

NOWOŚCI

Ciąża ma związek z ryzykiem i ciężkością zawału serca

Zgodnie z wynikami badania zaprezentowanego na 61. Annual Scientific Session of the American College of Cardiology, który odbył się w Chicago w dniach 24-27 marca, fizjologiczne zmiany związane z ciążą, w tym zwiększenie objętości krwi krążącej i zmiany hormonalne, wydają się zwiększać zarówno ryzyko wystąpienia, jak i ciężkość zawału serca w czasie ciąży i w ciągu 3 miesięcy po porodzie.

Co więcej, chociaż u większości kobiet nie stwierdzono nadciśnienia tętniczego, cukrzycy ani zwiększonego stężenia cholesterolu – czynników ryzyka często związanych z chorobami sercowo-naczyniowymi – występujące w tej grupie zawały serca były cięższe niż u kobiet w tym samym wieku niebędących w ciąży, a wskaźnik śmiertelności był 2-3 razy większy.

W obserwacji, będącej kontynuacją dwu badań przeprowadzonych przez naukowców z University of Southern California z Los Angeles, przebadano 150 nowych przypadków zawałów serca związanych z ciążą, które wystąpiły w ciągu poprzednich 6 lat, poczynając od 2005 roku. Tylko jedna trzecia kobiet miała miażdżycę, częściej w tej grupie występowało rozwarstwienie naczyń wieńcowych (dysekcja, pęknięcie i odwarstwienie błony wewnętrznej – RD), w którym warstwy ściany naczyń wieńcowego hamują przepływ krwi, schorzenie, które rzadko występuje poza ciążą. Postępowanie zgodne z wytycznymi dotyczącymi leczenia zawałów serca w populacji ogólnej może nasilić rozwarstwienie naczyń wieńcowych, a autorzy przekonują: „Bardzo ważne u ciężarnej przed włączeniem leczenia jest rozpoznanie przyczyny zawału serca”.

Autorzy zalecają stosowanie angiografii naczyń wieńcowych u pacjentek z grupy dużego ryzyka, kiedy wymagana jest natychmiastowa interwencja. Leczenie zachowawcze jest jednak uzasadnione w zawałach serca związanych z ciążą u kobiet w stanie stabilnym należących do grupy małego ryzyka, ponieważ wykonanie angiografii i angioplastyki u kobiet z rozwarstwieniem naczyń wieńcowych może prowadzić do ciężkich powikłań i zgonu.

Elkayam U, Jalnapurkar S, Kealey A. Pregnancy associated myocardial infarction: contemporary experience in 150 cases between 2005 and 2011. Paper presented at: 61st Annual Scientific Session of the American College of Cardiology; March 25, 2012; Chicago, Illinois. Abstract 1174.

Choroba serca u kobiet często pozostaje nierozpoznana i nieleczone

Podczas 61. Annual Scientific Session of the American College of Cardiology, który odbył się w Chicago w dniach 24-27 marca, badacze stwierdzili, że choroba serca u kobiet, główna przyczyna zgonów wśród kobiet w Stanach Zjednoczonych, mogłaby być lepiej rozpoznawana i leczona, gdyby ginekolodzy położnicy wprowadzili programy badań przesiewowych, edukacji i dalszego skierowania pacjentek.

Jako część programu pilotażowego w 10 przychodniach ginekologiczno-położniczych od maja 2010 do lipca 2011 roku wykonano u 1453 kobiet badania przesiewowe w kierunku choroby niedokrwiennej serca. Średni wiek wynosił 53 ± 11 lat, a 45% kobiet było po menopauzie. Hormonalna terapia zastępcza była stosowana przez 29%. Prawie 40% kobiet miało chorobę serca w wywiadzie rodzinnym, a u 61% stwierdzono co najmniej jeden czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Kobiety wypełniały krótkie ankiety dotyczące tradycyjnych i związanych z ciążą czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca i występujących objawów. Pomiar wartości ciśnienia tętniczego wykonano u tych, które nie miały wcześniej wykonanych badań przesiewowych.

Spośród kobiet, u których wykonano badanie przesiewowe, 21% stwierdziło, że wcześniej nigdy nie mierzono im ciśnienia tętniczego, 38% – że nigdy nie badano im stężenia cholesterolu, a u 19% nie badano stężenia glukozy we krwi lub nie pamiętały, aby wykonywano u nich badania przesiewowe w kierunku obecności sercowo-naczyniowych czynników ryzyka.

Osiemnaście procent stwierdziło, że ginekolog położnik był ich lekarzem pierwszej opieki. Dwadzieścia pięć procent zostało skierowanych do innych specjalistów w celu dalszej oceny i leczenia po wykonaniu badań przesiewowych.

„Stwierdziłszy brak wiedzy wielu spośród tych kobiet na temat czynników ryzyka, w tym cukrzycy, dużych wartości ciśnienia tętniczego krwi i dużego stężenia cholesterolu” – powiedziała Roxana Mehran, MD, główna autorka. Ginekolodzy położnicy mają niezwykłą możliwość wpływu na występowanie chorób serca wśród kobiet dzięki zleceniu badań przesiewowych, promowaniu edukacji i kierowaniu ich do właściwych specjalistów”. Obecnie szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych śmiertelność

związana z chorobą niedokrwienną serca wśród kobiet w wieku 35-44 lat co roku zwiększa się o 1%.

Yu I, Therodoropoulos K, Mungee S, et al. A novel approach to identify women with cardiovascular risk factors: result from the ob/gyn screening pilot program. Paper presented at: 61st Annual Scientific Session of the American College of Cardiology, March 25, 2012; Chicago, Illinois. Abstract 1183.

Przyrost masy ciała do 24 tygodnia ciąży pozwala przewidzieć ryzyko cukrzycy ciążowej

Zgodnie z wynikami prospektywnego badania kohortowego przyrost masy ciała w czasie ciąży w ciągu pierwszych 24 tygodni jest istotnym czynnikiem prognostycznym cukrzycy ciążowej (gestational diabetes mellitus, GDM), zwłaszcza u kobiet, które już miały nadwagę lub były otyłe przed zajściem w ciążę.

W badaniu sprawdzono karty ciąży 652 kobiet: 163, u których rozwinęła się GDM, i 489 bez cukrzycy z grupy kontrolnej dobranych po 3 do 1 na podstawie wartości BMI przed ciążą, wieku, rasy i rodności. Przyrost masy ciała w 12 tygodniu ciąży u kobiet z grupy GDM był prawie dwa razy większy niż w grupie kontrolnej ($1,8 \pm 3,7$ vs $1,2 \pm 2,9$ kg). Niezależnie od wartości BMI przed ciążą średni przyrost masy ciała w grupie GDM w 24 tygodniu ciąży był większy niż w grupie kontrolnej ($6,7 \pm 5,7$ vs $5,0 \pm 4,9$ kg; $p < 0,001$).

Całkowity przyrost masy ciała w czasie ciąży różnił się istotnie między grupą kontrolną a kobietami z GDM, które miały nadwagę ($p = 0,004$) lub były otyłe ($p = 0,008$) przed ciążą. Nie stwierdzono jednak istotnej różnicy w przyroście masy ciała między ciężarnymi z GDM a grupą kontrolną wśród kobiet z niedowagą lub prawidłową masą ciała przed ciążą.

Wyodrębniając grupy w zależności od przyrostu masy ciała, stwierdzono istotne różnice w zależności od rasy ($p = 0,047$), wieku ($p < 0,001$) oraz wartości BMI przed ciążą ($p < 0,001$). U Afroamerykanek, kobiet starszych oraz z mniejszymi wartościami BMI przed ciążą odnotowano największy przyrost masy ciała do 24 tygodnia ciąży.

Autorzy uważają, że skoro kobiety z nadwagą i otyłością mają przed ciążą zwiększoną insulinooporność, „przyrost masy ciała popycha je w kierunku granicy rozwoju GDM”.

Podobnie jak w przypadku związku między nasileniem GDM a przyrostem masy ciała w 24 tygodniu ciąży, w grupie kobiet, u których cukrzycę leczono dietą i ćwiczeniami fizycznymi oraz w grupie stosującej insulinę nie wykazano żadnej różnicy w godzinowym teście obciążenia glukozą.

Gibson K, Waters TP, Catalano PM. Maternal weight gain in women who develop gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol.* 2012;119(3):560-565.

Obfite miesiączki przed menopauzą mogą nie wymagać żadnej interwencji

Zgodnie z wynikami brytyjskiego badania dotyczącego ponad 2000 kobiet obfite miesiączki w okresie poprzedzającym menopauzę mogą ustąpić samoistnie bez stosowania leczenia operacyjnego lub farmakologicznego.

Do trwającego dwa lata kohortowego badania prospektywnego włączono 2051 kobiet w wieku 40-54 lat leczących się w siedmiu przychodniach, które zgłaszały obfite miesiączki i nie były leczone z tego powodu. Kobiety wypełniły kwestionariusze wyjściowo i po 24 miesiącach obserwacji.

Do samoistnego ustąpienia obfitych krwawień doszło w zakresie od 8,1% (95% PU 5,3-12%) w grupie kobiet w wieku 45-49 lat bez nawrotu krwawienia w ciągu 24 miesięcy, do 35% (95% PU 30-41%) w grupie wiekowej 50-54 lat bez nawrotu krwawienia w ciągu 6 miesięcy. Samoistne ustąpienie było silnie związane z przerwami w miesiączkowaniu u kobiet w wieku powyżej 45 lat. Autorzy zauważyli, że związek między samoistnym ustąpieniem a nieregularnymi cyklami był istotny, ale słabszy.

Sugerują oni, aby kobiety przed menopauzą, które zgłaszają się z powodu obfitych miesiączek, poinformować, że takie krwawienia mogą ustępować naturalnie.

Shapley M, Blagojevic M, Jordan K, Croft P. The spontaneous resolution of heavy menstrual bleeding in the perimenopausal years. *BJOG.* February 8, 2012. Wydanie online przed drukiem.

Laparoskopowa histerektomia może być skuteczniejsza dzięki zastosowaniu robota

Włoska metaanaliza oceniająca różnice między tradycyjną histerektomią laparoskopową i wykonaną z asystą robota wykazała, że metoda z zastosowaniem robota jest lepsza z uwagi na skrócenie czasu pobytu w szpitalu, zmniejszenie liczby powikłań oraz liczby konwersji do laparotomii.

„Te wyniki potwierdzają, że laparoscopia z asystą robota mniej obciąża szpital i społeczeństwo, zmniejsza stres pacjentki i poprawia jakość jej życia” – piszą autorzy.

Badacze z Uniwersytetu w Weronie przeanalizowali 21 opublikowanych badań porównujących 1280 wykonanych z zastosowaniem robota i 1386 laparoskopowych histerektomii przeprowadzonych z powodu łagodnych i złośliwych chorób. Przeanalizowali dane, posługując się pięcioma kluczowymi wskaźnikami odpowiadającymi społecznym i szpitalnym kosztom, bezpieczeństwu pacjentki oraz jakości wykonanego zabiegu. Do tych danych należały: szacunkowa utrata krwi, czas trwania operacji, liczba konwersji do laparotomii, czas hospitalizacji oraz liczba

powikłań pooperacyjnych. Wzięto pod uwagę również wiek pacjentek, BMI, masę macicy oraz liczbę uzyskanych węzłów chłonnych.

Z operacją z asystą robota wiązały się: krótszy pobyt w szpitalu, mniejsza liczba powikłań pooperacyjnych oraz mniejsza liczba konwersji do laparotomii w porównaniu z tradycyjną histerektomią laparoskopową. W przypadku operacji z zastosowaniem robota szacunkowa utrata krwi była mniejsza, a czas trwania operacji krótszy, ta różnica między dwiema metodami operacji nie była jednak istotna. Poza czasem trwania operacji i powikłaniami stwierdzono niewielkie różnice między obiema metodami operacji, w zależności od tego, czy zmiana była złośliwa, czy łagodna.

Scandola M, Grespan L, Vicentini M, Florini P. Robot-assisted laparoscopic hysterectomy vs traditional laparoscopic hysterectomy: five metaanalyses. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18(6):705-715.

Ciąża u nastolatki wiąże się z występowaniem osteoporozy w przyszłości

Zgodnie z wynikami koreańskiego badania kobiety, które pierwszy raz zaszły w ciążę jako nastolatki, są narażone na

zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia osteoporozy po menopauzie oraz złamań związanych z osteoporozą.

Posługując się danymi uzyskanymi z Korean National Health and Nutrition Examination Survey zebranych przez Korean Ministry of Health and Welfare w 2008 roku, badacze wykonali krzyżową analizę grup obejmującą 719 kobiet po menopauzie, z których 93 (12%) miało w wywiadzie ciążę w wieku nastoletnim. Kobiety odpowiedziały na pytania dotyczące demografii, ich statusu społeczno-ekonomicznego i stylu życia, zapytano je o wiek, w którym wystąpiła pierwsza miesiączka i menopauza, liczbę dzieci, wiek, w którym nastąpił pierwszy poród, stosowanie terapii hormonalnej oraz wywiad dotyczący złamań w bliższym odcinku kości udowej, przedramienia i kręgow. Zostały również zbadane, sprawdzano ich stan odżywienia i wykonano badanie przesiewowe gęstości mineralnej kości (bone mineral density, BMD) metodą absorpcjometrii podwójnej energii promieniowania rentgenowskiego.

W porównaniu z kobietami, które nie zaszły w ciążę w wieku nastoletnim, te, które w nią zaszły w tym okresie, były niższe, starsze i miały większą liczbę dzieci, spożywały mniej wapnia i były młodsze w chwili pierwszego porodu i pierwszej miesiączki. Rzadziej stosowały terapię hormonalną. Masa ciała, BMI, palenie tytoniu i spożycie alkoholu, stężenie witaminy D oraz wiek wystąpienia menopauzy nie różniły się istotnie między grupami.

W porównaniu z kobietami, które nie miały w wywiadzie ciąży w wieku nastoletnim, kobiety, które urodziły jako nastolatki, miały istotnie mniejszą BMD w całym bliższym odcinku kości udowej ($0,78 \pm 0,12$ vs $0,70 \pm 0,12$; $p < 0,01$), szyjce kości udowej ($0,62 \pm 0,10$ vs $0,56 \pm 0,10$, $p < 0,01$) oraz kręgosłupie lędźwiowym ($0,80 \pm 0,14$ vs $0,75 \pm 0,13$; $p = 0,01$). Stwierdzono u nich również częstsze występowanie osteoporozy, chociaż odsetki złamań były podobne.

Stosując wieloczynnikowy iloraz szans wystąpienia osteoporozy zależny od ciąży w wieku nastoletnim w wywiadzie, obliczono, że u kobiet, które były w ciąży jako nastolatki, istniało 1,84 razy większe ryzyko rozwoju osteoporozy po menopauzie w porównaniu z tymi, które takiej ciąży nie przeżyły. Ten związek umocnił się po uwzględnieniu wieku pierwszej miesiączki i menopauzy, liczby dzieci, terapii hormonalnej, spożycia wapnia i stężenia witaminy D.

Cho GJ, Shin J, Yi KW, et al. Adolescent pregnancy is associated with osteoporosis in postmenopausal women. *Menopause*. 2012;19(4): DOI:10.1097/gme.0b013e3182337150.

Pierwsze dziecko za małe w stosunku do wieku ciążowego lub wcześniak zwiększają ryzyko wewnątrzmacicznego obumarcia płodu w przyszłości

Urodzenie dziecka za małego w stosunku do wieku ciążowego w pierwszej ciąży prawie dwukrotnie zwiększa ryzyko martwego urodzenia w drugiej ciąży, a jeśli pierwsze dziecko jest wcześniakiem, ryzyko zwiększa się ponad 5 razy.

Posługując się danymi z New South Wales Midwives Data Collection oraz New South Wales Perinatal Death Database badacze obliczyli, że iloraz zagrożeń (hazard ratio, HR) wynosi 1,73 (95% przedział ufności [PU] 1,15-2,60) dla martwego urodzenia po urodzeniu dziecka za małego w stosunku do wieku ciążowego w pierwszej ciąży. Przedwczesny pierwszy poród dalej zwiększał ryzyko martwego urodzenia drugiego dziecka (HR 5,65; 95% PU 1,76-18,12).

Martwe urodzenie pierwszego dziecka nie miało aż takiego wpływu. Dla kobiet w wieku 30-34 lat badacze obliczyli, że całkowite ryzyko martwego porodu w drugiej ciąży do 40 tygodnia ciąży wynosiło 4,84 na 1000 kobiet, których pierwsze dziecko urodziło się martwe i 7,19 na 1000 kobiet, których pierwsze dziecko urodziło się za małe w stosunku do wieku ciążowego lub było wcześniakiem.

Te wyniki potwierdzają opinię, że zaburzenie funkcji łożyska odgrywa rolę w mechanizmie leżącym u podstaw wewnątrzmacicznego obumarcia płodu. Autorzy piszą, że

ryzyko było jeszcze większe dla ciąż poniżej 32 tygodnia ciąży, a uzyskane wyniki pozwalają przypuszczać, że powtórne wewnątrzmaciczne obumarcie płodu występuje w podobnym okresie ciąży. Chociaż całkowite ryzyko jest małe, „obecność wszystkich wymienionych czynników wymaga nadzoru i konsultacji w kolejnej ciąży”.

Gordon A, Raynes-Greenow C, McGeechan K, Morris J, Jeffery H. Stillbirth risk in a second pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2012;119(3):509-517.

Lek na łagodny rozrost gruczołu krokowego wykazuje skuteczność w terapii utraty włosów u kobiet

W jednym z badań przeprowadzonych w Egipcie wykazano, że mezoterapia przy użyciu dutasterydu, inhibitora enzymu 5 α -reduktazy, stosowanego w leczeniu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego (benign prostatic hyperplasia, BPH), prowadzi do poprawy gęstości, grubości, struktury i koloru włosów w przypadkach łysienia typu kobiecego (female pattern hair loss, FPHL).

Do badania wybrano losowo 126 kobiet cierpiących na łysienie typu kobiecego, charakteryzujące się mniejszą gęstością włosów na czubku, w przedniej i ciemieniowej części głowy. Pacjentki randomizowano do 2 grup: 86 z nich otrzymywało mikrowstrzyknięcia z preparatu zawierającego dutasteryd w dawce 0,5 mg, a 40 z grupy kontrolnej wstrzyknięcia z izotonicznego roztworu NaCl. Wstrzyknięcia w dawce 2 ml wykonywano co tydzień przez 8 kolejnych tygodni, następnie dwa razy co 2 tygodnie, a później raz po upływie 4 tygodni. Na każdej z sesji wykonywano cyfrowe zdjęcia skóry głowy przed i po terapii. Dodatkowo uczestniczkom badania pobierano kosmyki włosów w celu ustalenia liczby i oceny ich faktury. Strukturę włosów badano pod mikroskopem elektronowym. Dwa tygodnie po ostatniej sesji terapii pacjentki zostały poproszone o samodzielną ocenę poprawy.

W 18 tygodniu badania poprawę na podstawie fotografii odnotowano w przypadku 63% kobiet z grupy otrzymującej dutasteryd w porównaniu z 18% w grupie kontrolnej. Średnia liczba włosów wyrwanych przez pociągnięcie była znacznie mniejsza w grupie pacjentek przyjmujących dutasteryd ($p < 0,05$), ale nie kontrolnej ($p > 0,05$). Średnica włosa w obu grupach znacząco wzrosła ($p < 0,05$). Samoocena koloru, miękkości (lub słabości), a także zdrowego wyglądu włosów była znacznie lepsza w grupie leczonej niż kontrolnej ($p < 0,05$). Zaobserwowano ujemną korelację między stopniem poprawy i czasem trwania FPHL ($p < 0,05$).

Stwierdzone działania niepożądane obejmowały ból głowy i swędzenie, ale w ocenie 80% uczestniczek w obu grupach były one znośne. Nie odnotowano nieregularnych miesiączek ani nadmiernego owłosienia na ciele.

Moftah N, Moftah N, Abd-Elaziz G, et al. Mesotherapy using dutasteride-containing preparation in treatment of female pattern hair loss: photographic, morphometric and ultrastructural evaluation. J EADV. 2012. Wydanie online przed drukiem.

Ćwiczenia aerobowe mogą zmniejszać nasilenie objawów menopauzalnych

Fińscy naukowcy donoszą, że uczestnictwo w 6-miesięcznym programie regularnych ćwiczeń aerobowych może pomóc kobietom zmniejszyć nasilenie zmienności nastroju, drażliwości oraz objawów naczynioruchowych, które często towarzyszą nadejściu menopauzy.

Łącznie 176 kobiet z objawami klinicznymi prowadzących siedzący tryb życia, u których niedawno wystąpiła menopauza, w wieku 45-63 lat, zostało randomizowanych do grupy poddanej treningowi aerobowemu bez nadzoru (np. spacerowanie, pływanie, jazda na rowerze, jazda na nartach) przez 50 minut 4 razy w tygodniu przez 24 tygodnie lub do grupy, która dwa razy w miesiącu miała wykłady na temat zdrowia (kontrolnej). Dwa razy dziennie przez telefon udzielały informacji na temat nasilenia objawów związanych z menopauzą i zaliczały je do różnych kategorii w zależności od postrzeganego poziomu nasilenia zaburzenia.

Spośród 154 kobiet, które ukończyły 6-miesięczne badanie, grupa wykonująca ćwiczenia, w porównaniu z grupą kontrolną, zgłosiła zmniejszenie występowania nocnych potów, drażliwości i depresji, wahań nastroju, bólów głowy i objawów związanych z układem moczowym. Nie stwierdzono wpływu na suchość pochwy.

Wraz z przebiegiem badania w grupie wykonującej ćwiczenia stwierdzono istotne zmniejszenie nasilenia nocnych potów ($p < 0,001$), wahań nastroju ($p < 0,001$), drażliwości ($p < 0,001$) i suchości pochwy ($p < 0,001$). Dodatkowo ocenione przez pacjentki zaburzenia związane z wahaniami nastroju i drażliwością zmniejszyły się w większym stopniu ($p < 0,001$ dla obu) w grupie wykonującej ćwiczenia niż w grupie kontrolnej.

Moilanen JM, Mikkola JA, et al. Effect of aerobic training on menopausal symptoms – a randomized controlled trial. Menopause. 2012;19(6): DOI:10.1097/gme.0b013e31823cc5t7.

Osoby spożywające alkohol w umiarkowanych ilościach są narażone na mniejsze ryzyko udaru mózgu

Z badania wykonanego w Brigham and Women's Hospital wynika, że w porównaniu z abstygentkami u kobiet spo-

żywających kieliszek wina, szklankę piwa lub innego mieszanego drinka dziennie istnieje umiarkowanie mniejsze ryzyko wystąpienia udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu.

W badaniu dokonano przeglądu danych 83 578 uczestniczek badania Nurses' Health Study, u których wyjściowo nie rozpoznano chorób sercowo-naczyniowych ani nowotworu i które obserwowano w latach 1980-2006. Przeanalizowano dane dotyczące częstości występowania udarów mózgu oraz zgłaszane samodzielnie przez pacjentki dane dotyczące spożycia alkoholu.

Stwierdzono istnienie odwrotnego związku między niewielkim do umiarkowanego spożyciem alkoholu a całkowitym ryzykiem wystąpienia udaru mózgu, przy czym ryzyko było mniejsze w przypadku niewielkiego do umiarkowanego spożycia alkoholu i większe dla udaru niedokrwiennego przy spożyciu 30-40 g/24 h. Dodatkowo nie stwierdzono żadnego związku między udarem krwotocznym a niewielkim spożyciem alkoholu.

Autorzy wysuwają teorię, że niewielkie do umiarkowanego spożycie alkoholu może zmniejszać ryzyko udaru mózgu, zwiększając wytwarzanie cholesterolu HDL, zapobiegając tworzeniu się zakrzepu i obniżając ciśnienie tętnicze krwi. Ostrzegają jednak, że „większe ryzyko udaru zaobserwowano przy spożyciu alkoholu powyżej 36 g/24 h”.

Jimenez M, Chiuve SE, Glynn RJ, et al. Alcohol consumption and risk of stroke in women. Stroke. March 8, 2012. Wydanie online przed drukiem.

Selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny skuteczne w kontroli uderzeń gorąca

Objawy naczynioruchowe w okresie menopauzy silnie wpływają na jakość życia kobiet. Pacjentki, które nie chcą stosować terapii hormonalnej w celu ograniczenia tych objawów, mogą skorzystać z opcji alternatywnej w postaci selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI).

Wyniki randomizowanego wielośrodkowego badania klinicznego kontrolowanego placebo z podwójnie ślełą próbą wykazały, że należący do grupy SSRI escitalopram był znacznie skuteczniejszy niż placebo w redukcji uciążliwości uderzeń gorąca (wpływ na codzienną aktywność i jakość życia).

W badaniu wzięło udział 205 zdrowych kobiet w wieku 40-62 lat. Pacjentki były w okresie menopauzy (tj. nie miały miesiączki przez poprzednie 12 miesięcy) lub w późnym okresie przejścia menopauzalnego. Wszystkie zgłaszały występowanie tygodniowo co najmniej 28 uderzeń gorąca lub nocnych potów w ciągu ostatnich 3 tygodni, uciążliwe lub nasilone uderzenia gorąca przez 4 lub więcej dni w tygodniu lub też obserwowały, że częstość uderzeń gorąca w trzecim tygodniu nie zmniejszała się o co najmniej 50%

w stosunku do średniego poziomu w poprzednich dwóch tygodniach. Pacjentkom podawano losowo 10 mg escytopramu na dobę lub placebo, a następnie obserwowano po 4 i 8 tygodniach. Kobiety, u których częstość uderzeń gorąca nie zmniejszyła się o 50% przed upływem 4 tygodni, otrzymywały podwójną dawkę 10 mg escytopramu na dobę lub placebo.

Przed upływem 4 tygodni średnia uciążliwość uderzeń gorąca zmniejszyła się o 18 punktów w grupie otrzymującej escytopram w porównaniu do 12 punktów w przypadku placebo. Przed 8 tygodniem wyniki wynosiły odpowiednio 18 i 14,5 punktu ($p=0,012$), a redukcja uciążliwości uderzeń gorąca wiązała się ściśle z redukcją częstości występowania uderzeń gorąca w dzień i w nocy, występowaniem dni (ale nie nocy) bez uderzeń gorąca oraz mniejszym natężeniem i uciążliwością objawów. Najsilniejszą korelację zaobserwowano między uciążliwością uderzeń gorąca a ich natężeniem w ciągu dnia i odczuwanym dyskomfortem. Nie odnotowano zależności między cechami uczestniczek badania a oddziaływaniem SSRI na objawy naczynioruchowe.

Według autorów badania „fakt, iż efekty terapii nie różniły się w zależności od zmiennych demograficznych, klinicznych i objawowych, jest istotny klinicznie, ponieważ sugeruje, że działanie escytopramu może być podobne w różnych populacjach pacjentek w okresie menopauzalnym. Lekarze klinicyści mogą wykorzystywać te wnioski, informując pacjentki o przewidywanych korzyściach terapii dla poprawy jakości ich życia”.

Carpenter JS, Guthrie KA, Larson JC, et al. Effect of escitalopram on hot flash interference: a randomized, controlled trial. *Fert Steril.* 2012. Wydanie online przed drukiem.

Poporodowa terapia behawioralna skuteczna u mniejszości etnicznych

Depresja poporodowa dotyka rocznie tysięcy amerykańskich kobiet, w tym szczególnie Afroamerykanek i Latynosek. Randomizowane badanie kontrolowane, przeprowadzone w Nowym Jorku wśród kobiet z mniejszości etnicznych, sugeruje, że dwustopniowa terapia behawioralna może skutecznie pomóc w opanowaniu objawów depresji.

W badaniu przeprowadzonym w dużym szpitalu w East Harlem w okresie od kwietnia 2009 do marca 2010 roku wzięło udział 540 pacjentek będących krótko po porodzie. Uczestniczki badania, które identyfikowały się jako czarnoskóre lub Latynoski, były w wieku 18-46 lat (średnia wieku 28 lat), mówiły po hiszpańsku lub angielsku i posiadały działający telefon. Wszystkie wypełniły na początku badania szpitalną ankietę i zostały randomizowane do grupy, której zapewniano standardową intensywną

opiekę lub dwustopniową terapię behawioralną. Objawy depresji oceniano na podstawie skali depresji poporodowej Edinburg (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS). Średnie wyniki na początku badania wynosiły 4,2 w grupie terapii behawioralnej i 4,5 w grupie kontrolnej. U 45 z 540 pacjentek stwierdzono objawy ciężkiej depresji poporodowej i skierowano je do oceny psychiatrycznej lub leczenia szpitalnego.

Przed opuszczeniem szpitala kobiety z behawioralnego ramienia badania uczestniczyły w 15-minutowym wywiadzie przeprowadzonym przez pracownika socjalnego, który wręczał im broszurę edukacyjną informującą o potencjalnych czynnikach wywołujących depresję uznawaną za normalny aspekt doświadczeń poporodowych oraz dostarczającą konkretnych wskazówek dotyczących postępowania w takich przypadkach. Dodatkowo uczestniczki badania otrzymywały listę dostępnych kontaktów wsparcia społecznego i miały okazję do zadawania pytań. Dwa tygodnie po opuszczeniu szpitala do pacjentek dzwonił pracownik społeczny w celu oceny objawów i umiejętność radzenia sobie z nimi. Przy tej okazji omawiano także kwestie poruszone w broszurze edukacyjnej.

Kobietom w grupie otrzymującej standardową opiekę przekazywano zwyczajowe informacje na temat okresu poporodowego. Następnie, po dwóch tygodniach od opuszczenia szpitala, kontaktowano się z nimi telefonicznie w sprawie kolejnych ankiet oraz wysyłało pismo, w którym były informowane o kwestiach zdrowotnych i kontaktach wsparcia społecznego.

W obu grupach przeprowadzono ponownie ankiety po 3 tygodniach, 3 miesiącach i 6 miesiącach po porodzie. U pacjentek z ramienia badania, w którym podejmowano interwencję, objawy depresji występowały rzadziej niż u kobiet w grupie kontrolnej: 8,8 vs 15,3% po 3 tygodniach ($p=0,3$), 8,4 vs 13,2% ($p=0,9$) po 3 miesiącach i 8,9 vs 13,7% ($p=0,11$) po 6 miesiącach. Wśród 495 kobiet, u których nie stosowano dodatkowej terapii psychiatrycznej, trend się utrzymywał: 7,1 vs 14,4% ($p=0,01$) po 3 tygodniach, 6,3 vs 11,4% ($p=0,058$) po 3 miesiącach i 7,5 vs 13,1% ($p=0,068$) po 6 miesiącach.

Wśród 45 kobiet, którym zapewniono dodatkową opiekę medyczną, nie zaobserwowano istotnych różnic między grupami w zakresie odsetka depresji poporodowej.

„Wyniki sugerują, że istnieje możliwość adresowania i modyfikowania czynników, które uznaje się za skorelowane lub wywołujące depresję poporodową” – napisali autorzy badania. „Nasze wyniki są spójne z dużym przeglądem Cochrane, który wykazał, że interwencje psychospołeczne są skuteczniejsze w zapobieganiu depresji poporodowej, jeśli mają charakter indywidualny oraz prowadzone są przez specjalistę zaraz po porodzie”.

Howell EA, Balbierz A, Wang J, Parides M, Zlotnick C, Leventhal H. Reducing postpartum depressive symptoms among black and latina mothers. *Obstet Gynecol.* 2012;119(5): 942-949.

Rozpoczęto badanie całego genomu pod kątem raka piersi

Mayo Clinic w Rochester w Minnesocie ogłosiła badanie zaprojektowane w celu dostarczenia lekarzom wskazówek w zakresie dopasowania terapii raka piersi do indywidualnych genomów pacjentek i stwierdzonych u nich guzów. W Breast Cancer Genome Guided Therapy Study (projekt BEAUTY) będą stosowane dane z sekwencjonowania całego genomu i przeszczepiane linie komórkowe w celu ustalenia szlaków określających indywidualną odpowiedź organizmu na chemioterapię, co pozwoli na dostosowanie terapii do każdej pacjentki.

W pierwszej fazie badania 200 kobiet, u których zdiagnozowano raka piersi o wysokiej złośliwości, otrzymała przed operacją standardową chemioterapię. Przed leczeniem od każdej pacjentki zostaną uzyskane sekwencje całego genomu zdrowej tkanki i tkanki guza. Po terapii z przetrwałych komórek guza zostanie uzyskana dodatkowa sekwencja genomu, aby ustalić, jak komórki zmutowały i uodporniły się na chemioterapię. Dodatkowo linie komórkowe z guza – sprzed i po terapii – zostaną wszczepione do pozbawionej ochrony immunologicznej myszy – „awatara”, co umożliwi badaczom ocenę wyników terapii na pojedynczych guzach i ustalenie optymalnego leczenia bez zagrożenia dla pacjentki.

W badaniu sponsorowanym przez fundatorów, ośrodki Mayo Clinic Center for Individualized Medicine oraz Mayo Clinic Cancer Center współpracować będą lekarze onkolodzy, chirurdzy, radiolodzy i naukowcy zajmujący się genomiką i rakiem. Więcej informacji na stronie www.MayoClinic.edu/research.

Menopauza i utrata pamięci: udział wielu czynników

Często kobiety w okresie przejścia menopauzalnego skarżą się na ubytek pamięci. Wyniki badania, którym objęto 75 kobiet przed menopauzą sugerują, że choć może się pojawić pewien deficyt pamięci roboczej i złożonej uwagi/czuwania, to pamięć werbalna i zdolność werbalnego uczenia się nie były osłabione. Ponadto zapowiedzią problemów z pamięcią mogą być wcześniejsze ob-

jawy depresji, objawy somatyczne, niepokój i problemy ze snem.

Obecne badanie stanowi rozszerzenie małego badania 24 kobiet, z których 14 zdecydowało się kontynuować udział w drugim badaniu, do którego zakwalifikowano 51 pacjentek w okresie od kwietnia 2007 do grudnia 2009 roku. Uczestniczki badania były w wieku 40-60 lat (średni wiek 49,3 roku), zgłaszały nieregularności cyklu miesięczkowego, miały co najmniej jedną miesiączkę w ciągu ostatnich 12 miesięcy i zachowaną macicę. Wypełniły kwestionariusz dotyczący funkcjonowania pamięci (Memory Functioning Questionnaire) i zestaw testów kognitywnych oceniających: wcześniejsze funkcje intelektualne, uwagę, pamięć roboczą, płynność mowy, umiejętności z zakresu motoryki małej, umiejętności wzrokowo-prze-strzenne i pamięć. Uczestniczki objęto także ankietą na temat niepokoju, depresji i ogólnego stanu zdrowia. Pobrano też od nich próbki krwi, aby oznaczyć w surowicy stężenie estradiolu oraz folikulotropiny (FSH) w dniu badań kognitywnych.

Pewne deficyty pamięci zgłosiło 67% kobiet, a 41% informowało o umiarkowanym roztargnieniu. Obiektywne wyniki testów wykazały jednak, że 13% kobiet mieściło się w zakresie na granicy osłabienia-osłabiona pamięć, biorąc pod uwagę co najmniej jedną miarę pamięci werbalnej. Prawie 23% zgłaszało objawy łagodnej lub umiarkowanej depresji, a jedna badana – ciężką depresję. Dwadzieścia procent kobiet z deficytem pamięci werbalnej także zgłaszało objawy łagodnej lub umiarkowanej depresji. Roztargnienie było skorelowane z depresją, niepokojem, problemami seksualnymi, poczuciem nieatrakcyjności, objawami somatycznymi, zaburzeniami snu i objawami naczynioruchowymi. Nie odnotowano zależności między stężeniami hormonów i subiektywnymi skargami na stan pamięci oraz obiektywnym jej stanem.

Ponieważ autorzy nie byli w stanie porównać obecnego stanu kobiet z ich stanem sprzed menopauzy, zauważają, że „istnieje możliwość, iż subiektywne skargi kobiet odzwierciedlają rzeczywiste, choć subtelne pogorszenie w stosunku do stanu sprzed menopauzy, które pozostaje bez wpływu na wyniki badań kognitywnych”.

Weber MT, Mapstone M, Staskiewicz J, Maki PM. Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition. *Menopause*. 2012;19(7). Wydanie online przed drukiem.