Hillary Wright

Zespół policystycznych jajników PCOS

Żywność eliminująca przyczynę bezpłodności, cukrzycy, chorób serca i wielu innych dolegliwości

Hillary Wright

Przedmowa autorstwa dr Alice Domar
kierowniczki Działu Opieki nad Umysłem/Ciałem w Boston IVF

Zespół policystycznych jajników PCOS

Żywność eliminująca przyczynę
bezpłodności, cukrzycy, chorób serca
i wielu innych dolegliwości

Vital
GWARANCJA ZDROWIA

Redakcja: Patrycja Buraczewska
Skład: Tomasz Piłasiewicz
Projekt okładki: Aleksandra Lipińska
Tłumaczenie: Piotr Kucharski

Wydanie I
BIAŁYSTOK 2019
ISBN 978-83-8168-117-9

Tytuł oryginału: *The PCOS Diet Plan, Second Edition: A Natural Approach to Health for Women with Polycystic Ovary Syndrome*

Copyright © 2010, 2017 by Hillary Wright
This translation published by arrangement with Ten Speed Press, an imprint of the Crown Publishing Group, a division of Penguin Random House LLC

© Copyright for the Polish edition by Wydawnictwo Vital, Białystok 2017
All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani rozpowszechniana za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych bez pisemnej zgody posiadaczy praw autorskich.

Książka ta zawiera porady i informacje odnoszące się do opieki zdrowotnej. Nie powinny one jednak zastępować porady lekarza ani dietetyka. Jeśli podejrzewasz u siebie problemy zdrowotne lub wiesz o nich, powinieneś skonsultować się z lekarzem zanim rozpoczniesz jakikolwiek program poprawy zdrowia czy leczenia. Dołożono wszelkich starań, aby informacje zaprezentowane w tej książce były rzetelne i aktualne podczas daty jej publikacji. Wydawca i autor nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jakiekolwiek skutki dla zdrowia mogące wystąpić w wyniku stosowania zaprezentowanych w książce metod.

Vital
GWARANCJA ZDROWIA

15-762 Białystok
ul. Antoniuk Fabr. 55/24
85 662 92 67 – redakcja
85 654 78 06 – sekretariat
85 653 13 03 – dział handlowy – hurt
85 654 78 35 – www.vitalni24.pl – detal
strona wydawnictwa: www.wydawnictwovital.pl

Więcej informacji znajdziesz na portalu www.odzywianie24.pl

PRINTED IN POLAND

SPIS TREŚCI

Przedmowa 7
Wprowadzenie 11

Część 1 Czym jest zespół policystycznych jajników (PCOS)

Rozdział 1 Tajemnica PCOS 21
Rozdział 2 Wewnętrzne spojrzenie na PCOS 61
Rozdział 3 Leczenie PCOS: dieta, odżywianie i lekarstwa 79

Część 2 Zarządzanie zdrowiem i hormonami poprzez dietę i tryb życia

Rozdział 4 Dieta oparta na rozbiciu węglowodanów 117
Rozdział 5 Tajniki liczenia węglowodanów 159
Rozdział 6 Toczenie wojny wagowej 207
Rozdział 7 Poważne traktowanie ćwiczeń 251
Rozdział 8 Rozważna suplementacja dla kobiet z PCOS 263
Rozdział 9 Zmniejszenie ryzyka chorób serca i cukrzycy 277

Część 3 Dieta PCOS: wprowadzenie w życie

Rozdział 10 Jedzenie zgodnie z dietą PCOS: posiłki i przekąski 289

Rozdział 11 Panowanie nad rynkiem: przewodnik po działach w sklepie 331

Rozdział 12 Negocjowanie menu: jedzenie na mieście 355

Część 4 PCOS i inne rozważania

Rozdział 13 Odnajdywanie wsparcia i łagodzenie stresu 367

Rozdział 14 PCOS i planowanie ciąży 377

Rozdział 15 Wprowadzenie planu diety do twojego życia przy PCOS 387

Dodatek przykładowe plany posiłków 390

Źródła 402

Przypisy 409

Podziękowania 425

Przedmowa

Dokładnie pamiętam dzień, w którym Hillary Wright rozpoczęła pracę jako kierowniczka działu dietetyki w Centrum Zdrowia Umysłu/Ciała „Domar" – był to 1 maja 2006 roku. Ten dzień zapadł mi w pamięć tylko dlatego, że 1 maja to moje urodziny, i stało wtedy coś ważnego. Mieliśmy spotkanie kadry, częściowo zwołane po to, by przywitać Hillary, kiedy ktoś wniósł cudowny czekoladowy tort niespodziankę. Ukroiłam po kawałku dla każdego, rozdano je, a w pokoju zapanował bezruch. Nikt nawet nie podniósł widelca, a wszystkie spojrzenia utkwione były w Hillary. Nie było mowy o tym, żeby którekolwiek z nas zjadło choćby okruszek tortu, zanim zobaczymy, co zrobi nasza nowa dietetyczka. I co zrobiła? Podniosła widelec i wsunęła do ust spory kawałek tortu. Z westchnieniem ulgi uczyniliśmy to samo. Jestem pewna, że każde z nas miało tę samą myśl: „Dzięki Bogu, że to nie jakaś fanatyczka zwracająca uwagę na każdą kalorię. Zdaje się mieć wspaniałe podejście do jedzenia!".

Podejście, które Hillary zaprezentowała tamtego dnia, jest również widoczne na każdej stronie jej doskonałej nowej książ-

ki. Z każdej kartki przebija zdrowy rozsądek podparty naukowym podejściem i chęć pomocy czytelniczkom, by mogły stać się zdrowszymi kobietami, którym przytrafił się zespół policystycznych jajników (ang. *Polycystic Ovary Syndrome,* PCOS), zamiast zagrożonymi i przerażonymi pacjentkami. W tym kraju żyją dosłownie miliony kobiet, które nie mają pojęcia, jak jeść i funkcjonować – a nawet *prosperować* – przy PCOS, a ta książka w sposób staranny, precyzyjny i współczujący pokaże im, jak krok po kroku uzyskać tę wiedzę.

Wielu z nas łudzi się, że istnieje pigułka na każdą chorobę, a jej zażycie złagodzi – albo nawet całkowicie uleczy – objawy danej dolegliwości. Niestety, nie jest to możliwe w przypadku wielu chorób przewlekłych, w tym również PCOS. Współczesna medycyna jeszcze nie odnalazła magicznego remedium. Jednakże badania wykazują, iż kobiety, które nauczyły się innego odżywiania, które ćwiczą z rozsądkiem i radzą sobie ze stresem, są w stanie kontrolować, a w niektórych przypadkach nawet eliminować symptomy choroby. To przynoszące sukcesy holistyczne podejście ma sens z wielu powodów – nie ma żadnego ryzyka czy skutków ubocznych, a oprócz tego nie tylko pomoże ci stać się zdrowszą kobietą, ale także da szansę poczuć, że masz kontrolę nad stanem, który przecież może być oszałamiający i dezorientujący.

Pamiętam moją pierwszą pacjentkę, u której zdiagnozowano PCOS. Było to wiele lat temu. Gdy mi o tym powiedziała, poczułam się zakłopotana, gdyż niewiele wiedziałam na temat tego zespołu. Słyszałam o nim na studiach doktoranckich i mniej więcej znałam jego symptomy. Ale, szczerze mówiąc, nie miałam pojęcia, jak jej pomóc. I tak siedziała w moim biurze, patrząc na mnie, oczekiwała informacji. Czułam się, jakbym

ją zawiodła – w końcu moją rolą w tej relacji było pomaganie jej w walce ze stresem i z problemami, a ja nie miałam pojęcia, ani przez co przechodzi, ani tym bardziej – jak nauczyć ją prowadzić zdrowsze życie. Aż do teraz żadne źródło nie zebrało wszystkiego – informacji o fizjologii PCOS, o czynnikach ryzyka, wskazówek żywieniowych oraz niezwykle prostych i łatwych w stosowaniu planów dotyczących żywienia i trybu życia.

Przenieśmy się o dwadzieścia lat do przodu: mam teraz narzędzia, dzięki którym mogę uświadamiać pacjentki z PCOS, a zyskałam je, czytając tę książkę od deski do deski. Za późno, by pomóc mojej pacjentce sprzed lat, ale na pewno nie za późno dla ciebie.

– dr Alice Domar, dyrektor wykonawczy Domar Centrum Zdrowia Umysłu/Ciała oraz kierowniczka Działu Opieki nad Umysłem/Ciałem w Boston IVF

Wprowadzenie

Za pierwszym razem, gdy w moim biurze pojawiła się kobieta z zespołem policystycznych jajników (PCOS), nie miałam pojęcia, jak jej pomóc. Oprócz walki z wieloma niepokojącymi symptomami tego zaburzenia, zmagała się również z bezpłodnością. To był początek roku 2000, dopiero wróciłam do pracy z urlopu macierzyńskiego po urodzeniu trzeciego syna. Nie miałam żadnych problemów z poczęciem pierwszego dziecka, ale zajście w ciążę z moim drugim synem zajęło prawie półtora roku od zabiegu na niepłodność wtórną, który przeszłam trzy lata wcześniej. Rozumiałam więc, z czym zmagała się ta kobieta. Sama poddałam się wszelkim testom – testom hormonalnym, biopsji endometrium, histerosalpingografii (procedurze, która polega na wprowadzeniu kontrastu do jajowodów, by upewnić się, że są otwarte, co w niektórych przypadkach pozwala na zapłodnienie, nawet jeśli nie znaleziono żadnych blokad), oraz seryjnym testom hCG (hormon ciążowy), zanim uzyskałam pozytywny wynik testu ciążowego. Olbrzymia liczba nakłuć sprawiła, że moje ręce wyglądały jak u narkomana iniekcyjnego. Na szczęście rozwiązaniem problemu mojej niepłodności wtór-

nej okazała się w miarę prosta regulacja hormonalna a co interesujące, przy trzecim dziecku żadna interwencja nie była już u mnie potrzebna. Jednakże zdawałam sobie sprawę, jak problematyczna może być próba zajścia w ciążę. Ścieżka tej kobiety zapowiadała się na dużo bardziej skomplikowaną niż moja: miała nadwagę, jej hormony szalały, a poziom stresu wykraczał poza skalę. Jej leczenie wymagałoby więcej niż kilku zastrzyków hormonalnych podanych w odpowiednim czasie.

Ze względu na moje osobiste doświadczenia z wyzwaniami dotyczącymi płodności byłam podekscytowana, gdy dr Natalie Schultz zaproponowała współpracę między oddziałami płodności i dietetyki w dużym ośrodku medycznym w Bostonie, w którym obie pracowałyśmy – ja jako dietetyczka, ona jako specjalistka do spraw płodności. To właśnie Natalie pomogła mi podczas moich zabiegów, co nas do siebie bardzo zbliżyło. Była wspaniałą internistką, ale też wielką zwolenniczką praktykujących dietetyków, więc gdy zaczęła mieć do czynienia z kobietami z PCOS, poprosiła nas o pomoc.

Wtedy jeszcze nie wiedziałam, czym jest ta dziwnie brzmiąca przypadłość, już nie wspominając o dobroczynnym działaniu jakie potencjalnie mogą mieć na nią dieta i tryb życia. Ale Natalie była pewna, że stworzymy świetny zespół i ostatecznie będziemy mogły pozytywnie wpłynąć na życie tych kobiet. Cierpliwie wytłumaczyła mi, czym jest PCOS, i odpowiedziała na moje pytania, podczas gdy ja próbowałam ułożyć pewien rodzaj terapii w oparciu o dietę. Miałam swój własny zespół dietetyków do pomocy. Pierwszą osobą, która do niego dołączyła, była moja koleżanka dietetyczka Ann Stawaris, biochemiczna geniuszka, która najbardziej kocha debatowanie nad zaletami szlaków enzymowych i chemicznych. Następnie w Nowym Jor-

ku odnalazłam dietetyczkę Marthę McKittrick, która chętnie podzieliła się ze mną swoją wiedzą na temat PCOS. Posiłkowałam się również książką *PCOS: The Hidden Epidemic* Samuela Thatchera, którą uważam za skarbnicę wiedzy o tej dolegliwości.

Kluczem do radzenia sobie z PCOS za pomocą diety okazało się odkrycie, że w większości przypadków głównym czynnikiem stojącym za tą chorobą jest insulinooporność, czyli coś o czym sporo wiedziałam. Gdy byłam dzieckiem, dwoje z pięciorga mojego rodzeństwa miało cukrzycę typu 1, która spowodowana jest brakiem trzustkowego hormonu insuliny. Insulinooporność, dolegliwość charakteryzująca się nieskutecznym użyciem tego hormonu, powoduje natomiast cukrzycę typu 2, która jest bardziej rozpowszechniona w Stanach Zjednoczonych. Ten wczesny kontakt ze światem cukrzycy był główną przyczyną mojego zainteresowania się dietetyką.

Wykorzystując wiedzę dotyczącą insulinooporności, zaczęłam leczyć kobiety z PCOS. Początkowo miałam jedynie kilka pacjentek, ale po jakimś czasie ta liczba wzrosła do kilkuset. Jedno stało się jasne: kobiety z PCOS cierpią na podobne symptomy, wiele z nich czuje, że służba zdrowia je zaniedbuje. Uświadomiłam też sobie, że większość dietetyków prawie nic nie wie o tej dolegliwości. Wielu z nich prosiło mnie o poradę. Stworzyłam więc prezentację na temat radzenia sobie z PCOS skierowaną do dietetyków w mojej okolicy; raz za razem informacja zwrotna brzmiała: „Naprawdę nie mam o tym pojęcia" lub „O mój Boże, chyba sama na to cierpię!", co było zaskakujące, biorąc pod uwagę, że 97% zarejestrowanych dietetyków to kobiety!

Gdy do naszej poradni zaczęło się zgłaszać coraz więcej kobiet z PCOS, nasi dietetycy we współpracy z oddziałami płod-

ności i endokrynologii zaczęli zakładać grupy wsparcia i prowadzić warsztaty dla kobiet z PCOS, te z kolei ucieszyły się, że dano im miejsce, gdzie w końcu mogą porozmawiać o swoim zdrowiu. Łączył je fakt, że od *lat* wiedziały, że coś jest nie tak, ale nie były w stanie uzyskać od swoich lekarzy pomocy. PCOS jest problemem hormonalnym, więc kobiety opisywały szeroki zakres fizycznych i emocjonalnych symptomów, a wiele z nich intuicyjnie wyczuwało, że ich objawy mają ze sobą coś wspólnego. Niestety, często przyznawały, że były zbywane przez lekarzy.

Na obronę placówek medycznych trzeba powiedzieć, że w tamtych czasach po prostu nie zdawano sobie sprawy z rozpowszechnienia zespołu policystycznych jajników. Znalezienie się w rękach zespołu medycznego świadomego istnienia problemu potwierdzało to, co te kobiety wcześniej podejrzewały. Jednakże, jakkolwiek pozytywne to doświadczenie by było, zdiagnozowanie PCOS i idąca za tym świadomość, jaki wpływ może to mieć na ogólne zdrowie i płodność, może załamać. Spora grupa kobiet poczuła się przytłoczona zmianami, które koniecznie musiały wprowadzić w swojej diecie i trybie życia, by zredukować ryzyko wystąpienia kilku przerażających problemów zdrowotnych, takich jak cukrzyca czy choroby serca. Z mojego doświadczenia wynika, że u wielu kobiet zdiagnozowano PCOS, gdy szukały porady medycznej, ponieważ miały problemy z zajściem w ciążę. Łatwo więc zrozumieć, czemu czuły się przytłoczone i zestresowane.

Założona przez nas grupa wsparcia dla pacjentek z PCOS była niezwykle zróżnicowana: zajmowaliśmy się młodymi kobietami; starszymi kobietami (które dopiero odkrywały problem, pomimo lat leczenia bezpłodności); kobietami heteroseksualnymio i homoseksualnymi; nastoletnimi dziewczynami

i ich matkami; kobietami, które próbowały zajść w ciążę, ale też takimi, które dziećmi w ogóle się nie interesowały, a chciały po prostu uniknąć zachorowania na cukrzycę.

Obserwowałam stały napływ pacjentek z PCOS aż do momentu, gdy zaprzestałam praktyki, by zacząć pracę na pół etatu w Instytucie Onkologicznym Dana-Farber w Bostonie. Wtedy też założyłam prywatną poradnię dietetyczną, która ostatecznie stała się częścią Domar Centrum Zdrowia Umysłu/Ciała w Boston IVF, jednej z najstarszych w kraju i odnoszących największe sukcesy praktyk zajmujących się płodnością. Zostałam zatrudniona przez dr Alice Domar, międzynarodową ekspertkę w stosowaniu medycyny umysłowo-cielesnej w przypadku kobiecych dolegliwości zdrowotnych. Głównym powodem tego zatrudnienia była moja wiedza z zakresu zarządzania żywieniowego przy PCOS. Spotkało mnie wyjątkowe szczęście, ponieważ mogłam pracować obok wspaniałych terapeutów, specjalistów od akupunktury, klinicystów oraz personelu pomocniczego – wszyscy oni kierują się filozofią Domar Centrum, mówiącą o zapewnieniu pacjentom kompleksowej opieki, która jest „ugruntowana w nauce i inspirowana współczuciem".

To motto zgrabnie ujmuje moje intencje dotyczące tej książki: dostarczyć popartych nauką informacji o diecie i trybie życia, aby dać siłę kobietom, u których zdiagnozowano PCOS. Gruntowne przełożenie tych informacji na własne życie może dać początek daleko idącym zmianom polepszającym zdrowie. Strategie opisane w tej książce nie są ani ograniczające ani odrealnione. Każda kobieta, którą interesuje zdrowy tryb życia, może z powodzeniem się do nich stosować. Potrzebna jest tylko odrobina wiedzy o tym, jak działa kobiece ciało – czy też, dokładniej mówiąc, do jakich działań kobiece ciało zostało *zaprojektowane* – oraz jak

możemy zmienić dietę i tryb życia, by współpracowały z naszym uwarunkowaniem genetycznym w środowisku, które często zdaje się zmawiać przeciwko temu uwarunkowaniu.

Pierwsze wydanie *Zespołu policystycznych jajników PCOS* ukazało się w roku 2010. Od tamtej pory spotkałam setki kobiet, które cierpią na tę dolegliwość, z całego świata napływały też informacje od kobiet z PCOS, które albo przekazywały pozytywną recenzję mojej książki, albo błagały o pomoc, gdyż nie udało im się znaleźć zbyt wielu źródeł dotyczących problemu. Otrzymałam listy od kobiet z przeróżnych zakątków świata: zarówno z całych Stanów Zjednoczonych, jak i z Afryki, Australii, Kanady, wschodniej Europy, Niemiec, Indii i Pakistanu – a to tylko część z nich. Docierały do mnie wiadomości głosowe i e-maile w obcych językach, które tłumaczyłam, używając narzędzi dostępnych w Internecie. Kilka kobiet zwierzyło mi się, że po raz pierwszy w swoim dorosłym życiu straciły na wadze bez głodzenia się, a inne wyznawały mi, że udało im się zajść w ciążę (po długich zmaganiach z bezpłodnością) po tym, jak zaczęły postępować zgodnie z zaleceniami z mojej książki!

Drugie wydanie zawiera uaktualnione badania, szerzej mówi o znaczeniu przeciwdziałania cukrzycy i zagłębia się w tematykę technologii, których powszechnie używa się do wspierania zmian diety i trybu życia. Dodatkowo, dla tych, które wybierają liczenie węglowodanów przy każdym posiłku czy przekąsce, odrobinę zmniejszyłam dolną skalę rekomendowanego celu węglowodanowego, głównie dlatego, że plan zezwala na jedzenie warzyw nieskrobiowych, do czego gorąco zachęcam, a wyłącza z diety węglowodany w orzechach, masłach orzechowych, nasionach oraz serze. By pomóc w planowaniu jadłospisu, dołączyłam sugerowane posiłki i przekąski oraz rozpisane na trzy

dni plany żywieniowe oparte na czterech różnych poziomach kalorycznych. Ma to również za zadanie pokazać, jak dieta dla kobiet z PCOS wygląda na co dzień. W części książki poświęconej źródłom umieściłam adresy rekomendowanych stron internetowych i blogów o gotowaniu, na których można znaleźć przepisy i zdrowe porady.

Przy czytaniu tej książki warto pamiętać o jednym: dbanie o siebie nie oznacza tylko „trzymania się diety". Oznacza permanentną modyfikację własnego zachowania, tak, by na całe życie wprowadzić do niego zdrowe przyzwyczajenia, a przy tym móc się co jakiś czas cieszyć tymi rzeczami, które po prostu cismakują! Jeśli posłuchasz porad znajdujących się w tej książce, gwarantuję ci, że będziesz miała lepsze samopoczucie i więcej energii, obniżysz ryzyko zachorowania na cukrzycę i choroby serca oraz poczujesz, że masz kontrolę nad swoim zdrowiem – a to wszystko przy zachowaniu przekonania, że jedzenie jest nie wrogiem, a jedną z największych przyjemności w życiu.

Część 1

Czym jest zespół policystycznych jajników (PCOS)

Rozdział 1

Tajemnica PCOS

Wielu ludzi nigdy nie słyszało o dziwnie brzmiącej dolegliwości, jaką jest zespół policystycznych jajników (PCOS). Szeroki zakres wpływu PCOS na zdrowie – od bezpłodności do chorób serca – może przerazić i przytłoczyć nawet te kobiety, które dużo wiedzą o zdrowiu i które zdają sobie sprawę ze związku między dietą, trybem życia i samopoczuciem. Z tym zespołem wiąże się wiele kwestii, o których jeszcze nie wiemy. Zdiagnozowanie PCOS zazwyczaj wywołuje następujące reakcje:

- *Dezorientacja*. Czym dokładnie jest ta dolegliwość, która potencjalnie może wpływać na tak wiele aspektów mojego zdrowia, a o której tak mało specjalistów od medycyny wie cokolwiek?
- *Frustracja.* Dlaczego po latach uskarżania się na symptomy podczas wizyt u specjalistów, dopiero teraz dowiaduję się, co mi jest? (Dla tych kobiet, które starają się o dziecko, jest to informacja udzielona wyjątkowo nie w porę). Teraz muszę rozgryźć, jak poradzić sobie z tą złożoną dolegliwością, w na-

dziei, że nowa dieta i tryb życia pomogą mi uniknąć zachorowania na cukrzycę lub pozwolą zajść w ciążę.

- *Stres.* Te wszystkie informacje są dezorientujące, a żadna z nich nie brzmi dobrze. Świadomość, że aby poprawić zdrowie, muszę zmienić tak wiele w swoim życiu, jest przytłaczająca, a nawet paraliżująca.
- *Ulga.* Nie jestem szczęśliwa, że wykryto u mnie PCOS, ale przynajmniej teraz wiem, z czym się zmagam.
- *Motywacja*. PCOS może mieć trwały wpływ na moje zdrowie i płodność. Chcę się z tym zmierzyć i wziąć aktywny udział w leczeniu.

Choć to pewne, że żadna nie *pragnie* dowiedzieć się, że ma PCOS, to jednak jeśli rzeczywiście taką diagnozę usłyszysz, możesz być spokojna – jest to dolegliwość, na którą możesz mieć wpływ. Zalecenia dotyczące diety i trybu życia, które pomogą ci radzić sobie z PCOS, nie są radykalne. Gdyby kierowało się nimi więcej Amerykanów (zarówno kobiet, jak i mężczyzn, starych i młodych), to spadek w występowaniu chorób serca, cukrzycy, otyłości, wysokiego ciśnienia krwi, raka, zaburzeń funkcji poznawczych, i zapewne wielu innych dolegliwości, byłby widoczny. Proponowane zmiany mogą mieć olbrzymi wpływ na zdrowie i jakość życia: więcej energii, lepszy nastrój i sen, pozytywniejsze postrzeganie siebie i obrazu swojego ciała, lepsze współżycie seksualne, mniej stresu – to tylko kilka korzyści płynących ze zdrowego odżywiania się i prowadzenia aktywnego trybu życia.

Część stresu odczuwanego przez ludzi płynie ze świadomości, że nie robią wystarczająco dużo, by chronić swoje zdrowie. Odhaczanie kolejnych punktów z listy rzeczy, które powinni-

śmy zrobić, samo w sobie może przynieść pewną ulgę. Zdiagnozowany PCOS to po prostu dodatkowy bodziec, by wprowadzić zmiany, zwłaszcza jeśli próbujesz zajść w ciążę.

Fakty dotyczące PCOS

PCOS to najczęściej występujące kobiece zaburzenie hormonalne i główna przyczyna niepłodności anowulacyjnej (niepłodności spowodowanej brakiem regularnej owulacji). Stwierdzono, że syndrom ten ma długotrwały szkodliwy wpływ na zdrowie. Szacuje się, że PCOS dotyka od 6 do 18% wszystkich kobiet w wieku rozrodczym, zależnie od kryteriów, którymi kierowano się podczas stawiania diagnozy[1]. Wśród ludności hiszpańskojęzycznej zakres ten sięga do 28%[2]. Zgodnie z amerykańskim spisem ludności z 2010 roku, w Stanach Zjednoczonych żyje ponad 157 milionów kobiet – to potencjalnie 28 milionów kobiet, które mogą zachorować na PCOS w jakimś momencie swojego życia. Badania sugerują, że około 30% kobiet doświadcza pewnych symptomów tej dolegliwości, określanej wtedy jako nieklasyczne albo alternatywne PCOS. Wraz z dramatycznym wzrostem dziecięcej otyłości, która często prowadzi do wcześniejszego wejścia w okres dojrzałości płciowej, PCOS zaczyna pojawiać się wśród młodszych dziewcząt. Oznacza to, że będą dłużej żyły ze szkodliwymi dla zdrowia konsekwencjami syndromu, który nigdy nie zanika. To trwająca całe życie chroniczna dolegliwość.

Przyczyny PCOS nie są do końca znane, choć uważa się, że jest to skomplikowane zaburzenie genetyczne, najprawdopodobniej dotyczące wielu genów. Mogą to być geny regulujące podwzgórze mózgu, przysadkę mózgową oraz jajniki, jak i geny,

które odpowiadają za insulinooporność, która z kolei uważana jest za główne źródło większości objawów i symptomów PCOS. Istotnie, u kobiet cierpiących na tę dolegliwość występuje takie samo ryzyko rozwoju schorzeń metabolicznych i sercowo-naczyniowych, jak u pacjentów, u których zdiagnozowano zespół metaboliczny – kolejny powszechny i złożony problem zdrowotny, który rozprzestrzenia się w społeczeństwie amerykańskim i stoi za krajową epidemią cukrzycy i chorób serca. To ma sens: insulinooporność to czynnik przyczyniający się do rozwoju obu schorzeń. Wiele kobiet z PCOS również można zaklasyfikować do zespołu metabolicznego[3].

Od 50 do 80% kobiet z PCOS ma nadwagę albo cierpi na otyłość, zależnie od badań. Ciężko zweryfikować tę statystkę, gdyż otyłe kobiety z PCOS wykazują więcej symptomów, co sprawia, że częściej poszukują opieki medycznej, więc wykrywa się u nich tę dolegliwość. Rozprzestrzenienie się PCOS pośród amerykańskiej populacji zbiegło się z problemem otyłości, co sugeruje mocne powiązanie między wagą a zaawansowaniem schorzenia. Chociaż otyłość nie została zidentyfikowana jako *przyczyna* PCOS, zmaganie się z nadwagą pogarsza objawy. Kobiety cierpiące na ten syndrom zazwyczaj magazynują tłuszcz w talii – nazywa się to otyłością trzewną i oznacza, iż nadmiar tłuszczu osadza się dookoła organów wewnętrznych. Ten rodzaj przechowywania tłuszczu ma swoje podłoże w genetyce i jak zaobserwowano, zwiększa insulinooporność, ciśnienie krwi i ryzyko rozwinięcia się chorób serca. Dodatkowo zdiagnozowanie PCOS często poprzedzone jest przybraniem na wadze, a badania pokazują, że przybieranie na wadze we wczesnym etapie dorosłości (pomiędzy dwudziestym a trzydziestym rokiem życia) jest powiązane z diagnozą i zaostrzeniem symptomów PCOS

w przyszłości[4]. Te dane sugerują, że przy zachowaniu tendencji wczesnego występowania otyłości w wielu krajach czeka nas potencjalny wzrost liczby zdiagnozowanych przypadków PCOS.

PCOS może również objawiać się w postaci symptomów fizycznych, z których większość jest wynikiem nadmiernego wytwarzania androgenów, czy też męskich hormonów, takich jak testosteron. Oznaką insulinooporności jest zwiększone krążenie insuliny, które może mieć toksyczny wpływ na produkcję hormonów w jajnikach. Podwyższone krążenie insuliny zwiększa uwalnianie z przysadki mózgowej hormonu reprodukcyjnego nazywanego hormonem luteinizującym (LH). Następnie LH i insulina pobudzają komórki theca w jajnikach, by produkowały testosteron, który jest toksyczny dla rozwoju komórki jajowej. Wytwarzanie testosteronu nie czyni cię w żadnym względzie mniej kobiecą, gdyż wszystkie kobiety produkują trochę testosteronu (tak samo jak wszyscy mężczyźni produkują trochę estrogenu). Jednak kiedy nadmiar insuliny powoduje efekt kaskadowy, w którym ilość testosteronu przewyższa ilość estrogenu, komórki jajowe nie rozwijają się w normalny sposób[5]. Fizyczne oznaki podwyższonych poziomów androgenu to między innymi nadmierny wzrost owłosienia na twarzy, klatce piersiowej i plecach (męski typ owłosienia); przerzedzenie włosów na ciemieniu; trądzik; oraz tendencja do magazynowania znienawidzonego „tłuszczu w brzuchu" (czego efektem jest figura typu jabłko, zamiast dużo zdrowszej figury typu gruszka, w przypadku której tłuszcz bardziej odkłada się na pośladkach i udach).

Kobiety z PCOS w większym stopniu są narażone na ryzyko zachorowania na kilka zagrażających życiu chronicznych chorób. Najbardziej niepokojące jest powiązanie pomiędzy PCOS a cukrzycą typu 2. Aktualnie cukrzyca szaleje wśród amerykań-

skiego społeczeństwa. Liczba zachorowań na cukrzycę typu 2 wzrosła o 40% od wczesnych lat 2000, a liczba dorosłych cierpiących na tę dolegliwość na całym świecie jest ponad dwa razy większa niż przez ostatnie trzy dekady[6]. Występowanie niezdiagnozowanej cukrzycy jest siedem razy bardziej prawdopodobne u kobiet z PCOS, w porównaniu z kobietami w podobnym wieku, które nie cierpią na ten zespół. W rzeczywistości od 30 do 40% kobiet z PCOS jest w stanie przedcukrzycowym (czyli nie cierpi na w pełni rozwiniętą cukrzycę, ale już wykazuje objawy insulinooporności, która powoduje cukrzycę typu 2). Dziesięć procent kobiet z PCOS zachoruje na w pełni rozwiniętą cukrzycę w wieku czterdziestu lat[7]. Niedawno opublikowany w *Diabetes Care* raport sugeruje, że w ciągu następnych dwudziestu pięciu lat liczba Amerykanów chorych na cukrzycęprawie się podwoi, z 23,7 miliona w 2009 roku do 44,1 miliona w roku 2034. W tym samym okresie wydatki na cukrzycę prawie się potroją, z 113 miliardów dolarów do 336 miliardów, i to nawet bez dalszego rozpowszechnienia się otyłości[8].

Choroba serca to w dalszym ciągu najczęstszy zabójca kobiet i mężczyzn mieszkających w Stanach Zjednoczonych, a kobiety z PCOS wykazują większe ryzyko wysokiego ciśnienia krwi niż kobiety w tym samym wieku, które nie cierpią na ten zespół. Wysokie ciśnienie krwi to główna przyczyna chorób serca i zawałów[9]. Rak endometrium to również zagrożenie dla kobiet z PCOS. Estrogeny powodują przyrost komórek wyścielających macicę, które zazwyczaj są wydalane raz na miesiąc wskutek przeciwstawnego działania progesteronu. Ale w przypadku PCOS, gdy okres jest nieregularny lub nieobecny, wyściółka macicy nawarstwia się, co zwiększa ryzyko przerostu endometrium, a to z kolei może skutkować rakiem endometrium. Hi-

perinsulinemia (podwyższony poziom insuliny we krwi spowodowany insulinoopornością) to częste zjawisko wśród kobiet z PCOS, które może doprowadzić do rozrostu komórek rakowych. Badania sugerują, że nieleczony przerost endometrium rozwija się w raka endometrium w 30% przypadków[10].

Wzrasta liczba pacjentek wymagających leczenia niepłodności, czego efektem jest wiele przypadków kobiet rodzących dzieci w późniejszym wieku. U 90 do 95% kobiet poszukujących pomocy z powodu niepłodności uwarunkowanej brakiem owulacji najczęstszą przyczyną problemów owulacyjnych jest PCOS[11]. Rzeczywiście, wiele kobiet dowiaduje się o tym, że chorują na PCOS, dopiero gdy szukają fachowej porady, ponieważ mają trudności z poczęciem dziecka. Jeśli kobiecie cierpiącej na ten zespół uda się zajść w ciążę, podlega większemu ryzyku poronienia oraz ciążowej (spowodowanej porodem) cukrzycy, co z kolei stanowi zagrożenie zarówno dla matki, jak i rozwijającego się dziecka. Niektóre badania sugerują, że kobiety z PCOS mają trzykrotnie większą szansę na poronienie niż kobiety bez tego zespołu.

Kolejnym groźnym aspektem PCOS jest to, iż pomimo, że od 5 do 30% procent kobiet cierpi na tę dolegliwość lub wykazuje jej symptomy, świadomość problemu – nawet wśród służby zdrowia – jest niedostateczna. Pojawianie się informacji dotyczącej powszechności tego syndromu bardzo przypomina to, co miało miejsce w latach 90. ubiegłego wieku w przypadku fibromialgii i niedoczynności tarczycy. Przed uświadomieniem sobie, że te zaburzenia dotykają dużej liczby kobiet, wiele z nich (tak samo jak klinicyści) nie zdawało sobie sprawy, że symptomy, na które się uskarżają, spowodowane są jednym zasadniczym problemem zdrowotnym. Dzisiaj obie dolegliwości powszechnie uznaje się za nadające się do leczenia, tak samo jak PCOS.

Historyczne spojrzenie na PCOS

Najwcześniejsza wzmianka o zespole policystycznych jajników pochodzi sprzed 150 lat, z Francji, gdzie pierwszy oficjalny opis jajników wyglądających na policystyczne został opublikowany w 1845 roku. Na początku XX wieku pojawiło się kilka odosobnionych raportów opisujących procedurę nazywaną „wycięciem klinowym" (usunięcie części jajnika), używaną do radzenia sobie z torbielami w jajnikach, jednakże wiedza ta dotyczyła jedynie tej procedury. Od zrozumienia systemowego zasięgu dolegliwości nadal dzieliły nas lata[12]. W 1935 amerykańscy ginekolodzy Irving Stein i Michael Leventhal opublikowali artykuł na temat odkryć, jakich dokonali, badając siedem kobiet cierpiących na brak miesiączki, hirsutyzm (nadmierne występowanie grubego owłosienia typu męskiego), otyłość i torbiele na jajnikach. To był jeden z pierwszych opisów złożonej dolegliwości znanej dzisiaj jako PCOS, którą wtedy określano jako zespołół Steina-Leventhala, na cześć lekarzy pionierów, którzy jako pierwsi powiązali ze sobą te objawy[13]. Z powodu występowania torbieli na jajnikach Stein i Leventhal nazywali tę dolegliwość *chorobą* policystycznych jajników, ale w miarę rozwoju wiedzy na temat PCOS w użycie wszedł termin „zespół".

Fakt, że PCOS, choć prawidłowo nazywany jest zespołem, a nie chorobą, sprawia, że tyle jest zamieszania z diagnozowaniem go. Jaka jest różnica między zespołem a chorobą? Zacznijmy od przyjrzenia się technicznym definicjom tych dwóch terminów: *choroba* to patologiczna dolegliwość części organu lub układu organizmu, będąca rezultatem różnorodnych przyczyn i charakteryzująca się rozpoznawalnymi oznakami lub sympto-

mami; *zespół* zaś to grupa symptomów, które razem charakteryzują chorobę lub inny nieprawidłowy stan zdrowia, i których przyczyna może być znana lub nie, a których nie da się zdiagnozować pojedynczym testem.

Choć te definicje w gruncie rzeczy brzmią identycznie, różnica tkwi w detalach. Choroba ma „rozpoznawalne oznaki lub symptomy", które albo się ma, albo nie. By zostać zdiagnozowanym jako chory, trzeba spełniać wszystkie kryteria. Zespół różni się od choroby tym, że pacjent może wykazywać pewną liczbę oznak i symptomów, które potencjalnie wskazują na jakąś dolegliwość, ale nie wszystkie z nich muszą być obecne, by postawić diagnozę. Innymi słowy, jeśli wykryto u ciebie wystarczającą liczbę objawów z konkretnej listy, twój klinicysta może stwierdzić, że cierpisz na daną dolegliwość (tak jak się to ma z IBS, czyli zespołem jelita drażliwego, przy którym lekarze zazwyczaj odrzucają możliwość występowania poważniejszych schorzeń żołądkowo-jelitowych i diagnozują właśnie IBS). Bardzo ważne jest przebadanie przez lekarza, który miał już do czynienia z pacjentkami z PCOS – osąd kliniczny i doświadczenie zdobyte dzięki zdiagnozowaniu setek kobiet wykazujących podobny zbiór symptomów może pozwolić specjaliście na dojście do wniosków, które nie byłyby dostępne dla kogoś z mniejszym doświadczeniem w rozpoznawaniu tej przypadłości. Nie oznacza to, że wszyscy lekarze, którym nie udało się postawić poprawnej diagnozy, byli złymi lekarzami; po prostu najprawdopodobniej nie mieli oni do czynienia z dużą liczbą kobiet z PCOS.

Symptomy i diagnozowanie PCOS

Kobieta może odwiedzić swojego lekarza z wielu powodów, które ostatecznie mogą doprowadzić do zdiagnozowania PCOS. Jej okresy menstruacyjne mogą występować nieregularnie lub nie występować w ogóle. Może doświadczać niechcianego wzrostu włosów, silnego trądziku czy problemów z wagą – problemów, które negatywnie wpływają na postrzeganie własnego ciała i pewność siebie. Może, często w młodym wieku, zostać u niej zdiagnozowana jakaś nieprawidłowość metaboliczna, taką jak podwyższony poziom cukru we krwi (glukozy), wysoki cholesterol czy wysokie ciśnienie krwi. Może też po prostu mieć dziwne uczucie, że „coś jest nie tak" z jej ciałem, i mieć nadzieję, że lekarz da jej jakąś odpowiedź. Niestety, szacuje się, że więcej niż 70% kobiet z PCOS nie otrzymuje diagnozy w pierwszych odwiedzonych placówkach opieki lekarskiej[14]. Dlatego każda kobieta, która nie jest zadowolona z badania medycznego, powinna (niezależnie od tego, czy właśnie stara się o dziecko, czy nie) poszukać porady endokrynologa reprodukcyjnego – specjalisty od diagnozowania problemów powiązanych z hormonami reprodukcyjnymi.

Naukowcy nie do końca wiedzą, co powoduje PCOS. Żaden indywidualny czynnik nie może odpowiadać za wachlarz nieprawidłowości wynikających z tego zespołu, ale badania sugerują, że zasadniczo główną przyczyną w większości przypadków jest insulinooporność – przypadłość, z którą można walczyć za pomocą spadku wagi, ćwiczeń, zdrowej diety i jeśli zajdzie taka potrzeba, leków. Wiemy za to, że PCOS to schorzenie genetyczne, najprawdopodobniej pogmatwane przez związane z jajnikami nieprawidłowości metaboliczne, które mogą doprowa-

dzić do wielu zagrożeń zdrowotnych. Ryzyko jest szczególnie groźne, gdy doliczymy czynniki środowiskowe, takie jak otyłość, niezdrowe odżywianie się i siedzący tryb życia. Żeby jeszcze bardziej skomplikować problem, zdaje się, że istnieją różne fenotypy czy też odmienne genetycznie formy PCOS[15]. Niektóre fenotypy (takie jak sylwetka w kształcie jabłka czy znamiona insulinooporności) są bardziej zagrożone cukrzycą i innymi problemami metabolicznymi, podczas gdy przy innych ryzyko zachorowania jest mniejsze (szczupłe kobiety z PCOS oraz brak dowodów na nadmiar androgenu). Kobiety cierpiące na klasyczny PCOS – te z nieregularną lub nieistniejącą menstruacją i nadmiarem androgenu – wykazują większą tendencję do poważnej insulinooporności i innych problemów metabolicznych.

Istnieją różne opinie dotyczące kryteriów, którymi należy kierować się przy diagnozowaniu PCOS, lecz pierwszym krokiem zawsze powinno być wykluczenie powiązanych zaburzeń, takich jak dysfunkcja tarczycy, zespół Cushinga, wrodzony przerost nadnerczy oraz hiperprolaktynemia. W przeszłości kryteria używane przy diagnozowaniu zespołu zazwyczaj zbiegały się z liniami kontynentalnymi. Lekarze ze Stanów Zjednoczonych woleli kierować się kryteriami wyznaczonymi w 1990 roku podczas Międzynarodowej Konferencji Narodowych Instytutów Zdrowia (NIH) dotyczącej PCOS. Europejscy specjaliści zazwyczaj skłaniali się ku wnioskom ustalonym w 2003 roku przez Europejskie Stowarzyszenie Rozrodu Człowieka i Embriologii oraz Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu. Kryteria te nazwano kryteriami rotterdamskimi, od miasta, w którym zostały spisane. W 2006 roku międzynarodowa organizacja nazwana Stowarzyszeniem Hiperandrogenizmu i PCOS dorzuciła swoje własne kryteria, które miały połączyć kryteria przedsta-

wione przez NIH i kryteria rotterdamskie. Jej członkowie doszli bowiem do wniosku, że hiperandrogenizm to punkt wyjścia dla PCOS, ale również zgodzili się, że mogą istnieć inne formy PCOS, przy których powiązanie z hiperandrogenizmem nie jest oczywiste, a które należy dogłębniej zbadać[16].

Kryteria dla PCOS (NIH, 1990)

BY ZDIAGNOZOWAĆ U CIEBIE PCOS, MUSISZ SPEŁNIAĆ WSZYSTKIE NASTĘPUJĄCE KRYTERIA:		
Hiperandrogenizm	Oligoowulacja	Wykluczenie powiązanych zaburzeń

Kryteria Rotterdamskie dla PCOS (2003)

BY ZDIAGNOZOWAĆ U CIEBIE PCOS, MUSISZ SPEŁNIAĆ NASTĘPUJĄCE KRYTERIA:		
Oligoowulacja lub brak owulacji	Kliniczne albo biochemiczne oznaki hiperandrogenizmu	Policystyczne jajniki

Kryteria z 1990 roku ustalono na zorganizowanej przez NIH międzynarodowej konferencji dotyczącej PCOS, gdzie po prostu policzono głosy ludzi z widowni i mówców zapytanych o to, czym należy się kierować przy diagnozowaniu zespołu. Zgodzono się, że aby zdiagnozować u kobiety PCOS (po odrzuceniu możliwości występowania innych zaburzeń), musi ona skarżyć się na dwie dolegliwości: (1) chroniczną oligoanowulację (rzadkie okresy lub ich brak) oraz (2) biochemiczne lub kliniczne oznaki nadmiaru androgenu (przesadny porost włosów, przerzedzenie włosów na głowie i tak dalej). Co ciekawe, posiadanie policystycznych jajników widocznych w USG nie jest wymaga-

ne do diagnozy, co w gruncie rzeczy potwierdza tezę, że jajniki są tylko *częścią* problemu, pomimo nazwy zespołu.

By objąć szerszy zakres symptomów – i potwierdzić, że diagnoza może wyjść poza podane powyżej dwa kryteria – kryteria rotterdamskie rozszerzyły możliwość zdiagnozowania PCOS u kobiet, jeśli te spełniały dwa z trzech następujących warunków: (1) chroniczną oligoanowulację, (2) biochemiczne lub kliniczne oznaki nadmiaru androgenu oraz (3) policystyczne jajniki widoczne w USG. Uznaje się, że to poszerzone kryterium podniosło liczbę kobiet, u których można by zdiagnozować PCOS, o jakieś 20%. Choć ta kategoryzacja brzmi dezorientująco, może dać jaśniejszy obraz sytuacji tym kobietom, które wątpią w postawioną im diagnozę, ponieważ są szczupłe (dużo książek i informacji w Internecie dotyczących PCOS sugeruje, że przy PCOS łatwiej o nadwagę) oraz nie wykazują oznak nadmiaru androgenu w organizmie, lecz mają nieregularne okresy i USG wykazało u nich torbielowate jajniki.

Oprócz dodania fenotypów sięgających poza „klasyczny PCOS", kryteria rotterdamskie obejmują dużo więcej kobiet, u których symptomy PCOS są lżejsze, a problem nadwagi mniejszy. Najprawdopodobniej kobiety te nie są tak bardzo narażone na zaburzenia metaboliczne (insulinooporność, wysoki cholesterol i tak dalej), które obecne są przy klasycznym PCOS. W 2006 roku Stowarzyszenie Hiperandrogenizmu przedstawiło propozycję rozwiązania, które w swej postaci było kompromisem pomiędzy kryteriami NIH i kryteriami rotterdamskimi. Sugerowało ono, że zarówno hiperandrogenizm, jak i dysfunkcja jajników (problemy owulacyjne i/lub jajniki wyglądające na policystyczne) muszą być obecne po odrzuceniu możliwości zaistnienia innych problemów. Ponieważ te drobne różnice w opiniach

dotyczących diagnozowania PCOS najprawdopodobniej wprowadzają jeszcze więcej zamieszania i utrudniają zdiagnozowanie wielu kobiet, the Endocrine Society (najstarsza międzynarodowa organizacja skupiająca się na badaniu hormonów i endokrynologii) zebrała w 2013 roku grupę ekspertów PCOS z całego świata i opublikowała zbiór wskazówek dla praktyki klinicznej dotyczących stawiania diagnozy przy wsparciu kryteriów rotterdamskich (obecność dwóch z następujących kryteriów: nadmiar androgenu, dysfunkcja jajników lub policystyczne jajniki)[17]. Wskazówki te uzyskały poparcie niezależnego panelu ekspertów PCOS w NIH, w wyniku czego wydano zbiór międzynarodowych rekomendacji, do których przedstawiciele służby zdrowia mogą się odnosić podczas próby zdiagnozowania PCOS.

Czy nazwa „PCOS" przestała być użyteczna?

Gdy już się zdawało, że wszyscy wielcy eksperci do spraw PCOS w końcu się ze sobą zgodzili, proces zdefiniowania zespołu ponownie został zakłócony – podczas organizowanego w 2012 roku przez NIH panelu zatytułowanego: „Oparte na dowodach Warsztaty Metodologii Zespołu Policystycznych Jajników" zasugerowano, iż należ zmienić nazwę PCOS, by lepiej oddawała współczesne rozumienie tej dolegliwości[18]. Jak wykazują debaty dotyczące diagnozowania PCOS, jego nazwa wzięła się od symptomu, nie przyczyny – symptomu, dodajmy, który nawet nie musi być obecny, by uznać, że dana kobieta cierpi na tę dolegliwość! Nie wszystkie kobiety z PCOS mają torbielowate jajniki, a jajniki te tak naprawdę wcale nimi nie są, lecz raczej pęcherzykami jajnikowymi, które nigdy nie dojrzały. Wspomniana sugestia ma zatem sens i według panelu: „Nadszedł

czas, by nadać nazwę, która oddaje charakteryzujące ten zespół skomplikowane interakcje zachodzące w metabolizmie, podwzgórzu, przysadce, jajnikach i nadnerczu – oraz ich znaczenie dla reprodukcji". Jednakże cztery lata później wciąż nie udało się ustalić zastępczej nazwy, choć pojawiło się kilka propozycji. W każdej z nich próbowano zawrzeć hormonalne i metaboliczne zaburzenia, tak jak w przypadku zespołu metabolicznej reprodukcji czy zespołu nierównowagi hormonalnej. Tak jak ma to miejsce przy jakiejkolwiek zmianie, próby te były kwestionowane, a wielu propozycjom zmian zarzucano dalsze komplikowanie tematu, szczególnie jeśli ich wprowadzenie nie wiązałoby się z bardzo dobrze dofinansowaną międzynarodową kampanią. Tymczasem PCOS pozostaje problemem zdrowotnym wymagającym przeprowadzenia dogłębniejszych badań i zwiększenia świadomości społeczeństwa.

Pomimo wielu obiecujących prób, by ujednolicić diagnozowanie PCOS, opinie na ten temat wciąż się różnią. Zrozumienie PCOS może być przytłaczające i oszałamiające, zwłaszcza jeśli szuka się podstaw ku stwierdzeniu, że się go *nie ma*. Można pogodzić się z istnieniem tych wszystkich różnych „rodzajów" PCOS, ale wciąż pozostaje wiele pytań bez odpowiedzi: czy w takim sam sposób należy leczyć kobiety, u których zdiagnozowano PCOS, ale które nie wykazują wszystkich klasycznych objawów tej dolegliwości? A co z faktem, iż przybieranie i tracenie na wadze może sprawić, że dana kobieta będzie lub nie będzie spełniała kryteriów, gdyż waga ma wpływ na owulację i produkcję androgenu? Dopóki nie dowiemy się więcej na temat tego, jak te mniej klasyczne przypadki zespołu reagują na różne stopnie insulinooporności (głównego zaburzenia wpływającego na kobiety z PCOS), dopóty rozważnie będzie założyć istnienie pod-

wyższonego ryzyka i odpowiednio dostroić zarówno dietę, jak i tryb życia. Jeśli potraktujemy nieregularne okresy, nadmiar androgenów i policystyczne jajniki jako trzy mieszające się i powiązane zmienne, możliwe jest, iż kobiety powinno się leczyć na różne sposoby, zależnie od ich życiowych i zdrowotnych celów. Naukowcy mówią, że można założyć istnienie pewnego stopnia insulinooporności, gdy czyjś wskaźnik masy ciała (ang. *Body Mass Index,* BMI) przekroczy 30 (kliniczna definicja otyłości). Zgodnie z danymi zebranymi w latach 2011-2012 przez Centra Kontroli i Prewencji Chorób (ang. *Centers for Disease Control and Prevention,* CDC), 64,6% kobiet w Stanach Zjednoczonych cierpi na nadwagę (z czego 28,7% ma nadwagę, 35,9% zaś jest otyłe) – wszystkie one zyskałyby, gdyby kierowały się podejściem opartym na pełnowartościowym jedzeniu zaprezentowanym w tej książce (nawet bez zdiagnozowanego PCOS).

Klinicysta i diagnoza PCOS

Najważniejsze, by przebadał cię lekarz, który ma spore doświadczenie z PCOS. Tą osobą może być twój główny przedstawiciel służby zdrowia – lekarz, asystent lekarza, pielęgniarka stażystka czy nawet specjalista od endokrynologii. Jak mówił świętej pamięci dr Samuel Thatcher, pionier w temacie PCOS, w przypadku żadnej innej dolegliwości ginekologicznej dokładna historia medyczna nie jest tak ważna, jak przy PCOS. Wiedza, jakie pytania należy zadać – oraz chęć wysłuchania twojej opowieści – jest kluczowa dla ustalenia, czy cierpisz na PCOS. Nikt lepiej nie zna twojej historii niż ty sama. To, czego szukasz, to bliska współpraca. Nie pozwól więc, by zbył cię zapracowany klinicysta, który jak najszybciej chce przejść do rzeczy. Notka

na stronie 42 napisana przez endokrynolog reprodukcji dr Alison Zimon zawiera informacje, jak zdobyć obszerną ewaluację PCOS. Zimon wymienia informacje, jakie lekarz uzyska z twojej historii medycznej i badania lekarskiego, jak i testy, których możesz się spodziewać, oraz lekarstwa, które mogą ci pomóc, zależnie od okoliczności.

Używanie lekarstw przy PCOS

Moim celem jest pomóc ci w jak najnaturalniejszy sposób zarządzać swoim zdrowiem i hormonami poprzez zmiany w diecie i trybie życia (zwiększenie aktywności fizycznej, przyjmowanie rozsądnie dobranych suplementów, radzenie sobie ze stresem, i tak dalej). Jednakże pomimo naszych największych starań, czasami leki są potrzebne, by wspomóc regulację cyklów miesiączkowych, kontrolować symptomy, ograniczyć czynniki zagrażające zdrowiu oraz zwiększyć twoją płodność. Leki mogą stać się sojusznikiem na drodze ku lepszemu zdrowiu. Na niektóre dolegliwości, takie jak niedoczynność tarczycy, nie można wpłynąć za pomocą diety czy ćwiczeń. Możliwa jest sytuacja, w której problemy zdrowotne trwają od dłuższego czasu i rozwinęły się tak bardzo, że musisz brać leki, by polepszyć swoje zdrowie. A może wykazujesz oznaki stanu przedcukrzycowego, więc w połączeniu z dietą i ćwiczeniami, lekarstwa mogą ci pomóc zmniejszyć ryzyko zachorowania na w pełni rozwiniętą cukrzycę.

Istnieje również możliwość rozpoczęcia przyjmowania leków, od których potem będziesz mogła stopniowo się odzwyczaić, gdy dieta i zmiany w trybie życia zaczną przynosić efekty. Możesz też potrzebować leków tylko przez jakiś czas (na przykład, by zwiększyć swoje szanse na zajście w ciążę). Lecz lekarstwa ni-

gdy nie wyrównają strat spowodowanych niezdrową dietą i siedzącym trybem życia – nie możesz nimi zastąpić właściwego odżywiania się oraz wprowadzenia stosownych zmian do trybu życia i oczekiwać optymalnych rezultatów. Wielu ludzi z cukrzycą próbuje najpierw radzić sobie z tą chorobą za pomocą lekarstw doustnych, zanim w końcu będą musieli przejść na zastrzyki z insuliny. Czasami tak już jest, że możemy robić wszystko, co w naszej mocy, a i tak skończymy, biorąc leki. Mimo to istnieje wiele sposobów, by utrzymać naszą zależność od nich na minimalnym poziomie.

Lekarstwa stosowane przy PCOS dzielą się na kilka kategorii (patrz tabelka poniżej): doustne leki hipoglikemizujące, regulatory hormonalne, leki do zarządzania symptomami, środki obniżające poziom lipidów i cholesterolu, regulatory ciśnienia krwi.

Lekarstwa używane przy PCOS

LEKARSTWO	PRZYKŁAD
Doustne leki hipoglikemizujące	Metformina
Regulatory hormonalne	Doustne tabletki antykoncepcyjne, progesteron, cytrynian klomifenu, letrozol
Leki do zarządzania symptomami	Spironolakton, finasteryd, minoksydyl, retonoina, tetracyklina
Środki obniżające poziom lipidów i cholesterolu	Gemfibrozyl, niacyna, statyny
Regulatory ciśnienia krwi	Niuretyki, inhibitory enzymu angiotensyny, antagonisty receptora angiotensyny, beta-blokery, blokery kanału wapniowego

Przygotowanie się do wizyty u lekarza

We współczesnym środowisku medycznym lekarze nie mają za wiele czasu. Upewnij się, że na wizytę przygotowałaś wszystko, co nakreśli twoją historię medyczną i konkretne dolegliwości. Sporządź listę potencjalnie ważnych kawałków układanki, które zostaną przeanalizowane przez eksperta PCOS. To bardzo ułatwi zebranie informacji i pomoże klinicyście stworzyć jasny obraz tego, co się działo, oraz tego, co chciałabyś osiągnąć. Zbierz z wyprzedzeniem następujące informacje:

- *Historia menstruacji*. W jakim wieku dostałaś swój pierwszy okres? Jak często miesiączkowałaś? Czy byłaś wcześniej w ciąży, jeśli tak, to ile razy?
- *Historia wagi.* Jeśli obecnie masz nadwagę, to czy twoja waga uległa znaczącej zmianie w krótkim okresie? Czy waga zawsze stanowiła dla ciebie wyzwanie, czy może jej utrzymanie stało się problemem dopiero niedawno?
- *Historia rodzinna.* Czy w twojej rodzinie występowały cukrzyca, choroby serca, rak, problemy z płodnością, problemy z wagą?
- *Lekarstwa i/lub suplementy diety*. Zbierz wszystko, co zażywasz, oraz dawki poszczególnych środków.
- *Poprzednie badania*. Jeśli to możliwe, przynieś ze sobą wyniki poprzednich badań krwi, USG, i tak dalej.

Zazwyczaj podczas stawiania diagnozy, doktor postara się na początku wykluczyć inne czynniki, które mogłyby stać za twoimi dolegliwościami – może to być hiperprolaktynemia, nietypowy wrodzony przerost nadnerczy, niedoczynność tarczycy lub zespół Cushinga (zaburzenie hormonalne spowodowane występ-

powaniem podwyższonego poziomu kortyzolu w tkankach ciała). Doktor przejrzy trzy różne typy informacji: objawy i badania lekarskie, różnorodne testy krwi, oraz pozostałe rezultaty badań. Czego lekarze konkretnie szukają?

Zaburzenia menstruacyjne

Kobiety cierpiące na PCOS zazwyczaj dostają pierwszy okres w wieku od dwunastu do trzynastu lat, ale nierzadko młoda kobieta przychodzi na swoją pierwszą wizytę u ginekologa, ponieważ jej okres w ogóle się nie pojawił. Menstruacja może na początku być regularna, ale w czasie dojrzewania jej cykle mogą przedłużać się lub w ogóle nie występować. Często przepisuje się wtedy tabletki antykoncepcyjne, które mają za zadanie wyregulować ten stan, ale to wcale nie oznacza, że PCOS przestał istnieć. Po prostu jego symptomy zostały zastąpione przez hormony znajdujące się w doustnych środkach antykoncepcyjnych. U nastolatek z PCOS mogą pojawić się problemy skórne (choć trądzik to nic niezwykłego w tym wieku).

Ponieważ doustne środki antykoncepcyjne regulują hormony (a zatem również wiele oznak i symptomów PCOS), nie jest niczym dziwnym, iż kobiecie wydaje się, że wszystko jest w porządku – dopóki z tego lub innego powodu nie zrezygnuje z brania tabletek, a potem nie dostanie okresu. Choć niektóre kobiety z PCOS doświadczają dość regularnych dwudziestoośmiodniowych cyklów, powinno się podejrzewać występowanie PCOS u każdej kobiety, u której cykl trwa dłużej niż trzydzieści pięć dni. Kobietom, u których okres nie występuje, często przepisuje się lekarstwa (takie jak progestagen), by go wywołać. Uważa się, że wiek wejścia w menopauzę jest taki sam dla kobiet z PCOS, jak i bez niego.

Problemy ze skórą i włosami

Problemy skórne są niezwykle częstym zjawiskiem u kobiet z PCOS, wywołuje je podwyższony poziom męskich hormonów (androgenów). Androgeny podnoszą produkcję łoju skórnego (oleistej substancji wydzielanej przez gruczoły łojowe w skórze), który zwiększa stany zapalne i występowanie bakterii, co z kolei powoduje powstanie trądziku. Łojotok (łuszcząca się skóra) oraz ropnie mnogie pach są również częste przy PCOS, tak samo jak rogowacenie ciemne (łac. *acanthosis nigricans* AN). AN to choroba skóry charakteryzująca się tym, iż staje się ona grubsza, wypukła i nadmiernie pigmentowana z tyłu szyi, pod pachami, w pachwinie oraz pod piersiami. Zmiany spowodowane AN często opisuje się jako „zabrudzoną skórę", ale odbarwień tych nie da się wyczyścić. Towarzyszy temu również pojawienie się brodawek. Rogowacenie ciemne to naskórny symptom zwyczajowo towarzyszący insulinooporności, częściej występujący u ludzi o ciemnej karnacji.

Kolejnym znaczącym objawem PCOS, który może być wyjątkowo irytujący, jest hirsutyzm. Istnieje szeroki zakres drogich i kłopotliwych terapii pomagających radzić sobie z nadmiernym porostem włosów (laser, elektroliza, woskowanie, golenie – większość kobiet jest gotowa na wszystko), jak i pewne lekarstwa (z których żadne nie leczy zasadniczych problemów hormonalnych czy samego porostu włosów). Jak gdyby pojawienie się zarostu na twarzy nie było wystarczająco kłopotliwe, niektóre kobiety mają również problem z rzednięciem włosów na czubku głowy przypominającym męskie łysienie. Dla wielu kobiet bujna fryzura jest bardzo ważna więc, i utrata włosów, zwłaszcza w latach rozrodczych, może skutkować na przykład atakiem paniki! Nie wiadomo dokładnie, jakimi mechanizma-

mi rządzą się te zmiany, ale najprawdopodobniejszymi sprawcami są hormony androgeniczne. Wypadanie włosów można złagodzić poprzez leczenie insulinooporności. Pamiętam jedną pacjentkę, która zaczęła w tym samym czasie przyjmować metforminę, lek na insulinooporność, oraz multiwitaminę; twierdziła, że witamina zdaje się zwiększać gęstość jej włosów. Jednakże bardziej prawdopodobnym wytłumaczeniem stojącym za tą zmianą jest to, iż poziom insuliny u tej kobiety poprawiał się dzięki metforminie, co spowoduje spadek poziomu androgenu w jej organizmie. Istnieją inne lekarstwa pomagające hamować utratę włosów u kobiet z PCOS.

Czego oczekiwać od swojego lekarza

Doktor Alison Zimon, endokrynolog reprodukcji
w Boston IVF i w Harvard Medical School

Podczas konsultacji z lekarzem najpierw musicie ustalić, czy rzeczywiście chorujesz na PCOS (zgodnie z ustalonymi kryteriami diagnostycznymi) oraz odrzucić możliwość zaistnienia innych dolegliwości zdrowotnych. Lista lekarzy, którzy rutynowo ewaluują i leczą PCOS, zawiera endokrynologów, internistów, ginekologów oraz pediatrów. Kompleksowa rozmowa będzie prawdopodobnie dotyczyć szczegółowej historii symptomów, twojego zdrowia oraz zdrowia twojej rodziny. Lekarz może zapytać o etapy dojrzewania, menstruacje, zmiany wagowe, oznaki nadmiaru męskiego hormonu, nieprawidłowości w funkcji endokrynnej, insulinooporność, rozwój reprodukcyjny, nieprawidłowości anatomiczne.

Twój lekarz może u ciebie zdiagnozować PCOS na podstawie nieregularnych cyklów miesiączkowych oraz oznak występowania nad-

miaru męskiego hormonu. Jednakże najprawdopodobniej zleci również badania mające na celu ewaluację i potwierdzenie tej diagnozy. Te badania mogą obejmować pomiary poziomów surowicy hormonu luteinizującego oraz hormonu folikulotropowowego, które są hormonami wydzielanymi przez przysadkę mózgową i regulują funkcje jajników. Poziomy estrogenu, testosteronu, androstendionu, siarczanu dehydroepiandrosteronu oraz hormonu anty-Mullerowskiego również mogą zostać zmierzone, by oszacować sprawne funkcjonowanie jajników i nadnerczy. Możliwe jest też przeprowadzenie testów prowokacyjnych glukozy w surowicy, poziomu hemoglobiny glikowanej (HbA1c) oraz glukozy w celu wykrycia zaburzonej tolerancji glukozy, która może stanowić wstęp do cukrzycy.

USG jajników dostarczy informacji na temat ich struktury i rezerwy jajnikowej. Przeprowadzone zostaną również inne testy, których zadaniem jest wykluczenie istnienia choroby tarczycy, nadmiaru prolaktyny, zespołu Cushinga, defektów enzymatycznych, guzów wydzielających hormony czy hiperlipidemii. Mogą zostać przeprowadzone dodatkowe testy krwi w celu potwierdzenia, iż twoja wątroba, nerki i inne układy narządów funkcjonują poprawnie. Jeśli od twojego ostatniego okresu minęło pół roku, lekarz może zechcieć zbadać wyściółkę macicy za pomocą prześwietlenia USG w trakcie przeprowadzonej w jego gabinecie biopsji endometrium (macicy), by upewnić się, że nie ma mowy o przeroście wyściółki czy zwiększonym ryzyku rozwoju raka macicy.

Kompletne przebadanie się na PCOS pozwoli zdeterminować zaawansowanie zespołu oraz powiązane z nim problemy zdrowotne, takie jak zaburzona tolerancja glukozy, cukrzyca, otyłość, wysoki cholesterol, bezpłodność, nadciśnienie i choroba serca.