

CYKL MIESIĄCZKOWY

– FIZJOLOGIA CZY JEDNAK JUŻ PROBLEM GINEKOLOGICZNY?

■ WSTĘP

Regularny cykl miesięczkowy, bez dolegliwości somatycznych i psychicznych, utrudniających codzienne funkcjonowanie jest oznaką prawidłowego działania układu hormonalnego i hemostazy. Najczęściej świadczy o braku zmian organicznych i czynnościowych w obrębie narządu rodowego. U znaczącej grupy kobiet pojawiają się różne zmiany dotyczące częstotliwości, czasu trwania i intensywności krwawień miesięczkowych. Częstym zjawiskiem jest zespół napięcia przedmiesiączkowego. Dolegliwości mogą osiągać takie nasilenie, że wyłączają kobietę z normalnego, codziennego funkcjonowania, zaburzają relacje w związku, aktywność seksualną, negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczne i zawodowe. Powoduje to poczucie znacznego obniżenia jakości życia, pogorszenie obrazu własnego ciała, negatywne emocje i poczucie choroby. Wszystkie te czynniki wpływają również negatywnie na odporność organizmu i jego wydolność. To wszystko co dzieje się w czasie cyklu miesięczkowego może mieć znaczenie dla funkcjonowania kobiety w sferze emocjonalnej, rodzinnej, społecznej i wreszcie ekonomicznej.

Ocena czy mamy do czynienia z fizjologią czy już z patologią wymagającą działań medycznych zależy od wielu czynników. Istotne jest subiektywne samopoczucie pacjentki, umiejętność radzenia sobie z problemami w trakcie cyklu, akceptacja tego stanu lub nie. Ważna jest również ocena medyczna – wykluczenie istotnych patologii oraz wyniki badań laboratoryjnych.

Pacjentki coraz częściej oczekują holistycznego podejścia do ich problemów. Nie należy więc lekceważyć problemów, które zgłaszają lekarzom w związku z cyklem miesięczkowym.

Zespół napięcia przedmiesiączkowego (Premenstrual Syndrome, PMS) to grupa uciążliwych objawów fizycznych, behawioralnych i psychicznych pojawiających się u kobiet regularnie w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego i ustępujących z pojawieniem się krwawienia. PMS może pojawić się już w okresie dojrzewania i trwać nawet do okresu przekwitania. Dotyczy więc kobiet z cyklami owulacyjnymi w czasie całego okresu reprodukcyjnego. Objawy PMS najbardziej zaznaczone są w wieku 25 – 35 lat. Ocenia się, że u 50 – 85% kobiet w fazie lutealnej pojawiają się dolegliwości o zróżnicowanym natężeniu spełniające kryteria PMS.

Objawy te trwają od kilku dni do 2 tygodni osiągając największe nasilenie na 2 dni przed pojawieniem się krwawienia miesięczkowego. Do najczęstszych objawów psychicznych zespołu napięcia przedmiesiączkowego należą: ogólna drażliwość, niepokój, impulsywność, zmienność i obniżenie nastroju, często w połączeniu z ogólnym zniechęceniem, brakiem zainteresowań, trudnościami w koncentracji, poczuciem braku własnej wartości, spadek libido, bezsenność. W przebiegu PMS pojawiają się też dolegliwości somatyczne, takie jak nudności, bóle i zawroty głowy, tendencja do omdleń oraz uczucie znacznego bólu piersi, rozpierania w okolicy miednicy, bóle brzucha, nadmierny apetyt i okresowe zwiększenie masy ciała spowodowane zatrzymywaniem wody w organizmie. Badacze opisali blisko 300 objawów występujących w PMS.

U 20-40% kobiet nasilenie dolegliwości osiąga taki poziom, że ma znaczenie klinicznie. U 5-8% kobiet objawy te są tak bardzo nasilone, że w dużym stopniu zaburzają normalne funkcjonowanie i sklasyfikowane są jako przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne (Premenstrual Dysphoric Disorder; PMDD).

W okresie reprodukcyjnym u kobiety występuje około 460 cykli miesięczkowych. Objawy PMS utrzymują się średnio około 6,5 dnia, co może dać łącznie nawet do 8 lat dolegliwości związanych z cyklem miesięczkowym w czasie całego życia kobiety. W tym czasie znacznemu obniżeniu ulega jakość życia kobiety dotkniętej PMS. Nasilone PMS i PMDD może powodować niezdolność do pracy i codziennej aktywności, zwykle zaburza funkcjonowanie w związku i aktywność seksualną. Ocenia się, że PMDD zwiększa ryzyko zachorowania na depresję okołoporodową i okołomenopauzalną nawet 14-krotnie. Kobiety z PMS częściej cierpią z powodu zaburzeń lękowych. Wykazano, że kobiety cierpiące na PMS ciężiej przechodzą menopauzę, mają bardziej nasilone objawy klimakteryczne, zwłaszcza zaburzenia nastroju. Do 15% kobiet ze znacznie nasilonym PMS i PMDD podejmuje próby samobójcze. Oba zespoły są problemem nie tylko medycznym, ale również ekonomicznym i społecznym.

■ Etiologia PMS i PMDD

Etiologia PMS i PMDD, mimo licznych badań, pozostaje nadal wyjaśniona. W drugiej fazie cyklu miesięczkowego, po wystąpieniu jajczkowania, następuje spadek poziomu estrogenów, które dominują w fazie folikularnej, natomiast dochodzi do wzrostu poziomu progesteronu. Jego wysoki poziom utrzymuje się przez całą fazę lutealną i obniża się tuż przed wystąpieniem krwawienia. Wiele badań wskazuje, że prawdopodobnie to nadwrażliwość na fizjologiczne wahania poziomu steroidów jajnikowych i ich metabolitów, wpływających na poziom i aktywność neurotransmiterów wywołuje PMS i PMDD. Najważniejszą rolę przypisuje się układowi serotoninerгіcznemu. U kobiet z PMS i PMDD zwykle stwierdza się obniżone stężenia serotoniny we krwi obwodowej. W fazie folikularnej zwiększa się wrażliwość receptorów serotoninowych. Kwas gamma-aminomastłowy (GABA) jest głównym neurotransmiterem o działaniu hamującym w układzie nerwowym. Badania wykazują u kobiet z PMDD zmniejszanie się stężenia GABA w surowicy w fazie lutealnej. 70% kobiet, których matki miały PMS, również cierpi z tego powodu. Reasumując, wydaje się, że podatność na PMS i PMDD jest wypadkową wrażliwości na wahania hormonalne, predyspozycji genetycznych i funkcjonalności neuroprzebieżników.

■ Kryteria rozpoznania PMS/PMDD

Amerykańskie Towarzystwo Położników i Ginekologów (ACOG) ustaliło kryteria rozpoznania PMS. Należy potwierdzić co najmniej 1 z 4 objawów fizycznych lub 1 z 6 objawów psychicznych, występujących 5 dni przed krwawieniem miesięczkowym w każdym z 3 poprzednich cykli miesięczkowych (ocena retrospektywna) lub w każdym z 2 kolejnych, następujących po sobie cykli miesięczkowych (ocena prospektywna). Objawy te nie występują w fazie folikularnej. Mają średnie lub ciężkie nasilenie, upośledzają rodzinne i społeczne funkcjonowanie. Powodują znaczny dyskomfort fizyczny i/lub psychiczny na tyle silny, aby szukać pomocy u lekarza. Dolegliwości występują w większości cykli miesięczkowych i muszą być potwierdzone prospektywnie w dzienniczku obserwacji przez co najmniej dwa miesiące. Pojawiające się objawy nie mogą być zastrzeżeniem istniejących zaburzeń psychicznych czy somatycznych.

PMDD jest najcięższą postacią zaburzeń przedmiesiączkowych. Rozpoznanie PMDD wymaga stwierdzenia co najmniej jednego z pierwszych czterech i pięciu spośród jedenastu wymienionych objawów:

1. znaczne obniżenie nastroju, uczucie beznadziejności oraz braku samoakceptacji;
2. podwyższenie poziomu lęku, zwiększenie napięcia, wzmożona wrażliwość;
3. znaczna niestabilność afektu;
4. utrzymujące się nasilone uczucie gniewu lub zwiększona drażliwość;
5. zmniejszenie zainteresowania codziennymi zajęciami;
6. subiektywne uczucie utrudnionej koncentracji;
7. brak entuzjazmu, łatwe męczenie się;
8. przejadanie się lub napady niepohamowanego głodu;
9. nadmierna senność lub bezsenność;
10. uczucie subiektywnego braku kontroli lub przytłoczenia;
11. objawy fizyczne takie jak: tkliwość piersi, bóle głowy, mięśni lub stawów, uczucie wzdęcia, przyrost masy ciała.

Opisane objawy muszą występować co najmniej tydzień przed rozpoczęciem się miesiączki i ustępować w ciągu kilku dni po jej wystąpieniu. Powinny zostać udokumentowane w dzienniczku obserwacji w co najmniej dwóch kolejnych cyklach miesięczkowych, powinny zaburzać w znacznym stopniu pracę lub naukę, codzienną aktywność lub stosunki międzyludzkie. Nie mogą stanowić pogorszenia innych występujących wcześniej zaburzeń psychicznych lub somatycznych.

Badanie przedmiotowe należy przeprowadzić w trakcie fazy folikularnej, w której nie powinny występować objawy przedmiesiączkowe. Należy ustalić, czy u pacjentki występuje owulacja, zwłaszcza jeśli krwawienia są nieregularne. Należy zwrócić uwagę na nastrój pacjentki, jej procesy poznawcze i ogólny poziom funkcjonowania. Zmiany stanu psychicznego zachodzące w trakcie fazy folikularnej wymagają przeprowadzenia pełnej oceny psychiatrycznej. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić zaburzenia depresyjne, lękowe, afektywne dwubiegunowe, zaburzenia osobowości, schorzenia poporodowe, zaburzenia odżywiania – anoreksję i bulimie, uzależnienia od alkoholu, leków i substancji psychoaktywnych. wśród schorzeń somatycznych należy uwzględnić zespół policystycznych jajników, hiperprolaktynemię, niedokrwistość, cukrzycę, choroby tarczycy, nerek i wątroby, zaburzenia autoimmunologiczne, fibromięalię i choroby tkanki łącznej. Istotne jest również bolesne miesiączkowanie, endometrioza, zespoły bólowe miednicy małej, objawy uboczne związane ze stosowaniem antykoncepcji hormonalnej i innych leków.

■ Leczenie

Opcje leczenia zależą od stopnia nasilenia dolegliwości i ich wpływu na codzienne funkcjonowanie pacjentki. Zależne są od skuteczności poszczególnych metod, ich akceptacji, działań ubocznych leków i oczywiście motywacji pacjentki do określonego postępowania.

Ważne jest propagowanie zmiany stylu życia i diety. Dolegliwości występują rzadziej i mają mniejsze natężenie u kobiet uprawiających sport, bardziej aktywnych fizycznie, należy więc zalecać codzienny umiarkowany wysiłek fizyczny. Korzystny wpływ mają również techniki relaksacyjne. Istotne jest także zapewnienie dostatecznej ilości snu i wypoczynku.

Dieta powinna być niskocukrowa, bogato błonnikowa, wzbogacona złożonymi węglowodanami, z ograniczeniem kawy, alkoholu, soli. Suplementacja diety obejmuje witaminę D, E, B6, K, magnez i wapń, jednak należy zdawać sobie sprawę z faktu, że dostępne wyniki badań klinicznych potwierdzających skuteczność takiego postępowania są ograniczone lub mają niewystarczającą moc statystyczną.

Doustna złożona dwuskładnikowa antykoncepcja hormonalna (AH) w wielu przypadkach korzystnie wpływa na ustąpienie lub złagodzenie dolegliwości PMS. Preferowana i uważana za najskuteczniejszą jest AH oparta na drospirenonie, stosowana w schemacie 24+4. Drospirenon jest gestagenem o działaniu antymineralokortykoidowym i antyandrogennym. Zmniejsza retencję wody w organizmie i jednocześnie korzystnie wpływa na problemy z trądzikiem często pojawiające się przed miesiączką.

Leki przeciwdepresyjne o serotoninerгіcznym mechanizmie działania takie jak SSRI, SNRI oraz klomipramina są skuteczne u 60-80% kobiet z PMDD. Efekt pojawia się już po 1-2 dniach od rozpoczęcia leczenia. Stosuje się je najczęściej cyklicznie od 14-28 dnia cyklu miesięczkowego, pomijając fazę folikularną. Krótki czas stosowania w cyklu daje lepszą tolerancję leku i rzadsze działania niepożądane (nudności, obniżenie libido). Badania potwierdzają skuteczność fluoksetyny, sertraliny, citalopramu i paroksetyny w leczeniu PMS i PMDD. Lekiem przeciwdepresyjnym nowej generacji stosowany w leczeniu PMDD jest wenlafaksyna. Jedynym trójcyklicznym lekiem przeciwdepresyjnym stosowanym w leczeniu PMS jest klomipramina posiadająca silną komponentę serotoninerгіczną.

■ Fitoterapia

Na rynku jest wiele roślinnych preparatów stosowanych w łagodzeniu objawów PMS. Ich składnikami są: niepokalanek mniszki, dziurawiec zwyczajny, mikořzab japoński, pyłek kwiatowy czy olej z wiesiołka dwuletniego.

Dobry efekt leczniczy zapewnia preparat roślinny niepokalanek mnisi (*agni casti fructus extractum siccum*; VAC).

Wyciąg z niepokalanek stymuluje receptory dopaminergiczne i obniża poziom prolaktyny, powodując ustępowanie zaburzeń takich jak bolesność i obrzęknięcie piersi (mastodynia), drażliwość, ból głowy typu migrenowego, obrzęknięcie twarzy, rąk i stóp. Niepokalanek mnisi jest jednym z lepiej przebadanych składników roślinnych wykorzystywanych w łagodzeniu objawów PMS. W kilku randomizowanych badaniach wykazano, że stosowanie leków zawierających wyciąg z niepokalanek mnisiego przynosiło ulgę w objawach PMS znacząco częściej niż w grupie pacjentek stosujących placebo. Znaczącą poprawę w odczuwaniu objawów PMS stwierdzano u 42 - 77% kobiet stosujących niepokalanek przez 3 miesiące. W jednym z badań porównywano efekt działania VAC i fluoksetyny u pacjentek z PMDD. Wykazano porównywalną skuteczność działania obu schematów leczenia. Fluoksetyna była skuteczniejsza w zmniejszaniu objawów psychologicznych, natomiast VAC skuteczniej redukował objawy fizyczne PMDD.

Nie wykazano dotychczas niekorzystnych interakcji niepokalanek z innymi lekami. Objawy uboczne obserwuje się rzadko i są miernie zaznaczone. Występują u poniżej 2% leczonych. Mogą pojawiać się objawy podrażnienia układu pokarmowego, pokrzywka, zmęczenie, bóle głowy, tachykardia, nudności i suchość w ustach.

Wyciąg z niepokalanek można stosować w lżejszych postaciach PMS jako jedyny preparat lub łączyć z innymi lekami w cięższych postaciach zespołu.

■ Krwawienie miesięczkowe

Regularne krwawienie miesięczkowe jest efektem cyklicznych zmian hormonalnych zachodzących w organizmie dojrzałej płciowo kobiety. Pierwsza miesiączka pojawia się typowo w wieku kilkunastu lat, ostatnia w wieku około 50 lat.

Prawidłowy cykl miesięczkowy zaczyna się w pierwszym dniu krwawienia. Pod wpływem hormonu folikulotropowego (FSH) wydzielanego przez przedni płat przysadki, jajniki wytwarzają estrogen, który z kolei stymuluje wzrost błony śluzowej jamy macicy (endometrium). FSH stymuluje również rozwój pęcherzyków jajnikowych, w wyniku czego pojawia się ostatecznie pęcherzyk dominujący. Następujący w środkowej fazie cyklu wzrost stężenia hormonu luteinizującego (LH) wyzwala owulację. Jeżeli nie dojdzie do zapłodnienia, pozostałość pęcherzyka przekształca się w ciało żółte. Progesteron wydzielany przez ciało żółte ma bardzo ważny wpływ immunologiczny, anatomiczny i hemostatyczny na endometrium. Gdy ciało żółte obumiera, stężenie progesteronu maleje i następuje kolejne krwawienie miesięczkowe połączone ze złuszczeniem się endometrium, zazwyczaj 14 dni po owulacji.

Przyjmuje się, że prawidłowa miesiączka nie trwa dłużej niż 7 dni (najczęściej 4-6 dni), długość prawidłowego cyklu to 22-35 dni a średnia utrata krwi wynosi 30-40 ml/cykl. W krwi miesięczkowej nie powinny występować skrzepy. Utrata powyżej 80 ml/cykl

oznacza obfite krwawienie. Zużycie podczas miesiączki powyżej 6 podpasek lub tamponów dziennie można już uznać za nadmierne obfite krwawienie. W wątpliwych przypadkach można wykonać badanie stężenia hemoglobiny we krwi przed miesiączką i po jej zakończeniu. Jeżeli różnica jest większa niż 1 g/dl, krwawienie ocenia się jako zbyt obfite.

Okolo 5-8% kobiet w wieku 30-49 lat cierpi z powodu obfitych i przedłużających się krwawień miesięczkowych. Powodują one istotny wpływ na zdrowie. Stanowią również problem ekonomiczny z powodu absencji chorobowej i konieczności leczenia. Nieprawidłowe krwawienia maciczne stanowią jedną z najczęstszych przyczyn konsultacji w gabinetach ginekologicznych.

Nieprawidłowe krwawienia maciczne (*abnormal uterine bleeding*, AUB) definiuje się jako znaczącą zmianę w profilu lub ilości krwi miesięczkowej.

Etiologia nadmiernie obfitych i przedłużających się miesiączek w 30-80% przypadków pozostaje nieznaną, natomiast poznane przyczyny różnią się częstością występowania w zależności od wieku pacjentek.

Krwawienia u nastolatek. Większość AUB u nastolatek jest związana z niedojrzałością osi podwzgórze – przysadka – jajnik i krwawieniem w cyklu bezowulacyjnym przy braku jakiegokolwiek patologii anatomicznej czy trwałych zaburzeń hormonalnych. Krwawienia te mogą występować nawet przez 3 lata od wystąpienia pierwszej miesiączki. Taki stan jest określany jako dysfunkcyjne krwawienie maciczne i jest diagnozowane przez wykluczenie innych przyczyn. Pacjentki z krwawieniami młodocianymi stanowią grupę ryzyka częstszych incydentów anemii, ryzyka hiperplazji (rak trzonu), zabiegów operacyjnych, obniżenia potencjału reprodukcyjnego (niepłodność), poronień.

Kobiety w wieku 19-39 lat. U każdej aktywnej seksualnie kobiety w tym przedziale wiekowym, w diagnostyce należy brać pod uwagę powikłania po ciąży, obecność stanów zapalnych w obrębie miednicy lub zakażeń przenoszonych drogą płciową, szczególnie wtedy, gdy dolegliwościom towarzyszy ból, ponieważ zwykłe krwawienie w cyklu bezowulacyjnym powinno przebiegać bezboleśnie. Otyłość, hirsutyzm, trądzik i rogowacenie ciemne mogą wskazywać na zespół policystycznych jajników (PCO), częstą przyczynę krwawień bez owulacji. Często stosowane leki łącznie z antykoncepcją hormonalną i inhibitorami selektywnego wychwyty zwrotnego serotoniny mogą doprowadzać do zmiany profilu krwawień miesięczkowych. Choroby ogólnoustrojowe, takie jak zaburzenia odżywiania się lub choroby zapalne jelit, także mogą wpływać na oś podwzgórze – przysadka – jajnik, prowadząc do braku owulacji. Przyczyny obfitych krwawień, takie jak polipy czy malformacje naczyń, występują rzadko u dziewcząt w wieku dojrzewania, ale należy brać je również pod uwagę. Choć poważne zaburzenia krzepnięcia ujawniają się we wczesnym dzieciństwie, nierzadko zdarza się, że obfite krwawienia miesięczkowe są objawem prowadzącym do rozpoznania łagodnych zaburzeń krzepnięcia. Choroba von Willebranda, niedobór płytek krwi, choroby tkanki łącznej, nosicielstwo hemofilii i niedobory czynników krzepnięcia mogą prowadzić do obfitych krwawień miesięczkowych.

Krwawienia po 40. roku życia aż do menopauzy. Dość często nieprawidłowe krwawienia mogą wiązać się z cyklami bezowulacyjnymi, będącymi fizjologiczną reakcją na zmniejszenie rezerwy jajnikowej. Rozrost lub rak endometrium, polipy, zanik błony śluzowej macicy oraz mięśniaki też mogą wywoływać nieprawidłowe krwawienia.

Krwawienia po menopauzie. Głównym celem diagnostyki w przypadku krwawienia po menopauzie jest rozpoznanie lub wykluczenie patologii endometrium. Powinny być brane pod uwagę czynniki ryzyka przerostu i raka endometrium takie jak bezdzietność, cukrzyca, otyłość, nadciśnienie i nierównoważona terapia estrogenowa. Ryzyko rośnie wraz z wiekiem i liczbą czynników ryzyka. Diagnostyka krwawień pomenopauzalnych obejmuje badanie ginekologiczne, którym można stwierdzić polipy szyjki macicy, atroficzne zapalenie pochwy czy owrzodzenie wywołane uciskiem pesara. Jeśli to możliwe, powinien być pobrany rozmaz cytologiczny. Dużą wartość diagnostyczną ma przezpochwowe badanie USG. U wszystkich kobiet po menopauzie u których stwierdza się pogrubiałe ponad 4 mm lub niejednorodne endometrium powinna być wykonana biopsja endometrium. Zastosowanie również mają takie badania obrazowe jak tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny.

Postępowanie diagnostyczne w przypadku AUB obejmuje:

- wywiad: wiek pierwszej i ostatniej miesiączki, wzorzec krwawień miesięczkowych, nasilenie krwawienia (skrzepy lub płynna krew), ból (nasilenie, stosowane postępowanie przeciwbólowe), choroby współistniejące, leczenie chirurgiczne w przeszłości, objawy sugerujące zaburzenia krzepnięcia, stosowane leki i preparaty ziołowe (warfaryna, heparyna, niesteroidowe leki przeciwzapalne, hormonalne preparaty antykoncepcyjne oraz preparaty miłorzębu dwuklapowego, żeń-szenia i serdecznika pospolitego).
- badanie fizykalne: badanie ogólne, badanie ginekologiczne ewentualnie z pobraniem rozmazu cytologicznego. Istotą badania jest ustalenie źródła krwawienia. Należy ustalić czy krwawienie pochodzi z pochwy, szyjki, macicy, pochwy, cewki, pęcherza czy odbytnicy.
- badania laboratoryjne: test ciążowy, pełna morfologia krwi, koagulogram, TSH w surowicy, test w kierunku Chlamydia trachomatis, ocenę hormonów płciowych, żelazo w surowicy, ferrytyna w surowicy.
- w razie wskazań badania diagnostyczne lub obrazowe: sonohisterografia z infuzją 0,9% roztworu NaCl, przezpochwowe badanie ultrasonograficzne, rezonans magnetyczny, histeroskopia.
- ewentualna biopsja endometrium z badaniem histopatologicznym.

LECZENIE

Farmakologiczne metody hormonalne

Leczenie hormonalne AUB jest podstawową metodą postępowania. Można rozważyć zastosowanie: wewnątrzmacicznego systemu uwalniającego levonorgestrel (LNG-IUS), doustnych

złożonych preparatów antykoncepcyjnych, progestagenów oraz rzadko już stosowanego danazolu i analogów GnRH.

LNG-IUS jest nieinwazyjnym i skutecznym sposobem leczenia AUB o etiologii idiopatycznej. Po 3 miesiącach stosowania zmniejsza utratę krwi o 74%, a po 12 miesiącach stosowania aż o 97%. Efektem takiego działania jest znaczący wzrost stężenia hemoglobiny. Wykazano również dobry efekt terapeutyczny w AUB w przebiegu zaburzeń hemostazy oraz w przebiegu endometriozy i adenomiozy. Działanie LNG-IUS polega na zahamowaniu wzrostu endometrium będące efektem stałego uwalniania do jamy macicy levonorgestrelu. Obserwuje się również zmniejszenie dolegliwości bólowych podczas miesiączek. System cechuje się również wysoką skutecznością antykoncepcyjną. Kilka procent pacjentek mimo stosowania LNG-IUS z powodu AUB wymaga ostatecznie leczenia chirurgicznego.

Progestageny stosowane cyklicznie zmniejszają utratę krwi miesięczkowej u kobiet z AUB w przedziale 50 - 87%. Terapia gestagenami powinna być stosowana od 5 do 26 dnia cyklu. Do efektów ubocznych działania stosowanych gestagenów należą zmęczenie, zmiany nastroju, depresja, wzrost masy ciała, wzdęcia, obrzęki, bóle głowy oraz nieregularne plamienia lub krwawienia i trądzik. Długotrwała terapia ze względu na wymienione działania uboczne jest rzadko akceptowana przez pacjentki.

Preparatem najczęściej stosowanym w leczeniu AUB jest złożona dwuskładnikowa tabletki antykoncepcyjna. Rekomenduje się preparaty zawierające 30 µg etynyloestradiolu. Oprócz skutecznego działania antykoncepcyjnego metoda ta skutecznie ogranicza ostre i obfite krwawienia zmniejszając utratę krwi miesięczkowej o około 40%. Zmniejsza się nie tylko intensywność krwawienia, ale również ból towarzyszący miesiączce i ulega złagodzeniu zespół napięcia przedmiesiączkowego. Zastosowanie tabletek antykoncepcyjnych przynosi pozytywny efekt leczniczy u pacjentek ze zmianami organicznymi macicy – polipami i mięśniakami, jak również z idiopatycznym typem zaburzeń. Efekt działania tabletki antykoncepcyjnej zależy od zastosowanego gestagenu. Dobrą kontrolę cyklu oraz dobry profil tolerancji zapewnia dienogest.

Farmakologiczne metody niehormonalne

Zastosowanie mają dwie grupy leków: antyfibrynolityki oraz niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Badania kliniczne wykazały, że antyfibrynolityki redukują utratę krwi miesięczkowej o 40-50%. Główne zastosowanie w leczeniu obfitych krwawień ma kwas traneksamowy stosowany od 1 do 5 dnia cyklu. Lek jest z reguły dobrze tolerowany, działania uboczne występują rzadko. NLPZ mogą być stosowane jako leki pierwszego rzutu u kobiet z potwierdzoną owulacją i bez zaburzeń anatomicznych. Dodatkową korzyścią z ich stosowania jest efekt przeciwbólowy. Badania kliniczne wykazały zmniejszenie utraty krwi miesięczkowej o 33-55%. Leki te stosuje się od 1 do 5 dnia cyklu miesięczkowego. W leczeniu stosuje się kwas mefenbamowy, ibuprofen, naproksen i diklofenak. Działania uboczne NLPZ to objawy żołądkowo-jelitowe, podwyższone ryzyko powstawania wrzodów trawiennych oraz nasilenie krwawień miesięczkowych u kobiet z zaburzeniami hemostazy np. w chorobie von Willebranda.

Metody chirurgiczne leczenia AUB

Leczenie chirurgiczne może być wskazane u kobiet, u których leczenie zachowawcze nie przyniosło poprawy lub jest źle tolerowane. Decyzję o leczeniu chirurgicznym podejmuje się łącznie w stosunku do kobiet po zakończonej prokreacji. Usunięcie trzonu macicy jest najbardziej radykalną metodą w leczeniu AUB i jest najczęściej wykonywaną operacją ginekologiczną z powodu obfitych i przedłużających się krwawień. Mniej radykalną metodą jest histeroskopowa resekcja i ablacja endometrium. Stosuje się również nienisteroskopowe metody destrukcji endometrium przy użyciu wysokiej lub niskiej temperatury oraz mikrofal.

Fitoterapia

Na rynku jest wiele preparatów roślinnych stosowanych w celu ograniczenia nadmiernie obfitych krwawień miesięczkowych. Jako uzupełnienie terapii można zastosować preparaty zawierające składniki wspomagające prawidłowe funkcjonowanie układu krwionośnego i prawidłowy proces krzepnięcia krwi. Produkty zawierające witaminę K1, wyciąg z ziela tasznika, wzbogacone wyciągami z nasion gryki, ziela krwawnika i ziela przymiotna, a także zawierające witaminę C i żelazo, mogą poprawić komfort miesiączkowania oraz wpłynąć na poprawę morfologii.

PODSUMOWANIE

W okresie reprodukcyjnym u kobiety występuje około 460 cykli miesięczkowych. Te o prawidłowym przebiegu nie zakłócają normalnego funkcjonowania kobiety. Problemy zaczynają się, gdy częstotliwość, czas trwania i intensywność krwawień uniemożliwiają wykonywanie pracy i codziennych czynności, powodują anemię, zmniejszając wydolność fizyczną i odporność. U wielu

kobiet przez kilka dni w cyklu pogarsza się nastrój i pojawia się wiele dolegliwości somatycznych kwalifikowanych jako PMS czy PMDD. Zaburzają one relacje partnerskie, rodzinne czy funkcjonowanie w środowisku zawodowym.

Zadaniem każdego ginekologa, będącego lekarzem pierwszego, a czasem jedyne kontaktem dla wielu kobiet jest prawidłowe zareagowanie na te dolegliwości i nie bagatelizowanie ich. Dysponujemy wieloma lekami łagodzącymi lub eliminującymi większość dolegliwości występujących w trakcie cyklu miesięczkowego. Poczynając od preparatów roślinnych dostępnych dla pacjentki bez recepty, a w wielu przypadkach skutecznie działających, przez leki hormonalne, przeciwdepresyjne, fibrynolityki, NLPZ, leki krwiotwórcze czy wreszcie leczenie operacyjne. Nie należy zapominać o korzystnym wpływie psychoterapii i zmianie stylu życia oraz diety. Pacjentki powinny być wspierane w wyborze skutecznej metody łagodzącej ich comiesięczny dyskomfort. Dotyczy to nie tylko PMS czy PMDD, lecz także następującego po nim często bolesnego i obfitego krwawienia miesięczkowego.

Wszystkie wymienione działania mają działanie prozdrowotne i lecznicze poprawiające jakość życia kobiet.

Pamiętajmy, że według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie to nie tylko brak choroby, ale stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu.

Tomasz Leonowicz

Specjalista ginekolog, położnik, seksuolog

PIŚMIENNICTWO

1. Wytyczne postępowania klinicznego American College of Obstetricians and Gynecologists, nr 128, lipiec 2012.
2. Wolf E., Duleba A. „Poszukiwanie farmakologicznych sposobów postępowania w nieprawidłowych krwawieniach z macicy” Ginekologia po Dyplomie, marzec 2006, 37-44
3. Holland-Hall C. „Obfite krwawienia nastolatek – norma czy zaburzenie” Ginekologia po Dyplomie, marzec 2013, 65-72.
4. Olajossy M., Gerhant A. „Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne – problem z pogranicza psychiatrii i ginekologii” Curr Prob Psychiatri 2011; 12(2):163-170.
5. Krawczyk W., Rudnicka-Drożak E. „Zespół napięcia przedmiesiączkowego” Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, Tom 17. NR 3. 145-147.
6. Shapley M., Jordan K., Croft P.R. „Why women consult with increased vaginal bleeding; a case-control study” British Journal of General Practice, February 2002.

Zeskanuj kod
swoim smartfonem



AKADEMIA
NOWOCZESNEJ
FITOTERAPII



Nowoczesna medycyna zgodna z naturą człowieka