

Szendi Gábor:

Fájdalmas menstruáció

(dysmenorrhea, medencetáji krónikus fájdalmak, erős vérzés, menorrhagia)

A fájdalmas menstruáció, orvosi nevén dysmenorrhea, meglepően sok nőt érint. A legkülönbözőbb kultúrákban a nők 40-50%-a panaszkodik kellemetlen tünetekre vagy fájdalomra és bőséges vérzésre menstruációja alatt (Dawood, 2006).

A vizsgálatokból az a meglepő kép rajzolódik ki, hogy a dysmenorrhea egyformán gyakorinak tűnik a fejlett és a fejlődő országokban egyaránt (Harlow és Campbell, 2004). Nem vitatva az adatokat, evolúciós nézőpontból mégis nehéz elképzelni, hogy a menstruáció évmilliókon át mindig erős vérzéssel és fájdalmakkal járt volna, mert erőltetett volna valamilyen evolúciós előnyt is belemagyarázni ebbe a jelenségbe. Sajnálatos módon az orvostudományi kutatások abszolút mentesek az evolúciós szempontoktól, a fejlődő országokban végzett felmérések során nem mérlegelik a pl. a nyugati táplálkozás és életmód hatását. Pedig nem volna közömbös a hajlamosító faktorok kutatása szempontjából. Egy indiai vizsgálatban pl. külön csoportként elemezték a vegetáriánusokat, a vegyes étrenden élőket és a rendszeresen gyorséttermekben táplálkozókat. A gyorséttermi táplálkozás háromszor nagyobb kockázatot jelentett dysmenorrheára (Singh és mtsi., 2008). A 13-14 év előtt menstruálni kezdő lányoknál gyakoribb a dysmenorrhea, míg a 14 éves kor után jelentkező menstruáció 70%-os védelmet jelent a dysmenorrheával szemben (Treloar és mtsi., 2010). E tekintetben figyelemre méltó az az összefüggés, hogy a menstruáció a jóitápláltság között jelentkezik korán. Ez magyarázza azt a jelenséget, hogy a nyugati társadalmakban a fokozódó bőség miatt az első menstruáció ideje 100 év alatt 3 évvel korábbra tolódott, és ez a trend manapság is folytatódik. Ez kapcsolatban állhat a dysmenorrhea elterjedtségével is.

Az endometriózis egyik vezető tünete a dysmenorrhea, és a dysmenorrheát az endometriózis egyik kockázati faktornak tekintik. A dysmenorrhea előtörténetű nőknek 2.6-szer nagyobb a kockázata a későbbi endometriózisa a normál menstruációjú nőkhöz képest (Treloar és mtsi., 2010).

Az endometriózis és a dysmenorrhea között számos hasonlóság figyelhető meg. Mindkét kórképben sikerrel szokták alkalmazni a fogamzásgátlókat, mivel ezek csökkentik a hormonszinteket és a hormonszint változások mértékét (Harada és mtsi., 2008). A másik alapvető farmakológiai rokonságot a nem szteroid gyulladáscsökkentők és a COX2 enzimre ható fájdalomcsillapítók mindkét kórképben tapasztalt hatásossága képviseli (Zahradnik és mtsi., 2010).

Mind az endometriózisa, mind a dysmenorrheára jellemző, hogy a fájdalmat a menstruáció során a méhben és a hasübbe kikerült méhszövetekben termelődő gyulladáskeltő anyagok okozzák. Mivel a gyulladáscsökkentő gyógyszerek gátolják ezen gyulladáskeltő anyagok felszabadulását, tüneti enyhülést nyújtanak. A fogamzásgátlók nem csak a hormonszintek csökkentésével, hanem a gyulladásfaktorok termelődésének közvetett gátlásával is javítanak a dysmenorrheás tüneteken (Dawood, 2006).

Kevésbé ismert, de vizsgálatokkal igazoltan hatékony a dysmenorrhea megelőzése cink szedésével. Az ajánlott adag: napi 1-3-szor 30 mg cinkglukonát a menstruáció kezdete előtt 1-4 nappal kezdve. A cink a vizsgálatok szerint szintén gátolja a méhben a gyulladáskeltő prosztaglandinok felszabadulását (Eby, 2007).

Összességében tehát megfogalmazhatjuk, hogy a dysmenorrhea gyulladással természetű probléma (Maybin és mtsi., 2011), és minden, ami a gyulladást növeli, az ront a tüneteken, ami pedig csökkenti a gyulladást, az enyhíti a menstruáció fájdalmasságát. A gyulladás mértékével arányosnak találják a dysmenorrheában gyakori heves vérzés is (Smith és mtsi., 2007).

A nyugati táplálkozást gyulladáskeltőnek tekintjük, mivel a finomított szénhidrátok fogyasztásán keresztül előbb-

utóbb a legtöbb emberben kialakul az inzulinrezisztencia, a viscerális zsír és a szervezetszintű gyulladás. Dysmenorrheára tehát azoknak van nagyobb esélye, akikben a szervezetszintű gyulladás jelen van, vagy magasabb szintet mutat. A szervezetszintű gyulladás közvetett mutatói az inzulinrezisztencia, BMI, vagy a viscerális zsír tömege. Sajnálatos módon, ilyen irányú kutatások dysmenorrheával kapcsolatban nem folytak. Mivel a dysmenorrhea a fiatal nők problémája, a figyelem kevésbé irányul a később jelentkező krónikus betegségek kockázati faktorai felé.

A táplálkozás és a dysmenorrhea kapcsolatát eddig komolyan még nem vizsgálták. A hormonszintek és a nemi érés szoros kapcsolatban áll azonban a táplálkozással. Természeti népeknél a nemi hormonok szintje jóval alacsonyabb, összefüggésben az alacsonyabb kalóriabevittel (Trevathan, 2010), a több rost fogyasztásával (Karelis és mtsi., 2010), a több mozgással (Trevathan, 2010) és az alacsonyabb BMI-vel. A BMI és a nemi hormonokat megkötő, azaz semlegesítő SHBG fehérje szintje fordítottan arányos. A természeti népeknél feltételezhetően ritkább a dysmenorrhea és a premenstruális szindróma is, de ezzel függ össze a mellrák és a nőgyógyászati rákok hiánya is.

A bőségtársadalmakban jóval magasabb az átlagos BMI, és a BMI-vel arányosan nő a nemi hormonok szintje. A nyugati táplálkozás a gabonafélékben és hüvelyesekben található különféle anyagok révén ugyancsak növeli a nemi hormonok szintjét. Ezt a hatást tovább fokozza a rostszegény táplálkozás (Adlercreutz, 1990). Ezért a nyugati nőknél az első menstruáció előbb jelenik meg és egész életük során magasabbak a hormonszintjeik, ami a fokozott hormonfüggő rákok kockázatát is nagyban megnöveli. A nyugati társadalmakban mind a korai menstruáció, mind a magas nemi hormon szint jellemző, ezért a nyugati társadalmakban élő, vagy a nyugatias életmódot követő nők hajlamosabbak a dysmenorrheára.

Ha a védőhatások felől közelítjük a kérdést, akkor az alacsonyabb kalóriabevétel a nyugati nőkben is csökkenti a nemi hormonok szintjét (Ziomkiewicz és mtsi., 2008), és ugyanilyen hatása van a sportnak is (Jasienska és mtsi., 2006). Egy összefoglaló szerinti a sport védőfaktor a dysmenorrheával szemben (Latthe és mtsi., 2006). A sok növényi rost fogyasztása, ami pl. a paleolit táplálkozást jel-

lemzi, lecsökkenti a nemi hormonok szintjét (Barnard és mtsi., 2000). Egy vizsgálatban dysmenorrheás nőket rostgazdag étrendre átváltva szignifikánsan csökkent a menstruációk fájdalmassága és ideje (Barnard és mtsi., 2000). A vizsgálatban résztvevő nők fogyása is hozzájárult dysmenorrheájuk javulásához a nemi hormonok szintjének csökkentésén keresztül. Egy indiai vizsgálatban a dysmenorrheás lányok közt tízszer annyi túlsúlyos volt, mint a normálisan menstruáló közt (Singh és mtsi., 2008).

A természeti népek tápláléka általában sok omega-3-at tartalmaz, amely gátolja a gyulladáskeltő prosztaglandinok termelődését. A nyugati ember az étolajokon, margarinnon keresztül nagyok sok omega-6-ot fogyaszt, ami viszont serkenti a prosztaglandinok termelődését. Egy dán vizsgálatban a menstruációs fájdalmak az alacsony állati termékek és alacsony omega-3 fogyasztással függték össze (Deutsch, 1995). Egy összefoglaló szerint a halogyasztás védőfaktorok bizonyult a dysmenorrheával szemben (Latthe és mtsi., 2006). Egy kéthónapos amerikai vizsgálatban menstruációs fájdalmakra panaszkodó nők 2 grammnyi EPA és DHA tartamú omega-3-at szedtek, és menstruációs fájdalmaik szignifikánsan lecsökkentek (Harel és mtsi., 1996).

Ennek az összefoglalónak a megírására az a tapasztalat ösztönözt minket, miszerint a paleolit táplálkozásra átvért megannyi nőnél számukra is váratlanul elmúltak a fájdalmas menstruációk. A váratlanságot azért is hangsúlyozzuk, mert manapság az emberek, ha valami számukra elfogadhatatlan hatás, rögtön a placebohatással magyarázzák. A jelenség természetesen létezik, de e jelenségnek fontos eleme a hatással szembeni pozitív, felfokozott elvárás. Ha egy éveken át visszatérő erős fájdalom "mellékesen" elmúlik, akkor joggal gondolhatunk valódi hatásra.

Mivel a dysmenorrhea, a medencetáji krónikus fájdalom és az endometriózis is (lásd. Endometriózis részt) gyulladással eredetű problémák, természetes, hogy a paleolit táplálkozás gyulladáscsökkentő hatása megszünteti, vagy enyhíti a panaszokat.

Forrás: www.tenyek-tevhitek.hu

Fehér fagyöngy (Viscum album)

Leírás és előfordulás:

félélősködő életmódot folytató örökzöld cserje. Domb- és hegyvidékeinken gyakori. A párás környezetet kedveli és a fák koronájában él. Leggyakoribb gazdanövényei: alma, nyár, fűz, hárs, vadkörte, vadgesztenye, juhar, magas kőris és erdei fenyő. A bükk-faféléken nem található meg. Ágai 50-100 cm hosszúak, villásan elágazók, gömbölyű bokrot képeznek. Levelei keresztben átellenesen vagy örvösen állnak, bőrneműek, vastagok, hosszúság-tojásdadok vagy lándzsásak, ép szélűek, kopaszok. Apró, sárga kétlaki virágai március-májusban nyílnak. Termése borsó nagyságú, gömbös, áttetsző fehér bogyó.

Felhasznált részei:

a levél (*Visci albi folium*) és a leveles hajtás (*Visci stipes - Ph. Hg.!*, = *Visci herba*).

Főbb hatóanyagok:

erős hatású fehérjék, lektinek, flavonoidok és egyéb anyagok.

Főbb hatások:

vérnyomáscsökkentő, immunstimuláns és tumorel- lenes.

Ajánlott napi adagja:

5-10 gramm, ill. azzal egyenértékű kivonat.

Felhasználás:

standardizált gyári készítmények formájában kórosan magas vérnyomás, degeneratív ízületi gyulladások és daganatos megbetegedések kezelésére, ill. a szervezet védekezőképességének fokozására; gyógytea- nak elkészítve más drogokkal együtt az enyhén emelkedett vérnyomás csökkentésére.

Megjegyzés:

a levelekből önma- gában készült gyógytea a rendkívül változó hatóanyagösszetétel miatt nem megbízható háziszser. Orvosi ellenőrzés mellett teakeverék alkotórészeként használható.

