, odczuwane jak ucisk lub „obrzecz” wokół głowy,
- mniej nasilone i pozwalają normalnie funkcjonować,
- rzadko dają nudności lub nadwrażliwość na światło,
- częściej wynikają ze stresu, napięcia mięśni szyi i karku, niewyspania czy długiej pracy w jednej pozycji.

Czy zawsze da się jasno odróżnić migrenę od bólu napięciowego?

Niestety nie zawsze. U części osób objawy nakładają się, a sam przebieg choroby bywa mieszany.

– U wielu pacjentek obserwuję sytuację, w której przez kilka dni w tygodniu występują bóle napięciowe, a raz na tydzień lub dwa pojawia się typowa migrena. To normalne i dość częste – opowiada dr Gorzelnik.

Czasem też ból napięciowy może „wyzwolić” migrenę, a migrena może zacząć się objawami przypominającymi napięcie mięśniowe. Dlatego w praktyce klinicznej rozpoznanie opiera się nie tylko na pojedynczym opisie bólu, ale na całym obrazie: częstotliwości, reakcjach na leki, dodatkowych objawach oraz

kontekście hormonalnym i stresowym. Najważniejsze: jeśli Twój ból głowy bywa silny, powracający, towarzyszą mu nudności, nadwrażliwość na światło lub dźwięk albo wyraźne pogorszenie przy ruchu – bardzo prawdopodobne, że są to migreny. I zdecydowanie warto zgłosić się do neurologa, bo można je skutecznie leczyć.

Rozmowa z Noemi Stanisławską,
fizjoterapeutką
uroginekologiczną.

➤ **Z jakimi dolegliwościami najczęściej zgłaszają się pacjentki w okresie menopauzy?**

Noemi Stanisławska: – To zabrzmiało jak sucha liść, a tymczasem każdy punkt na niej to ogromne problemy i cierpienie kobiet, które do mnie trafiają. To m.in.: nietrzymanie moczu, obniżenie narządów, atrofia pochwy...

Tu się zatrzymajmy, bo pewnie niewiele kobiet słyszało o atrofi pochwy.

Za tą nazwą kryje się zanik lub zmniejszenie grubości nabłonka śluzówki pochwy. Występuje najczęściej w wyniku menopauzy, ale także jako efekt radioterapii czy np. leczenia hormonalnego.

I może prowadzić nawet do skurczenia się warg sromowych wewnętrznych – jak wyczytałam na forach, na których kobiety dzielą się historiami związanymi z przechodzeniem menopauzy. To aż niewyobrażalne, jak bardzo nasze narządy zmieniają się w tym czasie.

A z tego wynikają różnego rodzaju problemy i dyskomfort. Atrofia pochwy może wiązać się np. z bolesnym współżyciem. Do tego pojawiają się suchość, pieczenie, świąd, większa podatność na infekcje czy problemy z układem moczowym.

Co jeszcze będzie na tej liście, od której zaczęłyśmy?

Przychodzą też do mnie pacjentki m.in. z niezdiagnozowanymi bólami miednicy, nietrzymaniem gazów i stolca czy nadmiernym napięciem dna miednicy. Spektrum trudności, z jakimi mierzą się kobiety w menopauzie, jest naprawdę bardzo szerokie.

Część z nich pewnie po wielu wizytach u innych specjalistów, w dużym bólu, z wizją operacji albo koniecznością pogodzenia się, że ból lub dyskomfort będą im już towarzyszyć do końca życia?

Niestety tak. Ciągle jeszcze – nawet w środowisku lekarskim – niewielka jest wiedza, jak bardzo takim pacjentkom może pomóc fizjoterapia uroginekologiczna. Wiele kobiet trafia do mnie... z Instagrama, po tym jak przeczytają lub usłyszą polecenie jakiejś influencerki. Tak jakby ta dziedzina medycyny ciągle była wiedzą tajemną, do której dostęp mają nieliczni.

Jedna z pacjentek przyszła do pani na wizytę po dwóch latach szukania rozwiązania swojego problemu – dzięki poradzie przyjaciółki. Powiedziała później onkologowi prowadzącemu jej leczenie, że warto, by polecał wizyty u urofizjoterapeuty kobietom z takimi dolegliwościami jak ona. Spojrzała na nią, jakby sugerowała mu wysyłanie pacjentek do miejsca ze szklaną kulą.

Co tylko pokazuje, że o fizjoterapii uroginekologicznej trzeba mówić jeszcze dużo i głośno.

Nietrzymanie moczu, bolesne stosunki, pieczenie...

Ciągle jeszcze – nawet w środowisku lekarskim – niewielka jest wiedza, jak bardzo kobietom cierpiącym np. na nietrzymanie moczu czy ból stref intymnych może pomóc fizjoterapia uroginekologiczna. Czas porzucić wkładki urologiczne i zacząć terapię.

Bo jeśli pacjentki w menopauzie będą trafiły do urofizjoterapeutów wcześniej, unikną wiele bólu i cierpienia.

Jak będzie wyglądała taka wizyta u pani? Na co się nastawiać?

Zacniemy od bardzo szczegółowego wywiadu. Będę pytać, np. o nawyki pacjentki, jej styl życia, aktywności, jakie podejmuje, rodzaj jej pracy. A także o to, czy ma za sobą jakieś wypadki, urazy, porody i operacje. To wszystko ma ogromne znaczenie.

Będę też oceniać napięcia w całym jej ciele, nie tylko w okolicach miednicy.

W jaki sposób?

Czasem widać to od razu, kiedy np. pacjentka ma krzywy kręgosłup i miednica nie jest symetryczna. To łatwe do zaobserwowania po ustawieniu kołców biodrowych czy po fackie, że kąty talii są na innym poziomie. A to, czego nie widać od razu, pokażą nam różne testy, które przeprowadzę z pacjentką. Dzięki nim dowiemy się, np., jaki konkretnie mięsień czy struktura w ciele jest skrócona. Potem przejdziemy już do badania przezpochwowego.

Nie da się tego pominąć?

Jeśli pacjentka liczy na terapię kompleksową, pełną i wymierzoną na rozwiązanie konkretnego problemu, to badanie przezpochwowe jest konieczne. Można go uniknąć na pierwszej wizycie – jeśli pacjentka miałaby jakieś opory. Wtedy możemy popracować szerzej – zacząć od przepony, kości krzyżowej czy powłok brzusznych. Ale docelowo muszę poznać problem, żeby pomóc go rozwiązać. Muszę więc sprawdzić, jaka jest siła mięśni, ich wytrzymałość, gdzie mięśnie są skrócone albo napięte, czy punkty spustowe są bolesne. Bez badania nie mam szans się tego dowiedzieć.

To będzie badanie z głowicą dopochwową – jak w gabinecie ginekologicznym?

Podstawą jest dla mnie badanie palpacyjne, czyli dotykanie narządów i tkanek. W ten sposób oceniam strukturę mięśni, jak się zachowują pod



palcami, czy są miękkie czy twarde, czy mają zgrubienia na przebiegu włókien, czy dotykanie ich powoduje ból, a może ten ból promieniuje? A jeśli tak, to dokąd? I faktycznie często tak jest, że np. dotykam mięsień w kierunku brzucha, a pacjentka czuje promieniowanie do pośladka. Tych wszystkich informacji nie dałoby mi żadne USG. Co oczywiście nie oznacza, że zupełnie nie korzystam z USG czy EMG, bo tymi badaniami także się wspomagam w czasie wizyty.

Jak w praktyce wygląda takie badanie?

Wprowadzam palec do pochwy pacjentki i badam wszystko, czego mogę dotknąć. Najpierw prowadzę to badanie w stanie spoczynku, a później sprawdzam, co się dzieje w trakcie wysiłku. Proszę więc pacjentkę, by zakaszła, podejmowała ruchy wypierające, zaciskała mięśnie – jeśli oczywiście to potrafi, a jeśli nie, to uczymy się tego w czasie wizyty.

I co dalej, jak już ustalimy, z czym jest problem i z czego wynika? Czy czeka nas wtedy taka klasyczna fizjoterapia, która wymaga zaangażowania, ćwiczeń w domu?

Zdecydowanie. Moją rolą jest zdiagnozowanie problemu i znalezienie sposobów, by sobie z nim poradzić, ale sama terapia to już regularne ćwiczenia. Najlepiej wykonywane codziennie. Zwłaszcza, że najczęściej to nie są skomplikowane zadania – np. dwie serie ćwiczeń mięśni dna miednicy, które można wykonać w dowolnym momencie dnia, choćby jadąc do pracy czy w czasie zakupów. Mogą to być też ćwiczenia wymagające jakiegoś prostego urządzenia, np. waleczka, czyli już raczej konieczne do wykonania w domu, ale nawet one nie zajmą



Jeśli pacjentki w menopauzie będą trafiły do urofizjoterapeutów wcześniej, unikną wiele bólu i cierpienia.

pacjentce dużo czasu. Zwykle nie więcej niż kilka minut dziennie. Kluczem są tu dokładność i regularność, żeby zafundować mięśniom dna miednicy trening.

Jak szybko widać poprawę?

U każdej pacjentki będzie inaczej. Wszystko zależy od problemu, z jakim się zmagają. I oczywiście od sumienności w ćwiczeniach. Jedna kobieta zauważy efekty niemal od razu, u innej trochę dłużej potrwa dobieranie odpowiednich ćwiczeń i odpowiedniej formy terapii. Co ważne, to nie są terapie liczone w latach. Zwykle wystarcza nam kilka tygodni, w trudniejszych przypadkach – kilka miesięcy.

Pani praca musi dawać dużą satysfakcję, gdy naprawdę pomaga pani pacjentkom, które często czują się, jakby doszły już do ściany...

Ogromną! Na co dzień spotykam się z kobietami, które cierpią, odczuwając duży ból albo dyskomfort, co wpływa na całe ich życie. Gdy razem dochodzimy do punktu, w którym ich rzeczywistość wraca do normy, to czuję dużą dumę, że mogłam je w tym wesprzeć. Ja sama zostałam fizjoterapeutką uroginekologiczną po tym, gdy szukałam pomocy po porodzie. Zupełnie jak moje dzisiejsze pacjentki – o tej specjalizacji dowiedziałam się przypadkiem, z polecenia. I byłam zachwycona, bo już po pierwszej wizycie i wprowadzeniu ćwiczeń, widziałam rezultaty. To mi otworzyło oczy. I skierowało na nową zawodową drogę. Te doświadczenia pomagają mi dziś w kontaktach z pacjentkami, bo wiem, przez co przechodzą i własnym przykładem świadczę, że to nie są problemy nie do rozwiązania.

My, kobiety, często myślimy, że jak boli, to trudno, trzeba przetrwać. Bo może nie boli aż tak bardzo, żeby tracić czas na szukanie rozwiązań? Albo samo przejdzie? Albo, że boli, bo tak już jest w menopauzie? A to nieprawda. Rozwiązania są na wyciągnięcie ręki.

Zobacz także: Na kanale YouTube Femistory Centrum Menopauzy znajdziesz materiały wideo z ćwiczeniami zalecanymi przez nasze fizjoterapeutki uroginekologiczne oraz pomocne informacje na temat terapii uroginekologicznej.



Dlaczego w menopauzie tyjemy?

Z czego wynika „tycie z powietrza”?
Czy przyrost wagi jest nieunikniony?
I kiedy powinien zacząć nas martwić?

Rozmowa z Julią Jawny,
lekarzem medycyny
rodzinnej, specjalistką
leczenia otyłości i medycyny
ból, opiekującą się
pacjentkami w Femistory
Centrum Medycyny.

➤ **Jestem aktywna fizycznie. Pilnuję tego, co jem, stawiam na warzywa i białko, ograniczam słodczy. Ale jestem też w menopauzie i moja waga, zamiast spadać, rośnie. Mam wrażenie, że „tyję z powietrza”. Dlaczego moje ciało tak działa?**

Julia Jawny: – To kwestia zmian hormonalnych, zwłaszcza spadku poziomu estrogenów. Estrogeny mają wpływ na metabolizm, gospodarkę tłuszczową, a także samopoczucie kobiet. W okresie okotomenopauzalnym ich poziom spada, co może skutkować wolniejszym metabolizmem, zmianą rozkładu tkanki tłuszczowej i większą tendencją do przybierania na wadze, nawet przy zachowaniu dotychczasowych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej.

Często też okazuje się, że mimo ogólnej świadomości zdrowego stylu życia, w diecie nadal ukryte są kaloryczne pułapki – zbyt duża porcja, kaloryczne przekąski, nadmiar zdrowych tłuszczów, podjadanie, alkohol.

Dodatkowo wraz z wiekiem i menopauzą dochodzi do naturalnego spadku tempa metabolizmu spoczynkowego (BMR) oraz zmniejszenia masy mięśniowej (sarkopenia). Mięśnie spalają więcej kalorii niż tkanka tłuszczowa, więc ich utrata prowadzi do

obniżonego zapotrzebowania energetycznego organizmu. Szacuje się, że kobiety w menopauzie mogą potrzebować nawet ok. 10% mniej kalorii dziennie, aby utrzymać dotychczasową wagę – mimo tej samej aktywności fizycznej. Kluczowe staje się tu utrzymanie lub zwiększenie masy mięśniowej poprzez trening siłowy, najlepiej pod okiem trenera lub fizjoterapeuty.

Z biologicznego punktu widzenia po zakończeniu okresu reprodukcyjnego zmienia się funkcja gospodarki tłuszczowej. Tłuszcz, który wcześniej był gromadzony w okolicach ud i bioder jako potencjalne zabezpieczenie energetyczne dla ciąży i laktacji, teraz przemieszcza się w okolice brzucha, tworząc tzw. sylwetkę typu „jabłko”.

Otyłość brzuszna jest jednak powiązana ze wzrostem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i zespołu metabolicznego, dlatego warto jej przeciwdziałać – przede wszystkim przez zmianę nawyków żywieniowych, redukcję kalorii i regularną aktywność fizyczną.

Czyli wzrost masy ciała w menopauzie jest normalny?

Niewielki przyrost masy ciała – rzędu 2-3 kg – w okresie menopauzy może być fizjologiczny. Co więcej, niektóre badania wskazują, że BMI w okolicach 25 u kobiet po 50. roku życia nie wiąże się ze zwiększoną śmiertelnością, a może być korzystniejsze niż BMI 20-23, choćby w kontekście osteoporozy.

Jednak gwałtowny wzrost wagi lub przekroczenie BMI 27, szczególnie w połączeniu z chorobami towarzyszącymi, np. z nadciśnieniem, cukrzycą t2, stłuszczeniem wątroby, powinien być sygnałem do interwencji i zwrócenia się z problemem do specjalisty.

Czy kobiety, które mogą rozpocząć hormonalną terapię menopauzalną, a zatem przyjmować m.in. estrogen, są w lepszej pozycji z punktu widzenia utrzymania dotychczasowej wagi? Na logikę: skoro brakuje im estrogenów, to uzupełnią sobie ich poziom i wskazówka wagi pozostanie w miejscu, bo będą miały lepszy metabolizm.

Częściowo tak, ale nie u wszystkich. Hormonalna terapia menopauzalna (HTM) może korzystnie wpływać na rozmieszczenie tkanki tłuszczowej – kobiety stosujące HTM częściej mają sylwetkę typu „gruszka” niż „jabłko”. Może to również poprawiać insulinowrażliwość i zmniejszać ryzyko rozwoju zespołu metabolicznego. Trzeba podkreślić, że nawet przy stosowaniu HTM kluczowe są: właściwie zbilansowana dieta, stała aktywność fizyczna i monitorowanie masy ciała.

Jednak niektóre kobiety reagują na HTM zatrzymywaniem wody w organizmie, co może powodować obrzęki i tymczasowy wzrost masy ciała. Efekty są bardzo indywidualne i zależą m.in. od rodzaju stosowanych preparatów. Inaczej można reagować na tabletki, inaczej na plastry, jeszcze inaczej na żele.

Wiemy już, że kilka kilogramów „do przodu” nie powinno nas martwić. Ale co, jeśli tych kilogramów jest dużo więcej? Jak sobie radzić?

Prawidłowe BMI zgodnie z wytycznymi różnych towarzystw oraz WHO to 18,5-24,9. Na pewno przy BMI wyższym niż 25 oraz z obwodem pasa większym niż 80 cm u kobiet powinnyśmy bliżej przyjrzeć się bilansowi kalorycznemu, diecie, ilości aktywności fizycznej i zmodyfikować styl życia, uważnie obserwując, jak reaguje organizm. Warto prowadzić dzienniczek żywieniowy, skorzystać z pomocy dietetyka i wdrożyć regularne treningi (minimum trzy razy w tygodniu). Polecam również rozpocząć pracę z dietetykiem i psychologiem, by na nowo ustawić nawyki żywieniowe, wzmocnić motywację i wyeliminować mechanizmy podjadania pod wpływem emocji.

Jeśli BMI przekracza 27 i pojawiają się choroby towarzyszące, takie jak cukrzyca t2 (lub stan przedcukrzycowy), nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, stłuszczenie wątroby (czyli objawy zespołu metabolicznego), obturacyjny bezdech senny, bóle stawów (głównie kolan, bioder), warto skonsultować się z lekarzem i rozważyć leczenie farmakologiczne jako wsparcie dla zmian stylu życia, a nie ich zastępstwo.

Czyli to już czas, żeby sięgnąć po słynny Ozempic?

Ozempic (semaglutyd) to lek zarejestrowany w Polsce do leczenia cukrzycy typu 2, ale stosowany również pozarejestrowanie w leczeniu otyłości. Preparaty przeznaczone do leczenia otyłości to np. Wegovy (semaglutyd w wyższej dawce), Saxenda (liraglutyd) czy Mounjaro (tirzepatyd). Są to analogi hormonów inkretynowych, czyli syntetyczne związki naśladujące działanie naturalnych hormonów wytwarzanych przez jelita po jedzeniu. Leki te zmniejszają apetyt i zwiększają uczucie sytości. Wskaza-

Femistory
Centrum Menopauzy

ne są głównie dla osób z BMI wyższym niż 30 lub wyższym niż 27, ale z chorobami współistniejącymi. Nie są one „drogą na skróty”, a elementem kompleksowej terapii otyłości – przewlekłej, nawrotowej choroby, której leczenie wymaga odpowiedniej diety, aktywności fizycznej, wsparcia psychologicznego oraz regularnej edukacji zdrowotnej.

Mamy również na rynku lek Mysimba, przyjmowany doustnie, który jest połączeniem dwóch substancji – bupropionu i naltreksonu – wpływających na ośrodek nagrody w mózgu. Stosowany jest u osób z kompulsywnym jedzeniem i emocjonalnym podjadaniem. Może być pomocny, gdy problemem nie jest tylko apetyt, ale też uzależnienie od jedzenia jako mechanizmu regulacji emocji. W takim przypadku niezbędna jest praca z psychologiem lub psychiatrą, a dobór leku powinien zawsze być indywidualny i poprzedzony analizą wskazań i przeciwwskazań.

Chcę tu jeszcze raz zaznaczyć, że choroba otyłościowa jest chorobą przewlekłą.



Kobiety w menopauzie mogą potrzebować nawet ok. 10% mniej kalorii dziennie, aby utrzymać dotychczasową wagę.

Osoby, które się z nią zmagają, często nie są w stanie poprawić swojego stanu zdrowia tylko poprzez wprowadzenie zdrowych nawyków życiowych. To nie jest kwestia słabej woli czy lenistwa. Tu potrzebne jest wsparcie farmakologiczne i podobnie jak na przykład w cukrzycy czy nadciśnieniu, wymaga przewlekłego leczenia.

Przychodzi zatem do Pani pacjentka w menopauzie, która zaczęła bardzo mocno tyć. Zrobiła już, co mogła, żeby nie przybierać na wadze, ale bezskutecznie. Od czego zacząć?

Od szczegółowego wywiadu – od kiedy zmaga się z nadmierną masą ciała, czy były próby leczenia, jak wygląda dieta i styl życia, dopytuję o choroby towarzyszące. Następnie mierzę wzrost i wagę celem określenia BMI, mierzę również obwód pasa i bioder. Diagnostyka laboratoryjna powinna obejmować m.in.: badanie morfologii krwi, glukozę, opcjonalnie test obciążenia glukozą i hemoglobinę glikowaną, lipidogram, badanie funkcji wątroby – próby wątrobowe (ALAT, ASPAT), funkcji nerek – kreatyninę z eGFR, funkcji tarczycy – TSH i hormony tarczycy.

Jeśli zachodzi taka potrzeba, zlecam badania dodatkowe. To pomoże ocenić, czy przyczyną są zaburzenia metaboliczne, hormonalne czy inne schorzenia. Równolegle analizujemy dokładnie sposób odżywiania (np. poprzez dzienniczek żywieniowy), poziom stresu, aktywność fizyczną i sen.

Wiele osób obawia się wsparcia farmakologicznego. Skutków ubocznych albo tego, że po odstawieniu leków szybko wrócą do poprzedniej, wysokiej wagi. Na ile to są fakty, a na ile mity?

Znacznie więcej skutków ubocznych ma choroba otyłościowa niż leki, które podajemy. W przypadku analogów GLP-1 mogą to być np. nudności, wymioty czy ból brzucha. Jeśli leczenie farmakologiczne nie zostanie wsparte zmianą stylu życia w postaci trwałych nawyków, aktywności fizycznej, pracy z psychologiem, istnieje ryzyko nawrotu.

Leki pomagają przełamać impas, poprawić motywację i wejść na ścieżkę zdrowej rutyny – ale nie zastępują całkowicie innych działań. Dla części pacjentów konieczne jest długoterminowe leczenie, tak jak w przypadku innych chorób przewlekłych.

Bardzo ważne jest, żeby szukać pomocy i uwierzyć w to, że nie jesteśmy tu na przegranej pozycji. Trzeba jednak nastawić się na to, że to będzie pewien proces. Nie ma tu złotych środków. Konieczne jest wprowadzenie różnych zmian w życiu, konsekwencja oraz wsparcie specjalistów: lekarza, dietetyka, psychologa i trenera.



Uderzenia gorąca

Jak sobie z nimi radzić

TO CHYBA NAJPOWSZECHNIEJ KOJARZONY SYMPTOM MENOPAUZY. DOŚWIADCZA ICH PONAD 80 PROC. KOBIET WCHODZĄCYCH W OKRES TRANSFORMACJI MENOPAUZALNEJ.

Nagłe, intensywne uczucie gorąca w górnej części ciała – zwłaszcza na twarzy, szyi i klatce piersiowej – może pojawiać się nawet kilka czy kilkanaście razy dziennie. Doświadczają go trzy na cztery kobiety w okresie perimenopauzy, ale każda z nas nieco inaczej.

Możesz zatem jednocześnie odczuwać dreszcze, przyspieszone bicie serca, wzrost ciśnienia albo niepokój, oblać się potem albo zauważyć na twarzy i dekolcie czerwone plamy.

Bardzo uciążliwe bywają tzw. nocne poty, które powodują częste wybudzanie się i problemy z ponownym zaśnięciem.

Zwykle uderzenia gorąca trwają od minuty do nawet pięciu. Jak podaje Menopause Society, statystycznie kobiety doświadczają ich przez siedem do dziesięciu lat.

Wielu naukowców sądzi, że uderzenia gorąca wynikają z zaburzenia centralnej termoregulacji spowodowanej – co oczywiste – spadkiem estrogenów. Tłumaczą ten mechanizm zaburzeniami w działaniu termostatu w podwzgórz, przez co ośrodek termoregulacji reaguje jakby organizm był „za gorący”, mimo że temperatura nie osiąga istotnie wyższych wartości. To prowokuje reakcje chłodzenia – rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry, pocenie i subiektywne uczucie gorąca, nawet jeśli temperatura ciała pozostaje w normie.

Co istotne, uderzenia gorąca i nocne poty – choć tak powszechne w menopauzie – mogą być także sygnałem choroby, np. niedoczynności tarczycy, nadciśnienia, cukrzycy czy nowotworu. Dlatego – zwłaszcza w przypadku nocnych potów – lekarz prowadzący może skierować Cię na badania sprawdzające stan tarczycy, nerek i wątroby.

Czy da się uniknąć uderzeń gorąca?

Niestety nie da się ich zupełnie wyeliminować. Można jednak ograniczyć ich występowanie i/lub intensywność.

Lekarze zalecają m.in. unikanie tzw. triggerów (patrz ramka), czyli czynników sprzyjających pojawieniu się uderzeń gorąca.

Badania wskazują także na związek między otyłością a intensywnością uderzeń gorąca. W przypadku części kobiet zmniejszenie masy ciała pozwoliło na ograniczenie intensywności odczuć związanych z tymi falami gorąca.

Terapie, które mogą pomóc

Jak dotąd najskuteczniejszą metodą łagodzenia objawów związanych z niedoborem estrogenów, w tym także uderzeń gorąca, jest HTM, czyli hormonalna terapia menopauzalna.

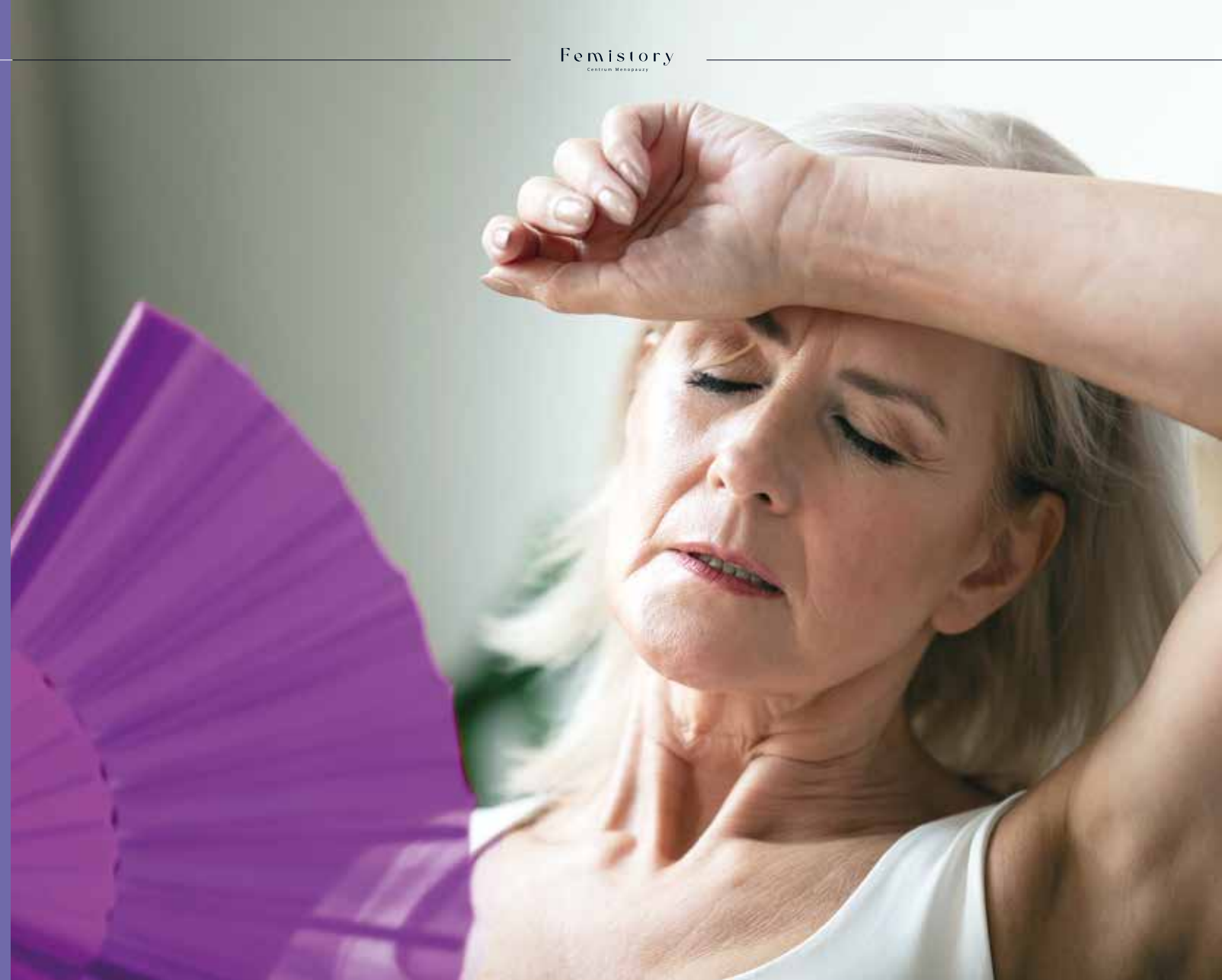
Nie każda kobieta w okresie transformacji menopauzalnej może jednak skorzystać z hormonalnej terapii. Wówczas lekarze prowadzący – przy intensywnych uderzeniach gorąca – mogą zdecydować się na wdrożenie u pacjentek leków niehormonalnych, których działanie związane z ograniczeniem tych dolegliwości, zostało już potwierdzone. Mowa m.in. o paroksetynie (w niskich dawkach) – leku przeciwdepresyjnym, zwanym selektywnym inhibitorem wychwytu zwrotnego serotoniny, fezolinetancie, który należy do klasy antagonistów neurokininy B, a także innych lekach o potwierdzonym działaniu.

Europejskie i amerykańskie towarzystwa menopauzy rekomendują również wdrożenie terapii poznawczo-behawioralnej. Uczy ona bowiem m.in. stosowania technik relaksacyjnych, redukcji poziomu stresu, higieny snu i pozytywnego podejścia do

może jednak skorzystać z hormonalnej terapii. Wówczas lekarze prowadzący – przy intensywnych uderzeniach gorąca – mogą zdecydować się na wdrożenie u pacjentek leków niehormonalnych,



Uderzenia gorąca i nocne poty – choć tak powszechne w menopauzie – mogą być także sygnałem choroby.



wyzwań związanych z menopauzą. Badania (związane z występowaniem uderzeń gorąca) pokazały pozytywne rezultaty u kobiet, które stosowały zalecenia TPB przez co najmniej cztery-sześć tygodni.

A może odpowiednia dieta?

Niektóre badania sugerują także wpływ zwiększenia spożycia produktów sojowych na mniejsze nasilenie uderzeń gorąca. Pojawiają się jednak także analizy pokazujące brak takiej zależności. Zatem skuteczność takiego rozwiązania nie została do tej pory jednoznacznie potwierdzona.

Jak przeczytamy na stronie Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej, występujące m.in. w soi i siemieniu lnianym, fitoestrogeny (związki roślinne o budowie przypominającej ludzkie estrogeny) mogą „naśladować estrogen” w organizmie, wiążąc się z niektórymi receptorami estrogenowymi.

Spożywanie produktów na bazie soi (np. tofu czy mleka sojowego) może przynosić korzyści zdrowotne – także ze względu na jednoczesne ograniczenie spożycia produktów mięsnych i częste jedzenie warzyw (co zwykle wiąże się z wprowadzeniem większej ilości produktów sojowych na nasze talerze). NCEŻ uczula jednak, że stosowanie suplementów diety na bazie soi, które zawierają znacznie więcej izoflawonów niż naturalna żywność, może być przeciwwskazane w przypadku osobistej lub rodzinnej historii występowania nowotworów wrażliwych na estrogeny, takich jak rak piersi.

Porozmawiaj ze swoim lekarzem

Jako że każda z nas odczuwa uderzenia gorąca inaczej, Twojej koleżance może pomóc ograniczenie triggerów, ale już Ty możesz potrzebować większego wsparcia.

Jeśli czujesz, że uderzenia gorąca uniemożliwiają Ci codzienne funkcjonowanie albo powodują u Ciebie duży lęk, skonsultuj się ze swoim lekarzem i porozmawiaj o możliwych rozwiązaniach.

CO SPRZYJA UDERZENIOM GORĄCA?

- przegrzewanie się (a zatem najlepiej jest ubierać się „na cebulkę”),
- kofeina i alkohol (zwłaszcza picie kawy po południu i wieczorem, a alkoholu – w każdych ilościach),
- pikantne potrawy,
- gorące prysznice i kąpiele,
- papierosy,
- stres (nie da się go uniknąć zupełnie, ale warto wdrożyć działania, które pomogą ci go zredukować, np. technik oddechowych, medytacji, aktywności fizycznej, a w razie potrzeby sięgnąć po pomoc psychologa lub psychoterapeuty).

Co stoi za bólem stawów, rąk i kręgosłupa?

7 DIAGNOZ ORTOPEDY, KTÓRE NAJCZĘŚCIEJ DOTYCZĄ KOBIET W MENOPAUZIE

Ból kolan przy wstawaniu. Szywność dłoni rano. Ból przy podnoszeniu ręki, który pojawił się bez wyraźnej przyczyny. Wiele kobiet w tym okresie życia zaczyna doświadczać dolegliwości, których wcześniej nie miało, i chodzi od specjalisty do specjalisty – ortopedy, neurologa, fizjoterapeuty – szukając przyczyny objawów, które trudno jednoznacznie wyjaśnić.

Dlaczego w menopauzie zaczyna boleć?

Jak podkreśla ortopeda lek. Patryk Tokłowicz, w praktyce klinicznej bardzo często widać, że pacjentki przez długi czas nie łączą swoich dolegliwości ze zmianami zachodzącymi w organizmie. Tymczasem menopauza to moment jednej z największych transformacji fizjologicznych w życiu kobiety.

Spadek poziomu estrogenów wpływa na funkcjonowanie całego układu mięśniowo-szkieletowego – od kości, przez stawy i ścięgna, aż po mięśnie. Estrogen jest głównym hormonem anabolicznym u kobiet, co znaczy, że wpływa na prawidłową budowę białka i cały proces jego tworzenia.

Kolagen jest białkiem, które występuje w organizmie w kilkunastu typach, a każdy typ ma inne właściwości fizyczne. W prawidłowo funkcjonującym organizmie po dwóch latach ulega w całości przebudowie, czyli cały kolagen w ciele zostaje wymieniony na nowy. Podczas gwałtownych zmian w życiu, a taką jest menopauza, dochodzi do rozstrojenia tego delikatnego instrumentu. Tkanki stają się mniej elastyczne, gorzej się regenerują i są bardziej podatne na uszkodzenia. W efekcie organizm zaczyna reagować inaczej niż wcześniej, a problemy, które rozwijały się stopniowo, zaczynają być szybciej odczuwalne.

Dlatego ból w tym okresie nie jest przypadkowy ani „do zaakceptowania”, ale jest sygnałem, że w organizmie zachodzą konkretne procesy, które warto odpowiednio wcześniej zdiagnozować.

7 najczęstszych diagnoz

W praktyce ortopedycznej istnieje kilka schorzeń, które szczególnie często pojawiają się u kobiet w tym okresie życia. Choć objawy bywają niespecyficzne, mają konkretne przyczyny i – co ważne – możliwości leczenia.

1. Zespół cieśni nadgarstka

To jedna z najczęstszych przyczyn dolegliwości w obrębie dłoni u kobiet w tym okresie życia. Pierwsze objawy bywają subtelne i często są bagatelizowane. Należą do nich drętwienie i mrowienie palców (najczęściej kciuka, palca wskazującego i środkowego), uczucie „cierpienia” dłoni, a także bóle nasilające się w nocy. Charakterystyczne jest również osłabienie siły chwytu – pacjentki zauważają, że częściej wypuszczają przedmioty z ręki.

W okresie menopauzy dochodzi do zmian hormonalnych sprzyjających zatrzymywaniu wody w organizmie i obrzękom tkanek, a także do dezorganizacji pracy tarczycy, co w efekcie powoduje obrzęki ścięgien w obrębie nadgarstka. Może to prowadzić do zwiększonego ucisku na nerw pośrodkowy, co daje opisane objawy. Nieleczony ucisk może prowadzić do trwałego uszkodzenia nerwu.

2. Zwyródnienie stawu

śródręczno-nadgarstkowego kciuka (rhizarthrosis)

To schorzenie szczególnie często dotyczy kobiet po 50. roku życia i znacząco wpływa na codzienne funkcjonowanie. Objawia się bólem u podstawy kciuka, który pojawia się przy chwytaniu, ściskaniu czy wykonywaniu prostych czynności, takich jak odkręcanie butelki, otwieranie słoika czy przekręcanie klucza w zamku. Z czasem ból może nasilać się nawet przy niewielkim obciążeniu, a siła dłoni wyraźnie się zmniejsza. Spadek estrogenów wpływa na zaburzenia produkcji kolagenu typu II, który jest głównym budulcem chrząstki, w efekcie czego jej właściwości mechaniczne zostają bardzo zredukowane.

Palec zatrzaskujący

To dolegliwość wynikająca z zaburzenia pracy ścięgien zgina-czy palców. Pacjentki najczęściej zgłaszają ból w obrębie dłoni oraz charakterystyczne „przeskakiwanie” palca podczas zginania i prostowania. W bardziej zaawansowanych przypadkach palec może się blokować w jednej pozycji i wymagać użycia drugiej ręki, aby go wyprostować. I ponownie – gwałtowne zmiany w poziomie estrogenów, wzrost poziomu kortyzolu powodują zaburzenia przebudowy kolagenu i tarcie obrzękniętego ścięgna o troczek. W pierwszych fazach choroby zwykle pomaga fizjoterapia, jednak w późniejszych etapach konieczna jest interwencja chirurgiczna.

4. Choroba zwyrodnieniowa stawów

Jedną z najczęstszych przyczyn przewlekłego bólu układu ruchu. Najczęściej dotyczy kolan, bioder oraz stawów kręgosłupa. Objawia się bólem nasilającym się podczas ruchu, sztywnością po okresie bezczynności oraz stopniowym ograniczeniem zakresu ruchu. W początkowych stadiach dolegliwości mogą pojawiać się tylko przy większym obciążeniu, jednak z czasem ból może występować także w spoczynku. Spadek poziomu estrogenów wpływa na pogorszenie jakości chrząstki stawowej oraz zmniejszenie jej wytrzymałości, co przyspiesza rozwój zmian zwyrodnieniowych, czyli jej obumierania.

5. Osteoporoza

Choroba, która przez długi czas może rozwijać się bezobjawowo, dlatego często bywa rozpoznawana dopiero w momencie wystąpienia powikłań, a takim najczęściej jest złamanie. Polega na stopniowym obniżaniu gęstości mineralnej kości, co prowadzi do ich osłabienia i zwiększonego ryzyka złamań.

Charakterystyczne są tzw. złamaniaiskoenergetyczne, które mogą wystąpić przy niewielkim urazie, a nawet podczas codziennych czynności. Najczęściej dochodzi do złamań w obrębie kręgosłupa, nadgarstka oraz biodra. W przypadku złamań kręgow objawy mogą być dyskretne lub niespecyficzne, np. przewlekły ból pleców czy stopniowe obniżenie wzrostu.

6. Zamrożony bark (tzw. frozen shoulder)

Dolegliwość, która często rozwija się powoli i przez długi czas bywa błędnie interpretowana jako przeciążenie lub „przewianie”. Początkowo pojawia się ból przy ruchu, szczególnie podczas unoszenia ręki lub sięgania do tyłu. Z czasem dolegliwości narastają, a zakres ruchu w stawie barkowym stopniowo się zmniejsza.

W zaawansowanym stadium nawet proste czynności, takie jak ubieranie się czy czesanie włosów, mogą być znacznie utrudnione. Zamrożony bark częściej występuje u kobiet w okresie menopauzy, szczególnie przy współistniejących zaburzeniach metabolicznych, takich jak insulinooporność czy cukrzyca.

7. Sarkopenia (utrata masy i siły mięśniowej)

To proces stopniowej utraty masy mięśniowej, który przyspiesza wraz ze zmianami hormonalnymi. Estrogen jest silnym hormonem anabolicznym. Jego niedobór wpływa na zaburzenie gospodarki białkowej w mięśniach, co można odczuwać jako spadek siły, większe zmęczenie oraz pogorszenie stabilizacji tułowia. Pacjentki często zauważają, że codzienne czynności wymagają większego wysiłku niż wcześniej, a organizm szybciej się męczy. Sarkopenia ma istotny wpływ na funkcjonowanie całego układu ruchu – osłabione mięśnie gorzej stabilizują stawy, a to zwiększa ich obciążenie i ryzyko urazów. Dodatkowo rośnie ryzyko upadków i złamań, co w połączeniu z osteoporozą stanowi szczególne zagrożenie.

Co możesz zrobić, żeby zmniejszyć ból i chronić stawy?

Choć zmiany zachodzące w organizmie w tym okresie są naturalne, nie oznacza to, że nie mamy na nie wpływu. Kluczowe znaczenie mają codzienne, powtarzalne nawyki – podkreśla lek. Patryk Tokłowicz. – Najważniejszy jest ruch – szczególnie trening siłowy, trening progresywny, nawet ten z własnym ciężarem ciała. Regularna aktywność wzmacnia mięśnie, poprawia krążenie, stabilizację i wbrew powszechnym opiniom odciąża stawy, a także zmniejsza ryzyko upadków i złamań.

Ogromną rolę odgrywa także profilaktyka osteoporozy. W praktyce oznacza to odpowiednią dietę i ruch. Nawet proste działania, takie jak regularne chodzenie czy ćwiczenia siłowe, mają bezpośredni wpływ na kondycję kości, – ich przebudowa zależy od obciążenia.

Nie mniej ważne są mięśnie. Odpowiednia ilość białka w diecie oraz regularna aktywność fizyczna pozwalają ograniczyć ich utratę i utrzymać sprawność. Nie powinniśmy skupiać się tylko na ich rozciąganiu. Silne mięśnie to mniejsze obciążenie dla stawów i mniejsze ryzyko bólu. Dieta powinna być prosta i oparta na naturalnych produktach – z białkiem w każdym posiłku, zdrowymi tłuszczami i dużą ilością warzyw. Ograniczenie żywności wysokoprzetworzonej i nadmiaru cukru pomaga zmniejszyć stan zapalny i wspiera regenerację organizmu.

Warto również wiedzieć, kiedy zgłosić się do specjalisty. Jeśli ból dotyczy jednego stawu i nasila się przy ruchu, najczęściej wskazana jest konsultacja ortopedyczna. Z kolei dolegliwości obejmujące wiele stawów, poranna sztywność czy objawy zapalne mogą wymagać oceny reumatologa.

Najważniejsze na koniec – menopauza wpływa na kości, stawy i mięśnie, ale nie oznacza utraty sprawności – to sygnał, że organizm potrzebuje uwagi, a odpowiednio dobrana diagnostyka i profilaktyka pozwalają skutecznie ograniczyć dolegliwości i zachować komfort życia na długie lata.

lek. Patryk Tokłowicz

ortopeda z Femistory
Centrum Menopauzy



Menopauza może maskować problemy z sercem

Statystyki pokazują jasno – menopauza znacznie zwiększa ryzyko schorzeń układu krążenia, a to one nadal są jedną z najczęstszych przyczyn śmierci Polek.

Kobiety, jeśli pojawiają się u kardiologa, to często nie jako pacjentki, a towarzyszki. Przyprowadzają swoich ojców i mężów, zaniepokojone ich objawami, a własne dolegliwości bagatelizują – zauważa lek. Luiza Bulak, kardiolog w trakcie specjalizacji, opiekująca się pacjentkami Femistory Centrum Menopauzy. – To prosta droga do poważnych problemów zdrowotnych, którym można zapobiec, jeśli wcześniej zauważymy sygnały, jakie wysyła nam nasze ciało i podejmiemy odpowiednie działania.

Lekarka podkreśla, że dolegliwości związane z menopauzą zwykle maskują objawy typowe dla chorób sercowo-naczyniowych.

Kobiety po 50. roku życia często odczuwają duszność czy kołatanie serca, spada ich wydolność fizyczna. Mają problemy gastryczne, przybierają na wadze i pojawiają się u nich różne dolegliwości bólowe. Myślą więc

lek. Luiza Bulak

kardiolog w trakcie specjalizacji,
opiekująca się pacjentkami
Femistory Centrum Menopauzy.



„tak już musi być w tym wieku”, „to tylko kwestia zmęczenia” albo „przecież mam menopauzę, to typowe” i przyjmują te objawy jako stan „nowej normalności”, nawet nie planując wizyty u specjalisty.

Mniej estrogenu może sprawić problem

Dlaczego w czasie menopauzy wzrasta ryzyko chorób układu krążenia? Nasze ciała produkują mniej estrogenów, a te wpływają m.in. na elastyczność

naszych naczyń krwionośnych i pomagają utrzymać niski poziom tzw. „złego cholesterolu”, czyli cholesterolu LDL (low-density lipoprotein) – frakcji lipoprotein o małej gęstości. Co więc, gdy zaczyna ich brakować? Dochodzi np. do wzrostu ci-

śnienia krwi, odkładania się cholesterolu w ściankach naczyń krwionośnych i zwiększenia ryzyka, m.in. zawału mięśnia sercowego, niewydolności serca, udaru mózgu czy choroby wieńcowej.

Nie bagatelizuj złego samopoczucia

Co zatem możemy zrobić, by takich problemów uniknąć? – Przede wszystkim jeśli już występują niepokojące objawy, takie jak nagłe pogorszenie tolerancji wysiłku, bóle w klatce piersiowej związane z wysiłkiem, duszność wysiłkowa, „zatykanie” w klatce piersiowej, czy utraty przytomności – absolutnie nie należy ich lekceważyć ani tłumaczyć sobie, że to tylko menopauza! Trzeba rozważyć wizytę u kardiologa i przeprowadzenie odpowiednich badań.

Zadbaj o siebie, zwłaszcza teraz

Lekarka zaznacza też, że ogromne znaczenie ma profilaktyka. Wystarczająca ilość i jakość snu, dbanie o zdrowie psychiczne, odpowiednia dieta i aktywność fizyczna – wydają się oczywiste, ale niekiedy tak trudne do zastosowania. Zazwyczaj zalecana jest dieta śródziemnomorska, czyli zdrowe oliwy, warzywa, chude białe mięso – pieczone lub gotowane. Do tego im mniej cukru, tym lepiej.

Bez ruchu się nie uda

Lekarka przypomina też, by nie zaniedbywać aktywności fizycznej. – Zaleca się około 2,5 do 5 godzin umiarkowanej aktywności fizycznej tygodniowo, czyli np. spacer



Kobiety pojawiają się u kardiologa jako towarzyszki. Przyprowadzają swoich ojców i mężów, zaniepokojone ich objawami. A swoje bagatelizują...

ów w szybszym tempie, jazdy na rowerze lub od 75 do 150 minut intensywnej aktywności fizycznej, takiej jaką lubimy. Dla jednych to może być pływanie, dla innych sport zespołowy.

Mamy świadomość, że aktywność fizyczna w mo-

mencie życia, w którym czujemy się słabsze, a ciało zachowuje się zupełnie inaczej niż do tej pory, jest bardzo trudna. Niestety, jeśli nie podejmiemy takiego wysiłku, będziemy czuć się jeszcze gorzej. To może prowadzić do błędnego koła: bolą nas stawy, więc ruszamy się mniej, a jak mniej się ruszamy, to zaczynamy przybierać na wadze. Kiedy przybiera nam kilogramów, stawy (i nie tylko) bolą jeszcze bardziej.

Warto także zrezygnować z palenia papierosów i ograniczyć spożywanie alkoholu, a już na pewno nie dodawać do diety lampki czerwonego wina każdego wieczoru – jak czasami sugerują internetowe poradniki. Im mniej alkoholu, tym lepiej dla naszego zdrowia.

Rezydentka kardiologii przyznaje, że zalecając swoim pacjentkom wprowadzenie zasad zdrowego życia, często widzi na ich twarzach rezygnację.

– W lawinie obowiązków zawodowych i rodzinnych jest zrozumiałe, że trudno znaleźć czas na kolejne aktywności. Wprowadzenie odpowiednich nawyków i dbanie o właściwą dietę wymaga oczywiście dyscypliny i zmian w życiu, ale rezultaty są nie do przecenienia. Profilaktyka to podstawa.

Badania i stała opieka lekarza

Kobiety w czasie menopauzy powinny pozostawać pod opieką lekarza, który w razie potrzeby skieruje je do odpowiednich specjalistów. – Regularne badania są bardzo ważne. Pozwalają szybciej dostrzec niepokojące zmiany w organizmie – tłumaczy lekarka.

Kim jest ta kobieta, która ma problemy z koncentracją, pokonuje ją byle wysiłek i na wszystko reaguje z rozdrażnieniem?

O zmianach, które niesie ze sobą menopauza i o tym, jak ważne jest, by właściwie do nich podejść, **opowiada Agnieszka Litwa-Ziopaja, psycholog i psychoterapeutka.**

➤ **Czego najbardziej obawiamy się w menopauzie? Jej nieuchronności? Zmian, jakie spowoduje? Świadomości, że ta nasza „życiowa szklanka” jest już w połowie pusta?**

Agnieszka Litwa-Ziopaja: – To pytanie może trafiać w samo sedno lęków charakterystycznych dla tego etapu. Z klinicznego punktu widzenia nieuchronność, towarzyszące jej zmiany i sposób postrzegania rzeczywistości – jako „szklanki do połowy pustej” lub „do połowy pełnej” – nie stanowią odrębnych obaw, ale są ze sobą głęboko powiązane i tworzą spójny obraz szerszego zjawiska.

Nieuchronność zmian wiąże się z głęboko zakorzenionym lękiem przed utratą.

Młodości?

Płodności, młodości, a nierzadko także dotychczasowej tożsamości kobiety, czyli jej roli jako żony czy matki. To moment konfrontacji z własną śmiertelnością i przemijaniem, co stanowi jedno z najintensywniejszych doświadczeń egzystencjalnych.

Badania pokazują, że ten lęk, połączony z obniżonym nastrojem, może nasilać się wraz z wiekiem, co wymaga nie tylko opieki ginekologicznej, ale i psychologicznej. Holistyczne spojrzenie na zdrowie kobiety jest tu kluczowe.

Zmiany towarzyszące menopauzie stanowią jedno z najsilniejszych źródeł lęku. Badania jakościowe pokazują, że kobiety najbardziej napawają lekiem objawy wpływające na codzienne funkcjonowanie – takie jak uderzenia gorąca, zaburzenia snu, przewlekłe zmęczenie, zmiany metabolizmu i wyglądu fizycznego, a także wahania nastroju. Lęk często wynika z poczucia, że „ja” przestaje być tym „ja”, które znałam. To obawa przed redefinicją własnej tożsamości – jako kobiety, partnerki, a nawet matki.

Z kolei ta świadomość „szklanki do połowy pełnej” lub „pustej” odzwierciedla sposób, w jaki interpretujemy dwa podstawowe lęki związane z menopauzą:

Odzyskaj siebie

Dla jednych kobiet ten etap życia może oznaczać początek nowej wolności – czyli uwolnienia od biologicznych ograniczeń...

Podczas gdy dla innych stanie się symbolem końca?

Tak, kluczowe jest tu, że sposób postrzegania menopauzy silnie koreluje z jakością życia i poziomem samooceny. Badania wskazują, że kobiety o wyższej samoocenie i pozytywnym nastawieniu do menopauzy, częściej doświadczają lepszej jakości życia.

Jak więc wesprzeć samą siebie? Mamy się przekonywać, że menopauza to super czas, mimo że czujemy smutek i stratę?

Zacznijmy od akceptacji i nadania znaczenia temu, co się dzieje.

Lęk przed utratą płodności, młodości czy roli matki jest naturalny – przez lata te aspekty kształtowały naszą tożsamość. Jeśli zwrócimy się o pomoc do psychoterapeuty, to w jego gabinecie znajdziemy bezpieczną przestrzeń, w której możemy przyrzeć się tym lękom bez oceny i presji. Nie dążymy do wyeliminowania lęku, lecz jego zrozumienia, zaakceptowania i wsłuchania się w to, co próbuje nam przekazać. Wspólnie pracujemy nad tym, by menopauza nie była postrzegana jako koniec, ale jako przejście – etap o własnym, głębokim sensie.

Taka perspektywa pozwala dotrzeć do ukrytych emocji i przekonań, które wywołują lęk, a następnie nadać im nowe, bardziej wspierające znaczenie.

Ale jak to zrobić, gdy wszystko w nas „woła”, że najlepszy czas mamy już za sobą?

Zmiany zachodzące w ciele nie oznaczają spadku naszej wartości jako kobiety – wręcz przeciwnie. W procesie terapeutycznym zyskujemy możliwość spojrzenia na siebie z nowej perspektywy, wykraczającej poza dotychczasowe biologiczne i społeczne role. To czas odkrywania wewnętrznej siły, moment, w którym przyglądamy się naszym osiągnięciom, cechom charakteru i umiejętnościom, które dotąd mogły pozostawać w cieniu. Pracujemy nad budowaniem samooceny w oparciu o to, kim jesteśmy dziś – nie przez pryzmat tego, kim byliśmy, lecz przez uznanie wartości obecnej wersji siebie.

To również czas na znalezienie nowych ról. Czasem może to oznaczać zakończenie jednego etapu, np. intensywnego macierzyństwa, ale jednocześnie otwieranie przestrzeni na nowe pasje, cele zawodowe czy aktywności społeczne. To dobry moment, aby je zidentyfikować i z odwagą podjąć. Menopauza może być czasem, w którym odzyskujemy siebie dla siebie. Czasem na zauważenie nowego i innego „ja”.

To wszystko w momencie, gdy jednocześnie uświadamiamy sobie, że tak niewiele zostało nam w tej metaforycznej szklance?

Oczywiście świadomość przemijania i śmiertelności jest szczególnie silna w menopauzie. Z perspektywy psychoterapii ten lęk jest sygnałem, że nadszedł czas na głęboką refleksję nad swoim życiem. Razem z pacjentkami zadajemy sobie wtedy pytania: Co w moim życiu było i jest dla mnie naprawdę ważne? Co jest ważne teraz? Co chciałabym jeszcze przeżyć, stworzyć, zrealizować? Jak mogę żyć pełniej i bardziej świadomie, akceptując cykl życia? Jakie mam możliwości? Jak mogę znaleźć poczucie spełnienia w tym nowym etapie?

Z takiej perspektywy lęk egzystencjalny nie musi być jedynie źródłem niepokoju – może stać się impulsem do działania, do poszukiwania głębszego sensu i autentycznego kontaktu ze sobą.

Ten czas zmiany nie oferuje prostych rozwiązań, ale towarzyszy w trudnej, a jednocześnie niezwykle owocnej podróży w głąb siebie. To okres, który sprzyja integracji dotychczasowych doświadczeń, przepracowaniu lęków i oswojeniu zmian. Dzięki temu możemy wkroczyć w nowy etap życia z większym spokojem, wewnętrzną siłą i gotowością na nowe wyzwania. Choć droga może być niełatwa, niesie ze sobą ogromny potencjał odkrywania siebie na nowo.

To jak zaczyna funkcjonować nasze ciało w okresie menopauzy, wiąże się z objawami definiowanymi często jako oznaka choroby: różnego rodzaju bóle, mgła

mózgowa, kłopoty ze snem. Jak zaopiekować lęk związany z objawami fizycznymi?

To prawda, objawy menopauzy często są interpretowane jako oznaki choroby. To pułapka w interpretacji sygnałów własnego ciała, w którą wpada wiele kobiet, ponieważ brakuje nam wiedzy, edukacji i społecznej normalizacji tego procesu. Lęk o zdrowie, znany w psychologii jako hipochondria, lub lęk o stan zdrowia, jest w tym okresie szczególnie nasilony.

Aby go zaopiekować, konieczne jest holistyczne podejście, łączące wiedzę medyczną z narzędziami psychologicznymi, takimi jak zrozumienie, że „mgła mózgowa”, problemy ze snem czy bóle nie są objawami nowej, poważnej choroby, ale częścią fizjologicznego procesu zmian hormonalnych.

Szukając rozwiązań na te dolegliwości, nie zapominajmy o tym, jak ważna jest higiena życia. Proste, ale niezwykle skuteczne interwencje, takie jak regularna



aktywność fizyczna, zbilansowana dieta i dbanie o higienę snu, mogą znacząco zredukować zarówno fizyczne, jak i psychiczne objawy menopauzy. A jeśli czujemy, że potrzebujemy większego wsparcia, psychoterapeuta pomoże nam zidentyfikować i zmienić myśli, które prowadzą do lęku (np. „ten ból oznacza, że jestem ciężko chora”).

Terapia uczy, jak przerwać cykl: lęk – objaw – jeszcze większy lęk. Pomóc mogą także techniki relaksacyjne, np. wprowadzenie praktyki takiej jak uważność, joga czy proste ćwiczenia oddechowe.

Menopauza, przez którą przechodzi kobieta – matka, żona, partnerka czy przyjaciółka – często wpływa na mechanikę relacji w rodzinie, w pracy. Zdarza się, że te relacje trzeba przededefiniować na nowo. Jak przejść przez ten proces?

Siłą rzeczy menopauza zmienia także otoczenie kobiety. Rozdrażnienie, spadek libido, zmęczenie czy wahania nastroju, które są objawami biologicznymi, mogą być odbierane przez jej bliskich jako oznaki braku miłości czy zaangażowania. A to całkiem naturalny proces. Właśnie w tym momencie potrzebna jest redefinicja relacji. To czas na uświadomienie sobie, że tożsamość kobiety nie definiuje się przez płodność czy wiek. Menopauza może stać się początkiem nowego etapu – czasem odkrywania pasji, nowych ról i życiowego celu. To szansa na odzyskanie kobiecości wolnej od cudzych oczekiwań, pełnej samoakceptacji i wewnętrznej siły.

Trzeba nastawić się na to, że to będzie pewien proces?

Zdecydowanie. I na otwartą komunikację i edukację. To absolutna podstawa. W środowisku psychologicznym podkreślamy, że o wsparcie w menopauzie trzeba prosić wprost. Otwarta rozmowa z partnerem, dziećmi czy bliskimi o tym, co się czuje, dlaczego pewne reakcje się pojawiają, jest fundamentem do budowania wzajemnego zrozumienia.

Zamiast milcząco cierpieć, powiedzmy partnerowi i dzieciom, przez co przechodzimy. Normalizujmy temat, wytłumaczmy, że wahania nastroju i inne dolegliwości mają podłoże hormonalne i nie są świadomym wyborem. To nie jest czas na cedzenie przez zęby: „Domyśl się!”. Lepiej np. powiedzieć: „Jest mi teraz trudniej, potrzebuję twojej pomocy w...” albo „Dziś czuję się szczególnie zmęczona, proszę, potrzebuję czasu, aby zadbać o siebie”.

Badania pokazują, że otwarte rozmowy o zmianach hormonalnych zmniejszają napięcia w relacjach. Warto rozważyć też terapię par, która może wspierać w tym procesie. Wspólna praca nad relacją i wzajemne poszukiwanie rozwiązań wzmacniają więź. Można razem ustalić nowe zasady, np. więcej czasu tylko dla siebie czy redefinicję ról domowych.

Menopauza to czas, w którym nasze relacje z bliskimi mogą stać się bardziej autentyczne, oparte na wzajemnym zrozumieniu, a nie na tradycyjnych rolach. To czas na odkrywanie nowej siebie i nowych możliwości. Bądźmy więc cierpliwe dla siebie. Pamiętajmy, że zmiany emocjonalne i fizyczne nie definiują tego, kim jesteśmy. Akceptacja siebie i odkrywanie nowych możliwości są w tym procesie przejścia kluczowe. Pamiętajmy także, aby wyznaczyć granice i znaleźć w sobie siłę, by mówić „nie”. Znajdźmy czas dla siebie i swojej regeneracji. Dbanie o własne potrzeby jest fundamentem zdrowych relacji z innymi, ale także relacji z samą sobą.

Czy to tylko obniżenie nastroju związane z mierzeniem się z menopauzalnymi dolegliwościami, czy może sygnał choroby?

Jak rozpoznać depresję i dlaczego nie należy jej lekceważyć, opowiada **lek. Karolina Żaglewska, psychiatra z Femistory Centrum Menopauzy.**

➤ Można odnieść wrażenie, że w codziennych rozmowach, a nawet w powszechnym dyskursie depresja staje się synonimem gorszego nastroju. „Jestem smutna od jakiegoś czasu, więc na pewno mam depresję”. „Koleżanka chodzi struta od tygodnia – może ma depresję?”. Czym więc jest depresja, a czym zdecydowanie nie?

Lek. Karolina Żaglewska: – Podstawą jej rozpoznania jest występowanie objawów trwających powyżej dwóch tygodni. Mówimy tu o spadku nastroju i poczuciu, że ta sytuacja zaczyna nas przerastać, a zatem trudno nam wstać z łóżka, nic nas nie cieszy, rezygnujemy ze swoich pasji, hobby czy po prostu ulubionych sposobów spędzania czasu na rzecz, np. bezrefleksyjnego scrollowania telefonu czy po prostu patrzenia się przed siebie, bo na niczym nie jesteśmy w stanie dłużej się skupić. Jest nam w ogóle trudno funkcjonować, a do tego stale czujemy się przemęczeni.

Diagnostując depresję, zwracamy uwagę, czy przynajmniej dwa z tych trzech objawów wystąpiły – czyli długotrwałe obniżenie nastroju, anhedonia i stałe zmęczenie. Mogą też pojawiać się dodatkowe objawy, takie jak np. zaburzenia snu, i nie zawsze to musi być bezsenność. Niektóre osoby w depresji mierzą się z nadmierną sennością. Mogą spać osiem godzin lub więcej, a mimo to czują, że brakuje im snu.

A spadek apetytu i niechęć do otoczenia? Bo stereotypowo kojarzymy te symptomy z depresją.

Z apetytem może być różnie. U części osób w depresji może wystąpić jego wzmożenie. A jeśli chodzi o relacje z otoczeniem, to wprawdzie nie jest to norma, ale jeśli już, to wskazywałabym raczej na drażliwość i chwiejność nastroju, czyli szybkie przechodzenie ze smutku w rozdrażnienie i złość.

Mówię o sytuacjach, w których kwestie do tej pory dla nas obojętne, neutralne, teraz doprowadzają nas do wybuchów złości, nie potrafimy ich zignorować, męczą nas. Taka drażliwość bardzo mocno wpływa na relacje w związku i w rodzinie,



DEPRESJA W MENOPAUZIE – JAK JĄ ROZPOZNAĆ?

bo partner czy dzieci zaczynają nas po prostu irytować. Bardzo często pacjenci szukają pomocy dopiero, gdy ich związek czy rodzina znalazły się u kresu wytrzymałości. Wtedy dociera do nich, że trzeba sobie pomóc, bo jest źle.

Z tego co pani mówi, wynika, że depresja może wyglądać bardzo różnie.

Ma z pewnością wiele twarzy. Często otoczenie może się nawet nie domyślać, że ktoś mierzy się z tą chorobą. Bo na co dzień taka osoba maskuje się – wykonuje swoje zadania w pracy, widzimy ją, jak reaguje uśmiechem na żarty, jest zawsze nienagannie ubrana itd. A to nam nie pasuje do stereotypu, prawda? Spodziewamy się, że ktoś będzie zawsze smutny, może nawet z podpuchniętą od płaczu twarzą i będzie siedział zwinęty w kącie. Tymczasem osoba w depresji może „trzymać się” przez wiele godzin i dopiero w domu pozwalać sobie na odczuwanie swoich emocji.

Badacze szacują, że ryzyko zachorowania na depresję w przypadku kobiet w okresie transformacji menopauzalnej jest nawet kilkukrotnie większe niż przed tym momentem życia. Tymczasem o zdrowiu psychicznym mówi się dużo mniej, poruszając tematy związane z dolegliwościami menopauzalnymi...

Są nawet dane, które mówią, że większość hospitalizacji wynikających z depresji dotyczy właśnie kobiet w wieku 45-55 lat. Zatem problem jest poważny.

Depresja w tym okresie życia nie jest inna niż przed menopauzą, ale na pewno jest trudniejsza do samodiagnozowania – tzn. do zrozumienia przez kobietę, że mierzy się z chorobą, a nie tylko ze skutkami perimenopauzy. Jeśli kiepsko sypia, źle się czuje w związku z częstymi uderzeniami gorąca, mgłą menopauzalną czy różnego rodzaju bólami, to i pojawiają się u niej lęki, frustracja, obniżenie nastroju. Często zbiega się to z momentem opuszczenia domu przez dorosłe dzieci, więc dochodzi nam poczucie samotności. Bywa też tak, że kobieta w transformacji menopauzalnej ma duże problemy z koncentracją, utrzymaniem uwagi, a to wpływa na jej wyniki w pracy. Zaczyna więc martwić się o swoją wydajność, postrzeganie w miejscu pracy, a w najgorszych przypadkach po prostu o to, że zo-

stanie zwolniona. I pojawia się ogromny stres. Długi czas napięcia, smutku, drażliwości może być przez nią samą postrzegany jako po prostu efekty menopauzy, a tymczasem rozwija się u niej depresja.

Uważam więc, że każda kobieta w perimenopauzie, która przez dłuższy czas psychicznie czuje się źle, powinna odwiedzić specjalistę. Właśnie po to, by ocenił, czy jej nastrój, samopoczucie wynika z objawów menopauzy czy jest efektem depresji lub symptomem innych problemów. Nawet jeśli to będzie ta pierwsza opcja, to nie będzie to dla niej stracony czas. Taki specjalista skieruje ją do innych lekarzy, którzy pomogą poradzić sobie z objawami menopauzy.

Jeśli podejrzewam, że mierzę się z depresją, do kogo powinnam się wybrać – psychiatry czy psychologa-psychoterapeuty?

Może uściślijmy najpierw, czym zajmują się ci specjaliści, bo mam poczucie, że nadal wiele osób nie do końca rozumie różnice. Zatem: psychiatra jest lekarzem, skończył studia medyczne. W czasie wizyty zbiera bardzo dokładny wywiad i klasyfikuje, czy ma do czynienia z epizodem łagodnym depresji, umiarkowanym czy ciężkim. W pierwszym przypadku skieruje pacjenta na psychoterapię. W tych dwóch ostatnich przepisze leki przeciwdepresyjne i także może skierować do psychologa, jeśli uzna, że konieczna jest terapia. Zdarza się, że pacjent jest w tak złym stanie,

że nie ma zasobów na psychoterapię, nawet przyjscie do gabinetu psychiatry byłoby dla niego ogromnym wyzwaniem. Wtedy czekamy aż leki zaczną działać, a stan osoby w depresji poprawi się na tyle, że będzie w stanie zacząć terapię.

I tu dochodzimy do psychologa. To specjalista, który zajmuje się znalezieniem przyczyny i nauką radzenia sobie z objawami oraz zmianą schematów myślowych – często w długim procesie regularnej pracy z pacjentem.

To nie ma większego znaczenia, czy pójdziemy najpierw do psychologa czy do psychiatry – ważne, że wyciągniemy rękę po pomoc. To już jest duży krok w dobrym kierunku.

Spotyka się pani z oporem przed przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych? Sama kojarzę przynajmniej kilka stereotypów na ich temat, np. że jak zacznie się je brać, to już do końca życia, albo że powodują tycie, ośpienie czy ciągłe zmęczenie.

Z mojego doświadczenia wynika, że im starszy pacjent, tym większy opór przed farmakoterapią. Młodszy pacjenci zwykle chętniej doczytują informacje na temat leków przeciwdepresyjnych i są bardziej uspokojeni.

Jeśli widzę lęk przed lekami czy negatywne nastawienie wynikające ze stereotypów, to zawsze tłumaczę, że wprowadzając leki, nie dążymy do wyłączenia emocji, chcemy jedynie podreperować te negatywne. I jeśli pacjent będzie czuł się ośpiaty czy zobojętniały, to mamy do czynienia z działaniem niepożądanym i musimy zmienić kierunek leczenia.

Myślę, że warto też wiedzieć, że wiele problemów, z którymi mierzą się kobiety w menopauzie, leczy się przy pomocy leków przeciwdepresyjnych. To nie oznacza z automatu, że każda kobieta, która je przyjmuje, ma depresję. Te leki mają po prostu składniki, których działanie wspiera np. terapię bezsenności. I choćby z tego powodu myślę, że nie warto się bać leków przeciwdepresyjnych.

Wspominała pani, że wielu pacjentów trafia do pani gabinetu, gdy relacje w domu są już bardzo napięte, czyli gdy jest już dość późno. Czy to ma znaczenie, jak szybko wyciągniemy rękę po pomoc?

Duże. Im później osoba w depresji trafi do specjalisty, tym z dużym prawdopodobieństwem jest w cięższej depresji i tym dłużej trwa leczenie. Warto też mieć świadomość, że depresja to choroba, która nieleczona prowadzi do śmierci – do myśli samobójczych, które przechodzą w tendencje i próby. Nie wolno tego lekceważyć.

Jak wspierać taką osobę? Jak się zachowywać, jeśli np. jestem partnerem czy mężem kobiety w depresji?

Trzeba być bardzo cierpliwym. I pamiętać, że depresja wpływa na całą rodzinę, nie tylko na osobę, która na nią choruje. Trzeba próbować zrozumieć jej stan i powstrzy-

mywać się od sformułowań takich jak „weź się w garść” czy „a może wyjdź na spacer, to od razu poprawi ci się humor”. Starajmy się otaczać ciepłem taką osobę, ale nie na siłę. Bo czasem taka kobieta w depresji bardzo potrzebuje przytulenia, podczas gdy inna woli być sama, ale jednocześnie chce czuć, że ten partner jest gdzieś tam z boku, nie zostawił jej samej sobie. I trzeba rozmawiać, pytać, jak można wesprzeć. A najważniejsze to zrozumieć, że

depresja to nie lenistwo czy jakieś „widzimisię”. Osoba chora na nią nie jest w stanie zdecydować: od dziś już nie będę tak się zachowywać. Tu potrzebna jest pomoc. Nikt nie oczekuje, że np. osoba z nadciśnieniem sama magicznie się wyleczy, po tym, jak podejmie takie postanowienie. Nie oczekujemy też tego od osoby w depresji.

To też choroba.



Sen w menopauzie – co robić, gdy nie nadchodzi?

Jak odzyskać rytm snu i regenerację w okresie menopauzalnym – radzą dr n. med. Aleksandra Karykowska z Instytutu Dobrego Snu i dr n. med. Konrad Gorzelnik, neurolog z Femistory Centrum Menopauzy.

To jeden z najczęstszych objawów menopauzy. Badania mówią, że nawet 55 proc. kobiet w tym okresie życia zgłasza trudności ze snem.

Jego niska jakość lub jego brak to problem dla całego organizmu. Oznacza nie tylko rozdrażnienie, zmęczenie i obniżenie nastroju. Sen reguluje także naszą odporność i metabolizm, a jego niedobór nasila odczuwanie bólu. Jego długotrwałe braki pogarszają też funkcjonowanie całego organizmu i mogą przyczyniać się np. do problemów kardiologicznych.

– Sen nie jest luksusem, tylko jedną z podstawowych potrzeb biologicznych – zaznacza dr Konrad Gorzelnik, neurolog z Femistory Centrum Menopauzy. – Jego przewlekły brak realnie szkodzi zdrowiu.

Ile powinnyśmy spać?

Jak podkreśla dr Gorzelnik, zapotrzebowanie na sen jest kwestią indywidualną.

– U większości dorosłych osób optymalny czas snu mieści się zwykle w granicach około 7–9 godzin na dobę, ale ważniejsza od samej liczby godzin jest rzeczywista jakość snu i poczucie regeneracji po przebudzeniu.

Krótkie przebudzenia w ciągu nocy są zjawiskiem fizjologicznym i występują u każdego. Problem pojawia się wtedy, gdy są częste, trwają dłużej albo wyraźnie pogarszają jakość snu i funkcjonowanie w ciągu dnia.

Do objawów, które powinny skłonić do konsultacji lekarskiej, należą także głośne chrapanie, przerwy w oddychaniu podczas snu, nocne

uczucie duszności lub poranne niewyspanie mimo pozornie przespanej nocy. Mogą one sugerować obturacyjny bezdech senny, czyli zaburzenie, które zwiększa ryzyko nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu serca, udaru mózgu i innych powikłań sercowo-naczyniowych. W okresie okołomenopauzalnym ryzyko bezdechu sennego rzeczywiście wzrasta.

Dlaczego tak trudno nam się wyspać?

Z czego wynikają nasze menopauzalne trudności ze snem? Podobnie jak w przypadku innych objawów menopauzy „winowajcą” jest estrogen – czy raczej spadek jego poziomu.

– Estrogen m.in. reguluje oś podwzgórze-przysadka-nadnercza, czyli oś HPA. To układ hormonalny składający się z licznych wzajemnych powiązań pomiędzy podwzgórzem, przysadką mózgową i gruczołem nadnerczowym. Gdy nasze organizmy zaczynają produkować znacznie mniej estrogenu, błędnie odczytują temperaturę i dlatego odczuwamy uderzenia gorąca i wybudzają nas nocne poty – opowiada dr Aleksandra Karykowska, badaczka z Uniwersytetu Przyrodniczego i przedstawicielka Instytutu Dobrego Snu, a także członkini Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem i European Sleep Research Society. Dr Karykowska jest też terapeutą bezsenności metodą CBT-I.

To jednak tylko jeden ze skutków braku estrogenu – w kontekście naszego snu. Dr Karykowska podkreśla także, że to właśnie ten hormon zwiększa aktywność serotoniny i GABA, czyli aminokwasu, głównego neuroprzekaźnika o działaniu hamującym (uspokajającym) w całym układzie nerwowym. Receptory GABA w mózgu aktywuje także progesteron, którego poziom również spada w menopauzie. Gdy więc tych hormonów w organizmie jest znacznie mniej, następuje wzrost aktywności układu współczulnego. Tego, który odpowiada za szybkie przygotowanie organizmu do działania w stresie, zagrożeniu lub wysiłku. To on – w ramach mechanizmu „walcz lub uciekaj” – przyspiesza nam tętno, zwiększa dopływ krwi do mięśni, rozszerza oskrzela, uwalnia glukozę do krwi i zahamowuje „niepilne” procesy (czyli np. trawienie).

– Efekt jest taki, że w okresie okołomenopauzalnym jesteśmy bardziej wrażliwi na stresory i bodźce zewnętrzne – opowiada dr Karykowska. – Dlatego budzimy się np. o trzeciej nad ranem i nie możemy już zasnąć.

U wielu kobiet dochodzi też do tzw. mikroprebudzeń, które rozrywają fazy snu i skracają jego cykle. Badania Sleep Medicine Reviews z 2024 r. pokazały, że panie w okresie menopauzy mają średnio o 20% krótszy sen wolnofalowy (N3) i o 15% mniej snu REM.

Estrogen wpływa też na produkcję melatoniny. Jego niższy poziom oznacza słabszy sygnał wysyłany do szyszynki (gruczołu regulującego nasz dobowy rytm) i sprawia, że nocne wydzielanie melatoniny może obniżyć się nawet o 30 proc.

A to nie koniec – bo estrogen wpływa również na metabolizm glukozy i leptyny (nazywanej hormonem sytości), co przekłada się na niestabilny poziom cukru w nocy, a w efekcie nagłe wybudzenia, uczucie głodu lub niepokoju.

– Na problemy ze snem w okresie okołomenopauzalnym składają się też stres i tzw. mental load, czyli „poczucie odpowiedzialności za wszystko”, siedzący tryb życia, który zmniejsza poziom serotoniny w organizmie, a także brak ekspozycji na światło dzienne, wieczorne używki (kofeina, alkohol) oraz niedobory witamin i minerałów – wylicza dr Karykowska.

Badaczka zaznacza też, że niezależnie od hormonów, z wiekiem spada aktywność neuronów w ośrodku snu i w pniu mózgu. Skracają się fazy głębokiego snu, a do tego częściej występują schorzenia towarzyszące (ból, nadciśnienie, zaburzenia metaboliczne).

– Ale kobiety nadal mogą spać dobrze, o ile nauczą się wspierać rytm biologiczny zamiast z nim walczyć – podkreśla dr Karykowska.

Bezsenna – i co dalej?

Bezsenna może być przygodna (trwająca kilka dni), krótkotrwała (do czterech tygodni) i przewlekła (trwająca ponad miesiąc). Jak

sobie z nią radzić? Dr Konrad Gorzelnik podkreśla, że leczenie zaburzeń snu powinno zaczynać się od ustalenia ich przyczyny oraz od uporządkowania podstawowych zasad higieny snu. W zależności od przyczyny dalsze postępowanie może obejmować terapię bezsenności, wsparcie psychologiczne lub psychoterapeutyczne, a w wybranych przypadkach także leczenie farmakologiczne.

Ważna jest odpowiednia diagnostyka – zwłaszcza zbadanie tarczycy (w kontekście sprawdzenia jej nadczynności lub niedoczynności), poziomu ferrytyny oraz witamin B12 i D – których niedobory mogą zaburzać nasz sen (a niski poziom żelaza prowadzi do tzw. zespołu niespokojnych nóg). Kluczowe jest też rozpoznanie bezdechu sennego, które u kobiet jest trudniejsze (bo często nie towarzyszy mu chrapanie).

Jak sobie pomóc?

Doktor Karykowska jako terapeuta bezsenności metodą CBT-I (terapii poznawczo-behawioralnej) podpowiada kilka zasad, które warto wprowadzić w swoją codzienność, by zapobiegać problemom ze snem.

Warto znaleźć czas rankiem, by wystawić się na 30 minut światła. Można np. wstać wcześniej i zaplanować regularny spacer w drodze do pracy (np. wysiadając na wcześniejszym przystanku czy parkując samochód dalej). Dzięki temu nasz organizm wydzielą więcej melatoniny nocą.

Pomoże nam też niższa temperatura w sypialni. Dobremu snowi sprzyja chłód, czyli około 18–19 stopni C.

Konieczny jest ruch. Już 10 minut aktywności fizycznej dziennie obniża poziom kortyzolu w organizmie.

Regularne pobudki są ważne dla naszego zegara biologicznego. Nawet wtedy, gdy położymy się później (bo np. spotkamy się ze znajomymi i wrócimy późno do domu).

Ciemność i cisza w sypialni – są konieczne, bo mózg śpi tylko w bezpieczeństwie.

Aktywuj układ przywspółczulny (odpowiedzialny m.in. za wyciszenie i regenerację). A zatem odłóż telefon i komputer wieczorem oraz wyłącz telewizor (niebieski ekran przed snem źle na nas wpływa), posłuchaj spokojnej muzyki, wycisz się, możesz też wprowadzić masaż np. stóp.

Kiedy pora na leki?

W przypadku gdy problemy ze snem utrudniają kobiecie w okresie okołomenopauzalnym funkcjonowanie, konieczne może być wprowadzenie farmakoterapii.

Neurolog z zespołu Femistory zaznacza, że nie ma jednego leku odpowiedniego dla każdej pacjentki.

– Leczenie dobiera się indywidualnie i regularnie ocenia jego skuteczność. Warto pamiętać, że leki mogą być ważnym elementem terapii, ale nie zastępują diagnostyki ani pracy nad przyczyną problemu. Celem leczenia jest poprawa jakości snu, a nie długotrwałe przyjmowanie leków bez wyraźnej potrzeby.

Klasyczne leki nasenne mogą być pomocne w trudniejszym okresie bezsenności, ale zwykle stosuje się je możliwie krótko i w najmniejszej skutecznej dawce. Leki nasenne powinny być traktowane raczej jako rozwiązanie przejściowe, pomocne w przerwaniu błędnego koła bezsenności, a nie jako docelowy sposób radzenia sobie z problemem.

W niektórych przypadkach lekarz może zalecić także leki wspomagające sen, które nie należą do klasycznych leków nasennych i są lepiej dostosowane do dłuższego stosowania. Część z nich bywa wykorzystywana zwłaszcza wtedy, gdy bezsenności towarzyszy lęk, napięcie lub obniżenie nastroju.

U części pacjentek pomocna może być także melatonina, zwłaszcza gdy problem dotyczy zaburzenia rytmu snu i czuwania lub trudności z zasypianiem.

Niezależnie od rodzaju leczenia najważniejsze pozostaje ustalenie przyczyny zaburzeń snu i dążenie do trwałej poprawy, a jeśli sytuacja na to pozwala, także do stopniowego ograniczania leków.

Masz 40-55 lat? Mieszkasz we Wrocławiu? Odczuwasz dolegliwości kojarzone z menopauzą?

Weź udział w webinarze i **zadbaj o swoje zdrowie**

Na webinarze dowiesz się więcej m.in. o:

- diagnostyce okresu okołomenopauzalnego,
- wpływie wahań estrogenów na układ sercowo-naczyniowy i układ kostny,
- hormonalnej terapii menopauzalnej (wskazania, przeciwwskazania, formy terapii),
- zdrowiu intymnym po menopauzie,
- stylu życia w okresie okołomenopauzalnym obejmującym zdrowe nawyki, aktywność fizyczną, sen i regenerację.

PROWADZĄCE WEBINAR:

**Anna
Kryza-Ottou**
dr n. med.,
ginekolog



**Joanna
Kaczorowska**
położna



Zapisy i więcej informacji
na **centrum-menopauzy.pl**

