

Ojcowie także cierpią na depresję przed- i poporodową

Z metaanalizy 43 badań, wykonanej na podstawie baz MEDLINE, PsycINFO, Embase, Google Scholar, streszczeń prac oraz materiałów źródłowych na temat depresji ojcowskiej wynika, że około 1 na 10 mężczyzn, którzy stają się ojcami lub spodziewają się dziecka, cierpi na depresję będącą odpowiednikiem tego stanu u matki.

Badaniem objęto 28 004 uczestników. Mimo znacznych różnic w występowaniu depresji u ojców naukowcy ustalili, że całkowity wskaźnik depresji ojcowskiej, która wystąpiła od pierwszego trymestru do końca pierwszego roku po porodzie wynosi 10,4% (przedział ufności [PU] 95% 8,5-12,7%). Ten wskaźnik wzrósł do 25,6% w trakcie 3-6 miesięcy po porodzie (95% PU 17,3-36,1%). Między depresją u ojców i matek zaobserwowano umiarkowaną dodatnią korelację ($r=0,308$, 95% PU 0,228-0,384).

Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. JAMA. 2010;303(19):1961-1969

Stosowanie leków przeciwdepresyjnych zwiększa ryzyko poronienia

Jak wynika z badania kliniczno-kontrolnego, przeprowadzonego w Quebecu wśród ciężarnych, które przyjmują leki przeciwdepresyjne, ryzyko poronienia jest o 68% większe niż u kobiet, które ich nie stosują.

Naukowcy zebrali dane o 5124 kobietach, u których doszło do poronienia przed 20 tygodniem ciąży oraz dane na temat dużej grupy kobiet,

u których nie doszło wcześniej do poronienia. Spośród kobiet, które poroniły, 5,5% przyjmowało w czasie ciąży co najmniej jeden lek przeciwdepresyjny, w grupie kontrolnej stosowało je 2,7% kobiet.

Stosowanie selektywnego inhibitora wychwytu zwrotnego serotoniny prowadzi do zwiększenia ryzyka o około 61% (iloraz szans [OR] 1,61, 95% PU 1,28-2,04). W przypadku inhibitora wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny – ryzyko było ponad dwa razy większe (OR 2,11, 95% PU 1,34-3,30). Ponadto stosowanie więcej niż jednego leku przeciwdepresyjnego i łączenie go z lekami z innej klasy prowadziło do ponad trzykrotnego wzrostu ryzyka (OR 3,51, 95% PU 2,20-5,61). Ryzyko poronienia związane ze stosowaniem tych kategorii leków przeciwdepresyjnych było znacznie większe niż w przypadku pojedynczej terapii przy użyciu trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych lub innych klas tych leków (skorygowany OR 1,27-1,53; $p<0,05$).

Nakhai-Pour HR, Broy P, Bérard A. Use of antidepressants during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. CMAJ. 2010;182(10):1031-1037.

Diagnostyka przewlekłego bólu miednicy

Częstą dolegliwością u kobiet jest przewlekły ból w obrębie miednicy. Według Roberta Moldwina, MD, docenta urologii w Hofstra University School of Medicine i dyrektora Pelvic Pain Treatment Center w Arthur Smith Institute for Urology w North Shore – LIJ Healthcare System, New Hyde Park, w Nowym Jorku, szeroka diagnostyka różnicowa w przypadku przewlekłego bólu miednicy, a także nakładanie się objawów o różnym pochodzeniu utrudniają rozpoznanie, ale podkreślają potrzebę dokładnego

zbadania pacjentki i szczegółowego zapoznania się z jej historią choroby, przy uwzględnieniu pełnego zakresu przyczyn tej dolegliwości.

„Diagnostyka w kierunku przewlekłego bólu miednicy u kobiet obejmuje zaburzenia ginekologiczne, żołądkowo-jelitowe, urologiczne i nerwowo-mięśniowe, dlatego lekarze klinicyści muszą być ostrożni, aby nie sprowadzać oceny tych zaburzeń wyłącznie do granic własnej specjalności i charakterystycznych dla niej jednostek chorobowych. Należy także brać pod uwagę istnienie związku między przewlekłym bólem miednicy a wieloma różnymi schorzeniami współistniejącymi. Zarówno zatem diagnostyka, jak i skuteczne postępowanie w przypadku przewlekłego bólu miednicy mogą wymagać wielodyscyplinarnego podejścia klinicznego” – powiedział Moldwin pismu *Contemporary OB/GYN*.

Relatywnie częste występowanie przewlekłego bólu miednicy podkreśla znaczenie doświadczenia w ocenie tej dolegliwości. Szacunki różnią się, ale dostępne dane epidemiologiczne wskazują na ogół, że wzrasta częstotliwość rozpoznania niektórych powszechniejszych przyczyn.

„Według informacji zebranych w ramach niedawno przeprowadzonego przez RAND Corporation (Santa Monica, Kalifornia) badania, finansowanego przez amerykański Narodowy Instytut Zdrowia, biorąc pod uwagę wyłącznie śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego, problem może dotyczyć ponad 8 milionów kobiet. Podczas gdy dokładne dane na temat częstości występowania mogą być nieznane, wiadomo, że dziesiątki milionów ludzi cierpi na uporczywy ból w obrębie miednicy” – powiedział Moldwin.

Rozpoznanie przyczyny przewlekłego bólu w obrębie miednicy w około 90% ustala się na podstawie wywiadu medycznego. Powinien on uwzględniać specyfikę bólu, łącznie z jego lokalizacją, charakterem i promieniowaniem. Z uwagi na liczne po-

łączenia nerwowe między strukturami urologicznymi, ginekologicznymi, żołądkowo-jelitowymi i mięśniowo-szkieletowymi informacje dotyczące lokalizacji bólu mogą być mylące przy identyfikacji anatomicznego umiejscowienia dolegliwości, zauważył Moldwin. Historia choroby powinna także obejmować konkretne wzorce bólu, czynniki wyzwalające ból i przynoszące pacjentkom ulgę. Powinna także identyfikować występowanie objawów związanych z oddawaniem moczu i stolca.

Moldwin zilustrował rolę przeprowadzenia gruntownego wywiadu w docieraniu do poprawnego rozpoznania następującym przypadkiem: 42-letnia kobieta zgłasza się z powodu bólu w obrębie miednicy. Ból ma charakter cykliczny i nasila się w trakcie stosunków płciowych. Wywiad ujawnia, że u pacjentki występują także objawy związane z pęcherzem moczowym; ból narasta w miarę, jak pęcherz się napełnia, a pacjentka często oddaje mocz w nocy. Wynik badania moczu jest ujemny, a w cystoskopii nie stwierdzono raka pęcherza.

„Dla ginekologa-położnika dyspauzowania i cyklicznie występujący ból w obrębie miednicy mogą natychmiast przywieść na myśl endometriozę. Rozpoznanie problemów dotyczących układu moczowego dodaje jednak nowy wymiar do obrazu klinicznego, a śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego staje się diagnozą wstępną opartą na całości zebranego wywiadu” – twierdzi Moldwin

Dokładne badanie brzucha w celu zidentyfikowania odchyłań od prawidłowej anatomii oraz punktów wyzwalających ból jest także niezbędne w trakcie diagnostyki przewlekłych bólów miednicy mniejszej.

Z kolei wrażliwość i uczucie pełności w badaniu palpacyjnym cewki moczowej sugerują obecność uchyłka cewki moczowej. Ból zlokalizowany bezpośrednio u szczytu pęcherza w czasie badania przedniego sklepienia pochwy sugeruje problem w obrębie pęcherza. Należy też wziąć pod uwagę objawy bólu sromu niezwiązane z zakażeniem, liszajem twardzinowym czy innymi dobrze zbadanymi schorzenia-

mi. U kobiet z zapaleniem przedsionka pochwy silny ból może wywołać uciśnięcie przedsionka pochwy wilgotnym wacikiem zapiętym na narzędziu. Badanie pozwoli też na stwierdzenie napięcia mięśni przepony miedniczej wraz z przyczynami i wskazaniem na dysfunkcję przepony, schorzenia określanego też mianem zespołu dźwigaczy odbytu, zespołu Hinmana czy zapalenia kości ogonowej.

W trakcie badania nie można zbagatelizować dolegliwości ze strony mięśni dna miednicy, których zaburzenie może towarzyszyć wielu patologiom w obrębie miednicy”, wyjaśnił Moldwin. „Przy tym schorzeniu dochodzi do skurczu mięśni, który jest rodzajem obronnej reakcji organizmu na ból umiejscowiony w innym narządzie lub tkance. Jeśli mamy do czynienia z dysfunkcją dna miednicy, należy zająć się tym problemem, aby osiągnąć sukces w postępowaniu z bólem u pacjentki”.

U kobiet, które skarżą się na przewlekły ból w obrębie miednicy, można w ramach rutynowego badania pobrać próbkę moczu do analizy i oceny mikrobiologicznej, ale raczej dopiero podejrzanie patologii powinno skłaniać do wykonania dodatkowych testów laboratoryjnych i diagnostycznych.

Właściwa diagnoza przewlekłego bólu miednicy jest podstawą zastosowania skutecznej terapii. Nie ma tu jednak prostych algorytmów leczenia i często konieczne jest wdrożenie leczenia przy użyciu różnych środków. Przy różnych wariantach rozpoznania może nie udać się określić odpowiedniej terapii, ale niektóre kroki mają na celu opanowanie bólu w sensie ogólnym. W zależności od przyczyny bólu pacjentki mogą korzystać z leków zwiotczających mięśnie, wstrzyknięć toksyny botulinowej, fizykoterapii, terapii behawioralnej, neurostymulacji, techniki biologicznego sprzężenia zwrotnego, kontroli zapań, a także innych środków polegających na zmianie stylu życia i nawyków dietetycznych, mających na celu ograniczenie przyczyn bólu.

„W dalszej przeszłości przewlekły ból miednicy bez jednoznacznego i prawidłowego rozpoznania jego źródła kwalifikował do badania psychia-

trycznego. Obecnie rozumiemy już, że jest to rzeczywisty problem i w większości przypadków jesteśmy w stanie określić jego etiologię. U pacjentek, u których nie wykryto jasnej przyczyny bólu, bierze się pod uwagę, że źródło bólu znajduje się w ośrodkowym układzie nerwowym” – powiedział Moldwin. „Dla większości pacjentek istnieją jednak środki terapeutyczne, które pozwalają na ograniczenie objawów i poprawę jakości życia”.

Mycie zębów dwa razy dziennie redukuje ryzyko choroby serca

Z narodowych badań Scottish Health Survey wynika, że u ludzi, którzy dwa razy w ciągu dnia myją zęby, ryzyko późniejszego wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej może być do 70% mniejsze niż w przypadku osób nie dbających o higienę jamy ustnej.

Badanie to potwierdza istnienie sugerowanej korelacji między chorobą sercowo-naczyniową a chorobą przyzębia. Naukowcy zebrali dane dotyczące blisko 12 000 mężczyzn i kobiet (średnia wieku: 50 lat).

Po skorygowaniu tych danych o takie czynniki, jak wiek, płeć, klasa społeczna, otyłość, palenie tytoniu i choroby serca w wywiadzie rodzinnym, autorzy badania odkryli, że u ludzi, którzy deklaruowali, że myją zęby raz dziennie lub rzadziej prawdopodobieństwo wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej było o 70% większe (iloraz zagrożeń 1,7, 95% przedział ufności [PU] 1,3-2,3, $p < 0,001$) w stosunku do osób, które myją zęby dwa razy dziennie, choć całkowite ryzyko pozostawało na stosunkowo niskim poziomie.

Osoby, które myły zęby tylko raz dziennie lub rzadziej, miały także znacznie zwiększone stężenie markerów stanu zapalnego, białka C-reaktywnego (β 0,04, 0,01-0,08, $p = 0,046$) i fibrynogenenu (β 0,08, -0,01 do 0,18, $p = 0,015$).

de Oliveira C, Watt R, Hamer M. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *BMJ*. 2010;340:c2451.

H1N1 w czasie ciąży stanowi poważne zagrożenie dla płodu

Na podstawie analizy obserwacyjnej 18 kobiet (średnia wieku: 27 lat) przyjmowanych do dwóch miejscowych akademickich ośrodków medycznych w Nowym Jorku wykazano, że ciężarne przyjmowane do szpitala z powodu nowej grypy pandemicznej A (H1N1) narażone są na większe ryzyko stanu zagrożenia płodu, przedwczesnego porodu, porodu przez nieplanowe cięcie cesarskie oraz śmierci płodu. Mediana czasu pobytu pacjentek w szpitalu wynosiła 4 dni. Wszystkie od pierwszego dnia pobytu w szpitalu otrzymywały fosforan oseltamiwiru.

U czternastu pacjentek (78%) uzyskano dodatni wynik badania w kierunku H1N1 w trakcie pierwszego lub kolejnego badania obecności antygeny

na podstawie wymazu z nosogardła, u kolejnych 4 (22%) zdiagnozowano H1N1 metodą wykrywania wirusa opartą na rPT-PCR. Objawy żołądkowo-jelitowe lub brzuszne, łącznie z bólem, nudnościami, wymiotami i biegunką, były pierwszym sygnałem u około połowy kobiet, a prawie u trzech czwartych z nich (72%) stwierdzono posocznicę. Do najczęstszych schorzeń współistniejących należały: astma, niedokrwistość sierpowatokrwinkowa i cukrzyca. Trzy kobiety (17%) wymagały przyjęcia na oddział intensywnej terapii. Siedem kobiet (39%) urodziło podczas pobytu w szpitalu, z czego u wszystkich, poza jedną, poród nastąpił przedwcześnie (<37 tygodnia ciąży), a u czterech przeprowadzono nieplanowy zabieg cięcia cesarskiego. Odnotowano 2 przypadki zgonu płodu (11%).

W przeciwieństwie do trendów obserwowanych w przypadku wcześniejszych epidemii grypy żadna z matek nie umarła, co może być związane z wczesnym podaniem fosforanu osel-

tamiwiru, który kobiety otrzymały już w pierwszym dniu przyjęcia do szpitala. Nie odnotowano przypadków wad wrodzonych.

Miller AC, Safi F, Hussain S, et al. Novel influenza A (H1N1) virus among gravid admissions. Arch Int Med. 2010;170(10):868-873.

Przesiewowe badania mammograficzne u młodych kobiet są niedokładne

Według ostatnich badań u kobiet poniżej 40 roku życia przesiewowe badania mammograficzne są mało dokładne, wykrywa się przy ich użyciu mało nowotworów i często prowadzą do niepotrzebnych, ponownych wezwania pacjentek oraz zbędnego obrazowania.

Naukowcy zebrali dane z 6 rejestrów mammograficznych Breast Can-

cer Surveillance Consortium w Stanach Zjednoczonych. Dane dotyczyły 117 738 kobiet, u których po raz pierwszy wykonano przesiewowe lub diagnostyczne badanie mammograficzne w wieku 18-39 lat i które następnie przez rok były obserwowane.

W 637 przesiewowych badaniach mammograficznych przeprowadzonych u kobiet w wieku 18-24 lat nie wykryto nowotworów. Spośród kobiet między 35 a 39 rokiem życia, u których przeprowadzono największą liczbę badań mammograficznych ($n=73\ 335$), prawie 13% zostało wezwanych ponownie (95% PU 12,4-12,9%), czułość badania wynosiła 76,1% (95% PU 69,2-82,6%), a wskaźnik wykrycia nowotworów 1,6 na 1000 mammogramów (95% PU 1,3-1,9 nowotworu na 1000 mammogramów). W przypadku diagnostycznych badań mammograficznych we wszystkich grupach wiekowych czułość wynosiła 85,7% (95% PU 82,7-88,7%), a wskaźnik wykrycia nowotworów 14,3 na 1000 mammogramów (95% PU, 13,0-15,7 nowotworu na 1000 mammogramów).

Naukowcy obliczyli, że z 10 000 kobiet w wieku 35-39 lat 1266 pacjentek poddanych badaniom przesiewowym zostanie później gruntownie przebadanych przez lekarza. Zostanie u nich wykrytych tylko 16 nowotworów, a 1250 kobiet otrzyma wynik fałszywie dodatni.

Yankaskas BC, Haneuse S, Kapp JM, Kerlikowske K, Geller B, Buist DS; Breast Cancer Surveillance Consortium. Performance of first mammography examination in women younger than 40 years. *J Natl Cancer Inst.* 2010;102(10):692-701.

Kwas acetylosalicylowy może zmniejszyć ryzyko zgonu z powodu raka piersi i nawrotu choroby

Wyniki prospektywnego badania obserwacyjnego wykazały, że stosowanie u kobiet, które żyją co najmniej rok od rozpoznania raka piersi, kwasu acetylosalicylowego (przez 1-7 dni w tygo-

dniu) zmniejsza prawdopodobieństwo zgonu z powodu raka piersi oraz nawrotu choroby.

Badanie oparto na odpowiedziach 4164 dyplomowanych pielęgniarek uczestniczących w badaniu Nurses' Health Study, u których w latach 1976-2002 zdiagnozowano raka piersi w I, II lub III stadium. Pielęgniarki były obserwowane do chwili zgonu lub do czerwca 2006 roku. Uczestniczki badania pytano między innymi, czy przyjmowały kwas acetylosalicylowy przez 0, 1, 2-5 lub 6-7 dni w tygodniu.

W przypadku zgonu z powodu raka piersi skorygowane ryzyko względne (RR) w przypadku stosowania leku przez 1, 2-5 i 6-7 dni w tygodniu w porównaniu do jego nieprzyjmowania wynosiło odpowiednio 1,07 (95% PU 0,70-1,63), 0,29 (95% PU 0,16-0,52) i 0,36 (95% PU 0,24-0,54) (test na trend liniowy, $p<0,001$).

Analogicznie skorygowane RR w przypadku późniejszego nawrotu choroby wynosiło odpowiednio 0,91 (95% PU 0,62-1,33), 0,40 (95% PU 0,24-0,65) i 0,57 (95% PU 0,39-0,82, test na trend, $p=0,03$) w przypadku stosowania kwasu acetylosalicylowego przez 1, 2-5 i 6-7 dni w tygodniu. Korelacja nie różniła się znacząco w zależności od stadium zaawansowania choroby, statusu menopauzalnego, wartości BMI czy statusu receptora estrogenowego.

Holmes MD, Chen WY, Li L, Hertzmark E, Spiegelman D, Hankinson SE. Aspirin intake and survival after breast cancer. *J Clin Oncol.* 2010;28(9):1467-1472.

Krwawienie w czasie ciąży zwiększa ryzyko dla obecnej, ale i dla przyszłych ciąż

Jak wynika z retrospektywnego badania kohortowego przeprowadzonego w Danii, krwawienie w trakcie pierwszego trymestru pierwszej ciąży bez poronienia nie tylko zwiększa ryzyko późniejszych powikłań w czasie ciąży, ale także w czasie przyszłych ciąż.

Badaniem objęto 782 287 kobiet w pierwszej pojedynczej ciąży oraz 536 419 kobiet w pierwszej i drugiej pojedynczej ciąży, które rodziły w Danii w latach 1978-2007.

Autorzy badania wykazali, że krwawienie w pierwszym trymestrze prowadziło do wzrostu ryzyka porodu między 32 a 36 tygodniem ciąży z 3,6 do 6,1% (iloraz szans [OR] 1,65, przedział ufności [PU] 95% 1,57-1,77) i prawie trzykrotnego wzrostu ryzyka porodu między 28 a 31 tygodniem ciąży z 0,3 do 0,9% (OR 2,98, 95% PU 2,50-3,54). Zwiększało też ryzyko odklejenia łożyska o ponad 40% z 1,0 do 1,4% (OR 1,48, 95% PU 1,30-1,68).

Ponadto krwawienie w pierwszym trymestrze pierwszej ciąży prowadziło do: czterokrotnego wzrostu ryzyka krwawienia w drugiej ciąży z 2,2 do 8,2% (OR 4,05, 95% PU 3,78-4,34), prawie dwukrotnego wzrostu ryzyka przedwczesnego porodu z 2,7 do 4,8% (OR 1,83, 95% PU 1,67-2,00) i wzrostu ryzyka odklejenia się łożyska z 0,9 do 1,0% (OR 1,29, 95% PU 1,07-1,56) w drugiej ciąży.

Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard O, Langhoff-Roos J. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2010;115(5):935-944.

Ryzyko złamania może wzrastać w wyniku długotrwałego stosowania wysokich dawek IPP

Food and Drug Administration (FDA) wydała ostrzeżenie, że duże dawki lub długotrwałe stosowanie (rok lub dłużej) wydawanych na receptę lub kupowanych bez recepty inhibitorów pompy protonowej (IPP) mogą powodować wzrost ryzyka złamań odcinka bliższego kości udowej, nadgarstka czy kręgow.

Ostrzeżenie FDA zostało wydane po analizie 7 opublikowanych wcześniej badań epidemiologicznych zawierających dane z administracyjnych komputerowych baz danych. Analiza miała na celu porównanie ryzyka zła-

mań odcinka bliższego kości udowej, nadgarstka i kręgow u osób stosujących IPP w porównaniu do ich nieprzyjmujących.

W rezultacie FDA nakazała, aby producenci tych leków, stosowanych w terapii choroby refluksowej przełyku, wrzodów żołądka oraz przy zapaleniach jelita cienkiego i przetyku, zweryfikowali informacje o ostrzeżeniach oraz środkach ostrożności zawarte w ulotkach leków na receptę oraz informacje o lekach dołączane do leków dostępnych bez recepty i uzupełnili je o wyjaśnienie dotyczące zwiększonego ryzyka złamania.

Zarządzenie FDA dotyczyło leków wydawanych na receptę, takich jak: esomeprazol, dekslansoprazol, omeprazol, lansoprazol, pantoprazol i rabeprazol, a także preparatów dostępnych bez recepty, takich jak omeprazol czy lansoprazol.

Lekarzy uprzedza się, aby mieli świadomość zwiększonego ryzyka zła-

mań w związku z długotrwałym stosowaniem i dużymi dawkami IPP i aby przed przepisywaniem ich brali pod uwagę bilans korzyści oraz potencjalnego ryzyka wynikającego ze stosowania tych leków.

US Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: possible increased risk of fractures of the hip, wrist, and spine with the use of proton pump inhibitors [safety announcement]. www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugssafetyinformationforpatientsandproviders/ucm213206.htm. Accessed July 16, 2010.

Suplementy witaminy D mogą zmniejszać ryzyko raka piersi

Z przeprowadzonego ostatnio w Kanadzie populacyjnego badania kliniczno-kontrolnego wynika, że choć witamina D i wapń przyswajane z pożywie-

nia, a także ich całkowite łączne spożycie w pożywieniu i suplementach diety nie wydają się wpływać na ryzyko raka piersi, przyjmowanie suplementów witaminy D w dawce dobowej powyżej 10 µg na dobę (400 IU/24 h) w porównaniu z ich nieprzyjmowaniem zmniejsza ryzyko raka piersi o około 25% (skorygowany iloraz szans [OR] 0,76, przedział ufności [PU] 95% 0,59–0,98).

Badaniem objęto około 6500 kobiet w wieku 25–74 lat, spośród których u około połowy zdiagnozowano raka piersi, natomiast pozostałe pacjentki stanowiły grupę kontrolną.

Żadna z kategorii spożycia suplementów wapnia nie wpłynęła znacząco na ryzyko raka piersi, ale autorzy badania zaobserwowali trend odwrotny ($p=0,04$). Nie odnotowano istotnych interakcji związanych z suplementacją witaminy D, wapnia czy statusem menopauzalnym. Autorzy badania stwierdzili przede wszystkim, że śred-

nie spożycie witaminy D przez uczestniczki badania było niewielkie.

Anderson LN, Cotterchio M, Vieth R, Knight JA. Vitamin D and calcium intakes and breast cancer risk in pre- and postmenopausal women. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91(6):1699-1707.

Operacje z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu nie są pod każdym względem równoważne

Z wieloośrodkowego badania randomizowanego wynika, że choć podwieszenia załonowe i przezzastłonowe zakładane pod środkowy odcinek cewki moczowej mogą być traktowane jako równorzędne metody leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, nie odpowiada to jednak subiektywnym odczuciom kobiet, a wskaźnik powikłań w obu przypadkach jest różny.

Naukowcy oceniali przez 12 miesięcy blisko 600 kobiet. Obiektywnie (tj. na podstawie ujemnej próby wysiłkowej, ujemnego testu wkładkowego i braku ponownego leczenia w trakcie rocznej obserwacji) 80,8% zabiegów z zastosowaniem podwieszenia załonowego i 77,7% z użyciem podwieszenia przezzastłonowego wykonano z powodzeniem (3,0 punktu procentowego różnicy, 95% PU -3,6-9,6). Według subiektywnej oceny uczestniczek badania (tj. zgłaszanego przez nie ustąpienia objawów wysiłkowego nietrzymania moczu, gubienia moczu

i braku potrzeby dodatkowego leczenia) odpowiednio 62,2 i 55,8% uznało zabiegi za udane (6,4 punktu procentowego różnicy, 95% PU -1,6-14,3), co daje wynik bliski, ale nie równoważny statystycznie.

Z powodu powikłań i zaburzeń mikcji operacji wymagało 2,7% kobiet po zabiegu podwieszenia załonowego, natomiast kobiety, którym założono podwieszenie przezzastłonowe, nie odnotowano takiego przypadku. Ponad dwukrotnie więcej pacjentek, którym założono podwieszenie przezzastłonowe (w porównaniu do grupy z podwieszeniem załonowym) zgłaszało objawy neurologiczne (odpowiednio 9,4 vs 4,0%, $p=0,01$).

Między obiema grupami nie odnotowano istotnych różnic pod względem nietrzymania moczu, zadowolenia z wyniku zabiegu czy jakości życia.

Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM, et al. Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med.* 2010;362(22):2066-2076.

FDA zatwierdza złożony doustny preparat antykoncepcyjny

Food and Drug Administration (FDA) dopuściła ostatnio do użytku preparat Natazia (produkowany przez Bayer HealthCare Pharmaceuticals), 4-fazową złożoną tabletkę antykoncepcyjną zawierającą progestagen (dienogest) i syntetyczny estrogen, walerianian estradiolu, który w organizmie kobiety przekształca się w estradiol. Zgodnie ze sposobem dawkowania

tabletkę należy przyjmować raz na dobę. Tabletki różnią się pod względem zawartości walerianianu estradiolu i walerianianu estradiolu/dienogestu w kolejnych dniach 28-dniowego cyklu.

W Europie preparat ten dopuszczono do obrotu pod nazwą Qlaira.

Dwie wieloośrodkowe próby kliniczne III fazy, przeprowadzone w Ameryce Północnej i Europie, wykazały bezpieczeństwo i skuteczność leku jako złożonego doustnego środka antykoncepcyjnego. Badaniami objęto 1867 kobiet i blisko 30 000 28-dniowych cykli miesięczkowych. Najczęstszym działaniem niepożądanym związanym z tym lekiem były nieregularne miesiączki, nasiloną tkliwość piersi, bóle głowy, nudności i wymioty, wzrost masy ciała i trądzik.

Podobnie jak w przypadku innych złożonych doustnych preparatów antykoncepcyjnych, konieczne jest uprzedzenie pacjentek, że nie powinny palić tytoniu. Palenie zwiększa ryzyko poważnych działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego, wynikających z przyjmowania złożonych tabletek antykoncepcyjnych. Ryzyko to wzrasta z wiekiem, szczególnie w przypadku kobiet w wieku powyżej 35 lat, jak też ze wzrostem liczby palonych papierosów. Badań nad preparatem nie prowadzono wśród kobiet z BMI powyżej 30 kg/m².

US Food and Drug Administration. FDA approves new combination product oral contraceptive [press release]. May 6, 2010. www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm211176.htm. Accessed June 22, 2010.

Bayer HealthCare Pharmaceuticals. Natazia receives FDA approval—May 6, 2010 [press release]. www.natazia.com/scripts/pages/pressrelease.php. Accessed June 22, 2010.