



MAGAZYN POLSKIEJ GRUPY FARMACEUTYCZNEJ PGF

bez recepty

[Aktualności](#)
[Styl życia](#)
[Uroda](#)
[Zdrowie](#)
[Poradnik](#)
[Wizyta w aptece](#)

[Bieżący numer](#)
[Archiwum](#)
[Kontakt](#)

RSS

Czy choroba ma płęć?

Agata Domańska

Kobietę traktuje się jak mniejszą wersję mężczyzny. I proponuje się jej taką samą terapię, tylko odpowiednio „pomniejszoną”: trochę słabszą, w nieco mniejszej dawce. Ale czy to słuszne założenie?

Medycyna płci – to gałąź medycyny, która nie jest jeszcze dobrze poznana. Choć wszyscy wiemy, że kobieta pod względem fizycznym różni się od mężczyzny, ani pacjentki, ani leczący ich lekarze zdają się nie brać pod uwagę, że chorować też może inaczej. A przecież nawet dane to obrazują: kobiety po menopauzie aż cztery razy częściej cierpią na nadciśnienie tętnicze. Cukrzyca typu 2 u panów dwukrotnie podnosi ryzyko chorób sercowo naczyniowych, podczas gdy u kobiet to ryzyko rośnie od trzech do siedmiu razy. Znacznie częściej też dochodzi do interwencji kardiologicznej u cierpiącej na cukrzycę kobiety, rokowanie po zawale jest gorsze, a ryzyko zgonu większe. Tych różnic nie wolno ignorować.

Gorsza reprezentacja

Przyglądając się zdrowiu pacjentów, koniecznie trzeba zwrócić uwagę na fakt, że metabolizm kobiety jest inny, podobnie jak inna jest jej reakcja na leki. Całe układy w jej organizmie inaczej funkcjonują. Kobięć od mężczyzny zdrowotnie odróżnia także fakt, że w jej życiu można wyróżnić pewne fazy, które mają wielki wpływ na jej ciało, a które nie występują w ogóle w świecie męskiego zdrowia: to ciąża, laktacja i menopauza. Każda z tych faz ma własną dynamikę i w znaczący sposób wpływa na stan zdrowia.

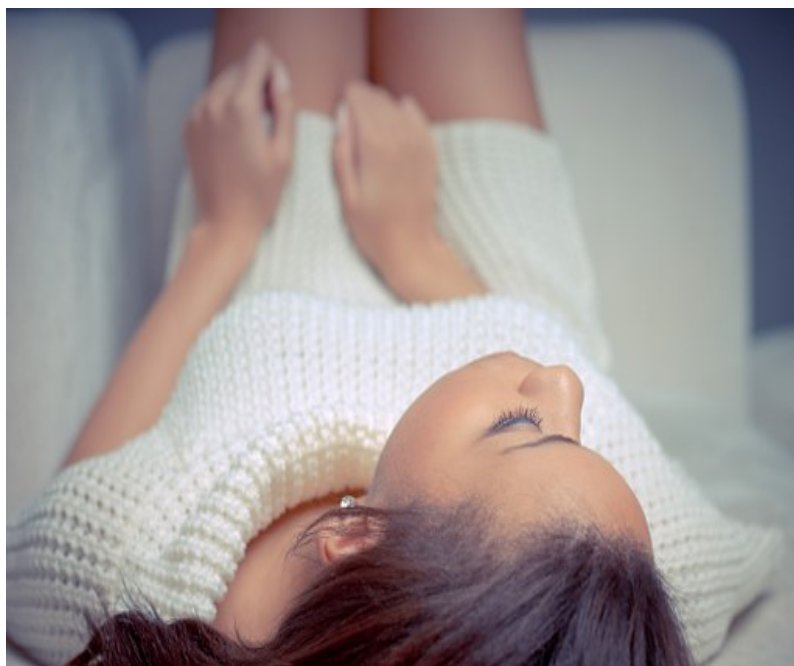
Weźmy pod uwagę choćby choroby serca; według opinii społecznej, chore serce, wieńcówka lub zawał to przypadłości mężczyzn. Kobięć się z tymi chorobami nie łączy – kobiety umierają głównie na nowotwory. – Efekt? Jeszcze niedawno czas, który mijał od dolegliwości do interwencji był u kobiet wydłużony – uważa prof. Janina Stępińska, kardiolog z Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia w Warszawie. Analizowało się różne inne przyczyny bólów w klatce piersiowej, ale nie chorobę serca. Wiąże się to również z obrazem dolegliwości u kobiet: więcej jest tych nietypowych. Częściej dochodzi do zasłabnięć, częściej pacjentki skarżą się na bóle pleców czy bóle w nadbrzuszu.

Panowie mówią jednoznacznie o bólu w klatce piersiowej, więc jest to łatwiejsze do zdiagnozowania, bo narzuca kierunek poszukiwań. Prof. Stępińska widzi już jaskółkę zmian: obecnie kobiety szybko trafiają do szpitali – choć w ich przypadku wciąż występuje element opóźnienia wewnątrzszpitalnego. Jest to związane z wątpliwościami diagnostycznymi: w dalszym ciągu wyjaśnienie przyczyny u kobiety trwa dłużej niż u mężczyzny i trzeba wykonać większą liczbę badań. Najczęściej dotyczy to kobiet w wieku okołomenopauzalnym, bo z racji wieku są leczone z powodu wielu chorób dodatkowych. Dobra wiadomość: duże przyspieszenie pojawiło się w diagnostyce kobiet, które mają ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST, czyli najbardziej zagrożonych. Lekarze powoli zaczynają zauważać, że kobiety trzeba traktować inaczej – że jest wśród nich procentowo więcej wstrząsów, obrzęków płuc i innych sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Jednak wyniki leczenia ostrych zespołów wieńcowych u pań wciąż są gorsze niż wśród panów.

Zdaniem dr hab. Anny Posadzy-Mańczyńskiej, hipertensjologa i kierownika Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, za taki stan rzeczy częściowo odpowiedzialna jest edukacja lekarzy oraz zbyt niska reprezentacja kobiet w badaniach medycznych. – W badaniach, które warunkują wytyczne w schematach leczenia i które są rozpatrywane w metaanalizach, nie ma tylu kobiet, ile być powinno – mówi dr Posadzy-Mańczyńska.

– Żeńska reprezentacja wynosi zaledwie 27 proc. Efekty takich badań w wyniku statystycznych zabiegów są potem uśredniane i nie do końca wskazują prawdę, lekarzom trudno jest więc poznać faktyczne reakcje kobiecego organizmu. Udział kobiet w badaniach był mniejszy, bo łatwiej jest zrekrutować do badania mężczyznę. Od 2000 r. istnieje już wymóg EMA mówiący, że każde badanie ma obejmować równą liczebnie grupę kobiet i mężczyzn. WHI i FDA zaleciły także, by każde prowadzone badanie było rozpatrywane pod kątem płci. Dzięki temu kobiety zostaną lepiej poznane i będą lepiej leczone – mówi dr Posadzy-Mańczyńska.





Panie doganiają panów

Życie kobiety można podzielić na trzy okresy: okres prokreacji (przedmenopauzalny), czas ciąży i okres pomenopauzalny. Pierwsze dwa to czas, kiedy kobiece hormony płciowe, czyli estrogeny, pomagają sercu i naczyniom. Po menopauzie ochronny wpływ estrogenów zaczyna stopniowo zanikać. Panie mają jeszcze ok. 10 lat fazy ochronnej ale po tym czasie praktycznie przeganiają mężczyzn pod względem zapadalności na choroby serca i naczyń. Życie kobiety można podzielić na trzy okresy: okres prokreacji (przedmenopauzalny), czas ciąży i okres pomenopauzalny. Pierwsze dwa to czas, kiedy kobiece hormony płciowe, czyli estrogeny, pomagają sercu i naczyniom. Po menopauzie ochronny wpływ estrogenów zaczyna stopniowo zanikać. Panie mają jeszcze ok. 10 lat „fazy ochronnej” – ale po tym czasie praktycznie przeganiają mężczyzn pod względem zapadalności na choroby serca i naczyń. Dr Posadzy-Małańczyńska: – To bardzo niekorzystne zjawisko, bo do chorób kardiologicznych dołączają także inne, związane z wiekiem. A im więcej jest chorób współistniejących, tym gorsze są odległe wyniki leczenia.

– Wpływ estrogenów stał się ostatnio tematem debaty. Wiemy na pewno, że płęć wpływa na ryzyko rozwoju chorób układu krążenia – mówi prof. Zbigniew Gaciong, hipertensjolog i angiolog z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Rzecz, która jest obiektem badań i obszarem wątpliwości, to mechanizm, w jaki płęć modeluje to ryzyko. Działanie estrogenu na organizm kobiety jest ewidentne, jak choćby jego pobudzający wpływ na pracę układu odpornościowego – aktywnością hormonów można wyjaśnić większą ilość chorób z autoagresji u kobiet. Ale bardzo trudno jest wskazać takie czynniki w odniesieniu do chorób układu krążenia. To, co przez lata postulowano, czyli estrogeny i aktywność gonad, nie do końca się sprawdza. Wiemy, że postmenopauzalna terapia hormonalna nie działa tak, jak zamierzaliśmy: nie zmniejsza ryzyka sercowo naczyniowego – wręcz przeciwnie, w niektórych przypadkach może je nawet podnosić. Obserwacja i stosowanie hormonów w terapii dało – zamiast odpowiedzi – nowe znaki zapytania.

Płęć może być nośnikiem pewnych rodzajów ryzyka. Zdaniem prof. Gacionga ważnymi przyczynami nadciśnienia są nadwaga i otyłość, niedosypianie (śpiimy średnio o 2 godziny krócej niż kiedyś) i stres psychologiczny – zwłaszcza wpływ tego ostatniego bywa znacznie nieoszacowany. A przecież to właśnie kobiety są grupą społeczną przeznaczającą najmniej czasu na wypoczynek – większość aktywnych pań nie dosypia, bo łączenie dwóch karier (zawodowej i domowej) kosztuje mnóstwo czasu i energii. W dodatku kobiety są bardziej emocjonalne i przez to bardziej podatne na skoki ciśnienia.

U kobiet nadciśnienie jest też maską problemów emocjonalnych, depresji lub zaburzeń lękowych. U mężczyzn nadciśnienie to... po prostu nadciśnienie. Prawdopodobnie gorsze zrozumienie kobiecego organizmu, a przez to gorsze prowadzenie „żeńskiego” nadciśnienia tętniczego przez lekarzy pierwszego kontaktu, jest przyczyną dwukrotnie wyższej w Polsce hospitalizacji kobiet (w porównaniu z mężczyznami) z powodu tej choroby.

Lepsze pacjentki

Stereotyp mówi, że to kobieta jest bardziej zdyscyplinowaną pacjentką, gdyż bardziej interesuje się zdrowiem i więcej inwestuje w nie czasu. – Wprawdzie – jak zauważa prof. Zbigniew Gaciong – płęć żeńska jest łatwiejsza we współpracy, ale tu przewaga kobiet się kończy.

Prof. Stępińska: – Lepsze pacjentki? To się nie sprawdza. Po zawale mężczyźni koncentrują się na zwalczaniu czynników, które doprowadziły do choroby, bo nie godzą się na utratę sprawności i ograniczenia. Natomiast kobiety łatwiej psychicznie akceptują chorobę i uczą się z nią żyć, są więc mniej aktywne w powrocie do zdrowia. Ale to jeszcze nie wszystko. Na podstawie obserwacji w rehabilitacji kardiologicznej można powiedzieć, że kobiety mają większe problemy z rehabilitacją fizyczną.

Z wielu powodów: jako starsze walczą z chorobą po raz pierwszy, są zwykle mniej zamożne, mają większe kłopoty z transportem, mają mniejsze wsparcie rodziny. Mężczyzna ma na ogół zawał ładnych kilka lat wcześniej, ma wsparcie i większą motywację, by o zdrowie powalczyć. U kobiet rehabilitacja fizyczna przebiega dużo słabiej, nawet przy dokładnym przestrzeganiu zaleceń dotyczących farmakoterapii.

Lekarze są zgodni, że kobiety naprawdę chorują inaczej. Trzeba myśleć o nich nie w kategoriach makro, ale mikro – tych indywidualnych. Każda powinna być oceniona jednostkowo ze względu na profil czynników ryzyka, sytuację społeczną, sposób, w jaki przeżywa swoje chorowanie, zachowanie, aktualną jakość życia...
projekt strony - rokart

To wszystko determinuje wybory medyczne i uczestnictwo w programach zdrowotnych. Kobiety – jeśli postrzegają swój stan zdrowia jako wymagający pomocy – częściej szukają pomocy medycznej. Co innego jednak szukać pomocy, a co innego, uzyskać pomoc naprawdę skrojoną według potrzeb.

