

Rola lekarzy rodzinnych w propagowaniu i monitorowaniu stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) u kobiet w okresie klimakterium na terenie województwa lubelskiego w latach 2006–2007

Grażyna Orlicz-Szczęśna¹, Daniel Budzyński², Maciej Łopucki³, Agnieszka Grafka³

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² GSK Commercial Sp. z o.o.; Dział Medyczny, Warszawa

³ I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Orlicz-Szczęśna G, Budzyński D, Łopucki M, Grafka A. Rola lekarzy rodzinnych w propagowaniu i monitorowaniu stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) u kobiet w okresie klimakterium na terenie województwa lubelskiego w latach 2006–2007. *Med. Og. Nauk Zdr.* 2013; 19(4): 406–412.

Streszczenie

Wprowadzenie. W pracy przedstawiono wyniki badań dotyczących praktycznej realizacji opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie klimakterium, prowadzonej przez lekarzy rodzinnych z województwa lubelskiego.

Cel pracy. Celem pracy była ocena stosowania hormonalnej terapii zastępczej przez lekarzy rodzinnych z terenu województwa lubelskiego u kobiet w okresie klimakterium.

Materiał i metody. Dane uzyskano od lekarzy rodzinnych, którzy wypełniali kwestionariusz z pytaniami dotyczącymi m.in. sposobów postępowania medycznego w okresie okołomenopauzalnym oraz roli lekarza rodzinnego w realizowaniu opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie klimakterium. Pytano również o znajomość wskazań i przeciwwskazań do hormonalnej terapii zastępczej oraz motywów podejmowania decyzji o jej zastosowaniu. W badaniu epidemiologicznym posłużono się ankietą opracowaną przez autorów pracy. Wywiady ankierskie przeprowadzono w roku 2006 i 2007 na potrzeby badań prowadzonych w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. W badaniu wzięło udział 45 lekarzy rodzinnych pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego.

Wyniki. Na podstawie badań własnych stwierdzono, że zainteresowanie lekarzy rodzinnych diagnostyką dolegliwości okołomenopauzalnych i monitorowaniem hormonalnej terapii zastępczej jest niewystarczające. W chwili obecnej lekarz rodzinny w województwie lubelskim jest słabym ogniwem systemu ochrony zdrowia w obszarze diagnostyki okresu okołomenopauzalnego i monitorowania hormonalnej terapii zastępczej. Ta sytuacja wynika z zakresu szkolenia specjalizacyjnego i kompetencji przyznanych lekarzowi rodzinnemu przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wnioski. Wyniki badań własnych mogą być wykorzystane w reorganizacji systemu ochrony zdrowia oraz bezpośrednio na poziomie praktyki lekarskiej. Polepszenie opieki nad zdrowiem kobiet w okresie klimakterium przez lekarzy rodzinnych wymaga zorganizowania szkoleń uzupełniających oraz aktualizujących wiadomości.

Słowa kluczowe

kobiety w okresie klimakterium, lekarze rodzeni, leczenie

WPROWADZENIE

Klimakterium występującemu u kobiet między 45. a 55. rokiem życia może towarzyszyć wiele zaburzeń o charakterze somatycznym i psychosomatycznym [1, 2, 3].

Z danych piśmiennictwa wynika, że w okresie okołomenopauzalnym zwiększa się ryzyko wystąpienia raka endometrium, zwłaszcza przy współistniejącym PCOS (*Polycystic Ovary Syndrome*, zespół policystycznych jajników) [4]. Badania epidemiologiczne w Polsce wykazały, że co roku wykrywa się około dwu tysięcy nowych przypadków raka endometrium. Etiopatogeneza tego nowotworu wykazuje związek z nadmierną stymulacją estrogenową niezrównoważoną progesteronem. Jednakże cykliczna comiesięczna wstawka progestagenowa nie redukuje całkowicie tego ry-

zyka, szczególnie przy HTZ (hormonalna terapia zastępcza) prowadzonej przez powyżej 5 lat. Ryzyko raka endometrium nie wzrasta tylko podczas ciągłej, złożonej HTZ [5, 6].

Występujące w tym okresie zmiany w gruczole piersiowym uzależnione są od działania licznych hormonów, m.in. progesteronu, estrogenów, prolaktyny, hormonu wzrostu, insuliny, glikokortykosteroidów, hormonów tarczycy. Z danych piśmiennictwa, podobnie jak w przypadku raka endometrium, wynika, że zwiększa się częstotliwość występowania raka sutka [7, 8, 9, 10, 11].

W powszechnej praktyce lekarze, również lekarze rodzeni, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia raka sutka w trakcie HTZ, proponują progestagen z grupy SEEM (*Selective Estrogen Enzyme Modulators*, selektywne modulatory enzymów metabolizmu estrogenów) [12]. Z piśmiennictwa wynika, że długoletnia, trwająca powyżej 10 lat, estrogenowa terapia zastępcza zwiększa ryzyko wystąpienia raka jajnika, natomiast złożona HTZ, prowadzona w sposób ciągły nie ma takiego wpływu [13].

Adres do korespondencji: Agnieszka Grafka, I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
e-mail: grafkaagnieszka@yahoo.com

Nadesłano: 26 stycznia 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 27 maja 2013 roku



Rak jelita grubego jest nowotworem złośliwym często występującym po menopauzie. Przypuszcza się, że HTZ zmniejsza częstość jego występowania o około 1/3 dzięki działaniu ochronnemu estrogenów. Wyniki badań epidemiologicznych wykazały również, że HTZ zmniejsza częstość zachorowań na raka dróg żółciowych oraz wątroby. Jednak HTZ nie może być stosowana jako profilaktyka nowotworów przewodu pokarmowego [6, 7].

Wykazano również, że doustna HTZ u kobiet zwiększa ryzyko kamicy i zapalenia pęcherzyka żółciowego oraz nasila chorobę zakrzepowo-zatorową [14]. Dlatego też u tych kobiet, które decydują się na HTZ, zaleca się stosowanie terapii przeskórnej [7, 9, 15]. Doustna HTZ ma wpływ m.in. na obniżenie stężenia fibrynogenu, tkankowego aktywatora plazminogenu oraz PAI-1. Natomiast doustne podawanie estrogenów indukuje, a przeskórne hamuje wzrost syntezy w wątrobie czynników krzepnięcia oraz innych białek odgrywających ważną rolę w utrzymaniu hemostazy [3]. Przeciwwskazaniem do stosowania HTZ są wspomniane powyżej czynniki ryzyka ŻChZZ (żylna choroba zakrzepowo-zatorowa), zakrzepica w wywiadzie, planowany poważny zabieg operacyjny lub hospitalizacja i inne [10, 11, 16, 17].

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena stosowania HTZ przez lekarzy rodzinnych z terenu województwa lubelskiego u kobiet w okresie klimakterium.

MATERIAŁ I METODY

W latach 2006 i 2007 Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie przeprowadziła badania ankietowe dotyczące zalecenia HTZ przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W badaniu wzięło udział 45 lekarzy rodzinnych pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego, w tym 29 kobiet i 16 mężczyzn (odpowiednio 64,4% i 35,6% badanej grupy).

Zastosowany kwestionariusz zawierał pytania: zamknięte, jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, oraz otwarte. Pytania otwarte miały sprzyjać uzyskaniu jak najbardziej obiektywnych odpowiedzi, przez to najpełniej oddających opinię respondentów, oraz – przez brak sugestii w wymienionych opcjach – zminimalizować prawdopodobieństwo przypadkowego zaznaczenia odpowiedzi prawidłowej.

Lekarze wypełniali kwestionariusz zawierający 15 pytań. Pierwsze 4 pytania dotyczyły danych demograficznych (płeć, rok ukończenia studiów, rok uzyskania specjalizacji, miejsce pracy – wieś, miasto powiatowe, Lublin). Odpowiedzi na dalsze pytania dostarczyły informacji o źródłach aktualizacji wiedzy o hormonalnej terapii zastępczej oraz zachowaniach diagnostyczno-terapeutycznych, dotyczących pacjentek w okresie klimakterium.

Uzyskane dane opracowano statystycznie. Analizy statystyczne przeprowadzono pakietem statystycznym SPSS v.12 pl.

Zmienne w zebranych materiale reprezentowały w większości poziom pomiarowy kategoryjny bądź porządkowy. Mniej liczne były zmienne przedziałowe lub stosunkowe. W przypadku szeregu zmiennych, dokonano przekształceń polegających na łączeniu nielicznie reprezentowanych ka-

tegorii lub tworzeniu kategorii obejmujących wyznaczone z góry zakresy wartości. Metody prezentacji danych i analizy różnic w podgrupach dobierano zależnie od poziomu pomiarowego zmiennych. Analiza zmiennych porządkowych i kategoryjnych polegała na określeniu liczebności i udziału procentowego poszczególnych kategorii w podgrupach. Istotność różnic między podgrupami analizowano testem χ^2 [18, 19].

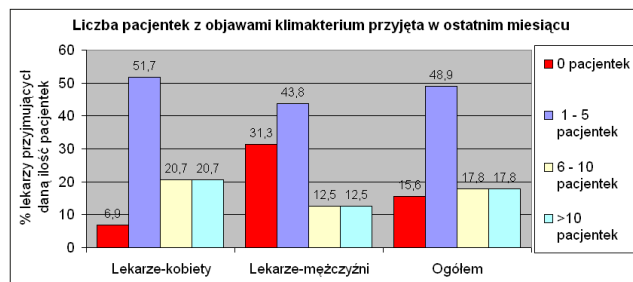
Dla zmiennych przedziałowych i stosunkowych podawano statystyki opisowe: liczebności, średnie i odchylenia standardowe w badanej populacji ogółem i w analizowanych podgrupach. Istotności różnic dla zmiennych przedziałowych i stosunkowych o rozkładach odbiegających istotnie od normalnego analizowano testem Manna-Whitneya (porównania dwóch kategorii niezależnych) lub testem Kruskala-Wallisa (porównania trzech lub większej liczby kategorii niezależnych). W przypadku zmiennej stosunkowej o rozkładzie zbliżonym do normalnego do oceny istotności różnic między grupami zastosowano analizę wariancji w klasyfikacji pojedynczej, uzupełnioną o testy porównań wielokrotnych. Wybór testu porównań wielokrotnych uzależniony był od oceny jednorodności wariancji w porównywanych grupach, której dokonywano testem Levene'a. W przypadku jednorodnych wariancji w podgrupach (wynik testu Levene'a nieistotny) do porównań wielokrotnych stosowano metodę uczciwie istotnej różnicy Tukeya (Honestly Significant Differences – HSD). Natomiast, jeśli wariancje w podgrupach były niejednorodne (wynik testu Levene'a istotny na $p < 0,05$), różnice analizowano testem T3 Dunnetta, odpowiednim dla przypadków niejednorodnych wariancji [19].

We wszystkich analizach, jako poziom krytyczny dla oceny istotności testowanych różnic, przyjęto $p_\alpha = 0,05$, uznając za znamienne statystycznie wartości statystyk dla $p < p_\alpha$.

WYNIKI

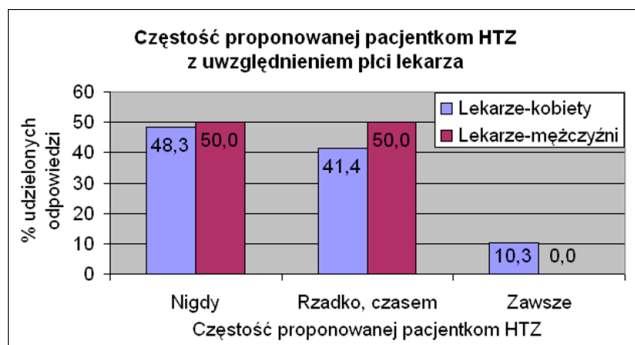
Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że 61,9% lekarzy przy wyborze preparatu do HTZ brało pod uwagę koszt leku. Takie zachowanie deklarowali jednakowo często lekarze-mężczyźni (62,5%), jak i kobiety (61,5%) ($p=0,95$). Podczas wyboru preparatu uwzględnianie kosztu jego zakupu deklarowali częściej lekarze z miasta powiatowego (75%) i Lublina (62,5%) niż pracujący na wsi (50%) ($p=0,424$).

Około połowa lekarzy przyjęła od 1 do 5 pacjentek z objawami klimakterium w ostatnim miesiącu. Z przeprowadzonych badań wynika, że lekarze-kobiety przyjęły statystycznie więcej pacjentek z objawami klimakterium niż lekarze-mężczyźni ($p=0,124$) (Rycina 1). Może to wynikać z bliższej komunikacji pomiędzy badanymi kobietami a lekarzami-kobietami.



Rycina 1. Liczba pacjentek z objawami klimakterium przyjętych w ostatnim miesiącu, z uwzględnieniem płci lekarza

Stosowanie HTZ proponowało pacjentkom 53,3% objętych badaniem lekarzy, pozostałe 46,7% lekarzy kierowało pacjentki do innego lekarza. W przypadku częstotliwości proponowanej pacjentkom HTZ, z uwzględnieniem płci lekarza, to odpowiedzi „zawsze” udzieliło: 10,3% lekarzy–kobiet i 0,0% lekarzy–mężczyzn. Około połowa lekarzy–kobiet i lekarzy–mężczyzn deklaruowała, że nigdy nie proponuje pacjentkom HTZ; podobnie, około połowa lekarzy–kobiet i lekarzy–mężczyzn deklaruowała, że „rzadko” lub „czasem” proponuje pacjentkom tę terapię (Rycina 2). Lekarze–kobiety i lekarze–mężczyźni jednakowo często proponowali i nie proponowali pacjentkom HTZ. Lekarze rodzinni pracujący na wsi (57,1%) i w mieście powiatowym (57,1%) częściej proponowali HTZ niż pracujący w Lublinie (41,2%).



Rycina 2. Częstość proponowanej pacjentkom HTZ, z uwzględnieniem płci lekarza

W uzyskanych odpowiedziach zaznacza się tendencja kierowania pacjentek głównie do ginekologa. Analiza statystyczna w odniesieniu do *odsyła/nie odsyła* nie wykazała istotności statystycznej dla żadnej z porównywanych kategorii: wieś/miasto powiatowe; wieś/Lublin; miasto powiatowe/Lublin. Tylko w ujęciu *odsyła / nie odsyła* dla kategorii: miasto (razem powiatowe i Lublin)/wieś zbliżona była do granicy znamienności statystycznej ($p=0,072$). Można zauważyć tendencję odsyłania pacjentek przyjmowanych na wsi prawie wyłącznie do ginekologów. Lekarze rodzinni pracujący w mieście powiatowym lub Lublinie również odsyłali pacjentki głównie do ginekologów, jednak częściej niż lekarze pracujący na wsi kierowali pacjentki do innych niż ginekologów specjalistów.

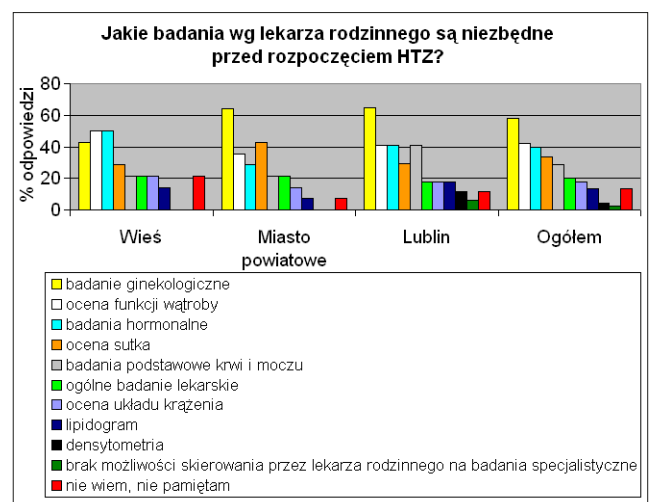
Wynik naszego badania wskazuje na to, że lekarze rodzinni spośród badań niezbędnych przed rozpoczęciem HTZ zalecali najczęściej badanie ginekologiczne, a następnie badanie czynności wątroby, badania hormonalne i badanie piersi.

Ponad 80% lekarzy stwierdziło, że kontynuuje prowadzenie HTZ zainicjowanej przez innego specjalistę. Nieco mniej, bo około 70% respondentów przyznało, że monitoruje kontynuowaną HTZ, natomiast jako zasadniczy sposób jej monitorowania wskazano odsyłanie pacjentki do ginekologa, który wdrożył HTZ. Mammografię (22,2%), badania hormonalne krwi (14,8%), USG (7,4%) i densytometrię (7,4%) lekarze rodzinni wymieniali jako najrzadziej zalecane przez siebie badania w celu monitorowania HTZ.

46,7% badanych lekarzy rodzinnych, na pytanie o motywy proponowania pacjentkom HTZ lub odsyłania pacjentek do innego specjalisty, nie podała ich w ogóle. Lekarze–mężczyźni (75,1%) częściej niż lekarze–kobiety (51,7%), proponując HTZ lub decydując się na jej odesłanie do innego lekarza, brali pod uwagę wskazania medyczne i brak przeciwwskazań do takiej kuracji. Zaobserwowano tendencję do zwracania większej uwagi na świadomość zdrowotną pacjentki – poziom

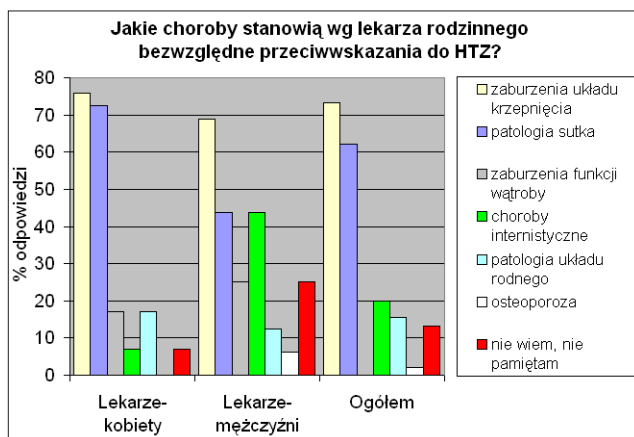
jej wiedzy medycznej przez lekarzy–kobiety (13,8%) niż lekarzy–mężczyzn (6,3%). Z kolei lekarze–mężczyźni zwracają większą uwagę niż lekarze–kobiety na takie czynniki jak wiek pacjentki (odpowiednio 12,5% i 0,0%) i względy organizacyjne, np. możliwość wykonania badań dodatkowych (odpowiednio: 6,3% i 0,0%). Analiza statystyczna odpowiedzi uzyskanych na pytanie o motywy proponowania pacjentkom HTZ lub odsyłania pacjentek do innego specjalisty wykazały, że nie podała ich w ogóle więcej lekarzy pracujących w mieście powiatowym (50%) i Lublinie (52,9%) niż pracujących na wsi (35,7%). Poza tym lekarze, bez względu na miejsce swojej pracy, proponując pacjentce HTZ lub odsyłając ją do innego, kierowali się głównie wskazaniami medycznymi (51,1%), świadomością zdrowotną pacjentki – poziomem jej wiedzy medycznej (11,1%) i brakiem przeciwwskazań (8,9%). Na stan majątkowy pacjentki i jej świadomość zdrowotną – poziom jej wiedzy medycznej częściej zwracali uwagę lekarze zatrudnieni na wsi (28,5%) niż w mieście powiatowym (7,1%) czy Lublinie (5,9%).

Lekarze rodzinni biorący udział w tym badaniu mieli również wskazać, jakie badania są niezbędne przed rozpoczęciem HTZ. Odpowiedź „nie wiem, nie pamiętam” zaznaczali najczęściej pracujący na wsi (21,4%), rzadziej w Lublinie (11,8%), a najrzadziej w mieście powiatowym (7,1%). Odpowiedzi „brak możliwości skierowania przez lekarza rodzinnego na badania specjalistyczne” nie udzielili pracujący na wsi i w mieście powiatowym, a z pracujących w Lublinie podała ją 5,9%. Podobnie te dwie grupy nie wymieniły densytometrii jako niezbędnego badania – na wsi i w mieście powiatowym lekarze nie odczuwają dyskomfortu pracy związanego z brakiem możliwości skierowania przez nich pacjenta na badania specjalistyczne; niewymienienie densytometrii wśród niezbędnych badań może wynikać z jej niedostępności na poziomie wsi i miasta powiatowego. Według udzielonych odpowiedzi, lekarze na wsi za niezbędne uważali badania: hormonalne (50%), oceniające funkcję wątroby (50%) i ginekologiczne (42,9%); w mieście powiatowym: badanie ginekologiczne (64,3%), ocenę piersi (42,9%) i ocenę funkcji wątroby (35,7%); zaś w Lublinie: badanie ginekologiczne (64,7%), badania hormonalne (41,2%), oceniające funkcję wątroby (41,2%) oraz badania podstawowe krwi i moczu (41,2%) (Rycina 3).

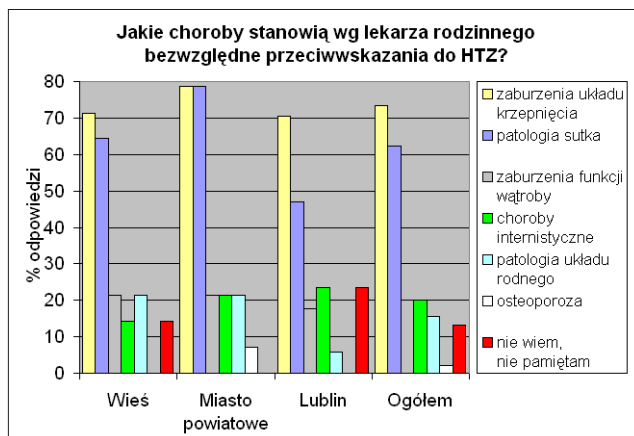


Rycina 3. Jakie badania, wg lekarza rodzinnego, są niezbędne przed rozpoczęciem HTZ (zależnie od miejsca pracy lekarza)

Kolejne pytania dotyczyły chorób, które stanowią bezwzględne przeciwwskazania do HTZ. Najczęściej wymieniane przez lekarzy–kobiety przeciwwskazania to zaburzenia układu krzepnięcia (75,9%) i patologia piersi (72,4%); lekarze–mężczyźni również najczęściej wskazywali na zaburzenia układu krzepnięcia (68,8%) i patologię piersi (43,8%) oraz dodatkowo na choroby internistyczne (43,8%). W badanej grupie żadna kobieta–lekarz i 6,3% lekarzy–mężczyzn wskazało na osteoporozę jako bezwzględne przeciwwskazanie do HTZ. Bez względu na miejsce pracy, najczęściej wymieniane przez lekarzy były: zaburzenia układu krzepnięcia (73,3%) i patologia piersi (62,2%) (Rycina 4). Lekarze pracujący na wsi (21,4%) i w mieście powiatowym (21,4%) częściej niż pracujący w Lublinie (5,9%) wymieniali również patologię układu rodnego. Osteoporoza, jako bezwzględne przeciwwskazanie do HTZ, została wymieniona tylko przez lekarzy pracujących w mieście powiatowym, co stanowiło 7,1% tej populacji i 2,2% badanej grupy (Rycina 5).

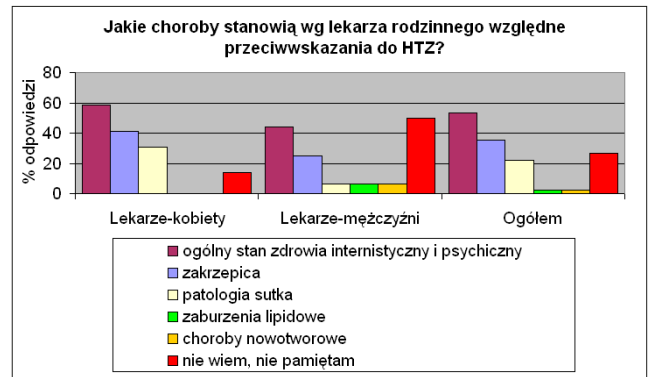


Rycina 4. Jakiek choroby stanowią bezwzględne przeciwwskazania do HTZ? (z uwzględnieniem płci lekarza)

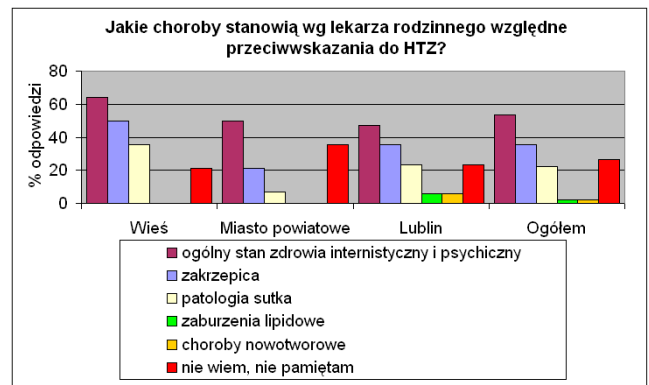


Rycina 5. Jakiek choroby stanowią bezwzględne przeciwwskazania do HTZ? (z uwzględnieniem miejsca pracy lekarza)

Następne pytania dotyczyły chorób, które stanowią względne przeciwwskazania do HTZ. Względne przeciwwskazania najczęściej wymieniane przez lekarzy–kobiety to: ogólny stan zdrowia internistyczny i psychiczny (58,6%), zakrzepica (41,4%) i patologia piersi (31%); lekarze–mężczyźni również najczęściej wymieniali ogólny stan zdrowia internistyczny i psychiczny (43,8%) oraz zakrzepicę (25%), ale znacznie rzadziej niż lekarze–kobiety wymieniali patologię



Rycina 6. Jakiek choroby stanowią względne przeciwwskazania do HTZ? (z uwzględnieniem płci lekarza)



Rycina 7. Jakiek choroby stanowią względne przeciwwskazania do HTZ (zależnie od miejsca pracy lekarza)

piersi (6,3%) (Rycina 6). Bez względu na miejsce pracy najczęściej wymieniane przez lekarzy były: ogólny stan zdrowia (53,3%) oraz zakrzepica (35,6%). Lekarze pracujący na wsi (35,7%) i w Lublinie (23,5%) wymieniali tu jeszcze patologię piersi, w odróżnieniu od pracujących w mieście powiatowym (7,1%) (Rycina 7).

W badaniach własnych nie wykazano istotności statystycznej preferowanych w HTZ preparatów.

DYSKUSJA

W piśmiennictwie trwa nadal dyskusja na temat sposobu polepszenia jakości życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym [5, 6, 10, 13].

Z obserwacji prowadzonej w ramach praktyki lekarskiej w poradniach ginekologicznych w Polsce wynika, że zainteresowanie lekarzy rodzinnych diagnostyką dolegliwości okołomenopauzalnych i monitorowaniem HTZ jest małe, co być może wynika z ograniczonych możliwości kompetencyjnych w ramach kontraktu z NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia) lub innych. Jedną z nich jest czas przeznaczony na szkolenie w dziedzinie opieki ginekologiczno-położniczej w trakcie specjalizacji medycyny rodzinnej, określony przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP). CMKP przewiduje staż kierunkowy w oddziale położniczo-ginekologicznym i poradni specjalistycznej trwający 3 miesiące (12 tygodni), w tym 9 dyżurów, z ogółem 24 miesiące programu specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej. Tak więc wymiar szkolenia jest zbyt krótki, aby przyszły lekarz medycyny rodzinnej mógł na optymalnym poziomie opa-

nować wiedzę i umiejętności dotyczące całości zagadnień położniczo-ginekologicznych. To również dotyczy menopauzy, okresu postmenopauzalnego i HTZ [20, 21, 22]. Uzyskiwane informacje na ten temat są niedostateczne, najczęściej wymieniane przez ankietowanych lekarzy rodzinnych źródła wiedzy o HTZ to samokształcenie oraz informacje uzyskane od przedstawicieli firm farmaceutycznych.

Inną przyczyną zaistniałej sytuacji może być ograniczony zakres kompetencji lekarza rodzinnego, świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach kontraktu zawieranego z NFZ. Nie przewiduje on bowiem możliwości finansowania w ramach ustalonej stawki kapitałowej wielu dodatkowych badań, m.in. oznaczenia FSH, estradiolu, prolaktyny, FT4, mammografii, USG piersi, rozmazu cytologicznego szyjki macicy, ultrasonografii przezpochwowej narządu rodnego, badania densytometrycznego i wielu innych.

Literatura medyczna dotycząca HTZ uwzględnia zarówno wiele pozytywnych, jak i negatywnych aspektów stosowania hormonów płciowych w okresie klimakterium. Kilka lat temu HTZ uważana była za najlepszy, najkorzystniejszy i bezpieczny dla zdrowia kobiety sposób redukcji objawów klimakterium. Prace z końca XX wieku, dotyczące terapii substytucyjnej z zastosowaniem estrogenów naturalnych, wskazywały, że taki sposób leczenia zmniejsza ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Uważano, że estrogeny naturalne, w przeciwieństwie do syntetycznych, nie zwiększają stężenia trójglicerydów frakcji VLDL i LDL oraz czynnika krzepnięcia VII, nie zmniejszają HDL i poziomu antytrombiny III, nie zwiększają też ryzyka nadciśnienia tętniczego. Twierdzono wówczas, że HTZ, znosząc uderzenia gorąca, zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia choroby Alzheimera, przez wpływ estrogenów na metabolizm białek prekursorowych β -amyloidu [3, 23, 24]. Jednak w ostatnich latach pojawiały się liczne prace wykazujące, że z HTZ mogą wiązać się nie tylko korzyści, ale również zagrożenia, i to większe niż dotąd uważano [8].

Szerokie dyskusje w środowisku lekarskim, w ostatnich latach dotyczyły badań klinicznych spełniających kryteria randomizowanych, np. WHI (*Women's Health Initiative*), HERS (*Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*), ERAS (*Estrogen Replacement and Atherosclerosis Study*), a także dużego MWS (*Million Women Study*). Wykazano, że HTZ nasila ryzyko wystąpienia raka piersi, powikłania zakrzepowo-zatorowe czy procesy starzenia w ośrodkowym układzie nerwowym, których efektem jest choroba Alzheimera [3, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31].

Po ogłoszeniu wyników badań WHI, HERS, ERAS i MWS Grupa Ekspertów Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wydała „Rekomendacje w sprawie stosowania hormonalnej terapii zastępczej”. Zawierają one m. in. następujące zapisy: HTZ nie powinna być stosowana w celu pierwotnej czy wtórnej prewencji chorób układu krążenia, zwłaszcza u kobiet obciążonych chorobami układu krążenia, czy też w zaawansowanym wieku. Rekomendowane jest zindywidualizowane dobieranie HTZ, z uwzględnieniem korzyści i ryzyka takiej terapii oraz jak najbardziej świadomym udziałem kobiety w podejmowaniu tej decyzji [32].

Podobny consensus na temat wpływu HTZ okresu menopauzalnego na układ sercowo-naczyniowy zawarto we wspólnym stanowisku zespołu ekspertów PTG (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne), PTK (Polskie Towarzystwo Kardiologiczne) i PTMiA (Polskie Towarzystwo Menopauzy i Andropauzy) [33].

Jak wiadomo, różnorodność polimorfizmów genetycznych u ludzi ma wpływ na metabolizm hormonów endogennych i egzogennych. Szansą na optymalizację kwalifikowania kobiet do HTZ, indywidualizację dawki hormonów i w konsekwencji podniesienie poziomu bezpieczeństwa tej terapii jest rozwój i zwiększenie dostępności diagnostyki genetycznej [34].

Dane, dotyczące badań koniecznych do wykonania przed rozpoczęciem HTZ oraz motywów proponowania pacjentkom HTZ lub odsyłania ich do innego specjalisty, wskazują na potrzebę wdrażania działań mających na celu zwiększenie roli lekarza rodzinnego w proponowaniu i monitorowaniu HTZ. To właśnie na lekarzach rodzinnych spoczywa obowiązek szybkiego rozpoznania zaburzeń okresu klimakterium i skierowania pacjentki do odpowiedniego specjalisty.

Zadaniem lekarza rodzinnego w zakresie szybkiego wykrycia objawów klimakterium i wdrożenia odpowiedniej HTZ jest przede wszystkim aktywne wykrywanie symptomów klimakterium.

Aby zalecić kobiecie stosowanie HTZ zaleca się zebranie dokładnego wywiadu, rozważenie wskazań, przeciwwskazań, z uwzględnieniem korzyści i ryzyka takiej terapii. Do spełnienia tych warunków wstępnych, przed podjęciem HTZ, niezbędne jest wykonanie ogólnego badania lekarskiego, badania ginekologicznego z badaniem gruczołów piersiowych i szeregu badań dodatkowych takich jak: mammografia, USG piersi, rozmaz cytologiczny z szyjki macicy, ultrasonografia przezpochwowa narządu rodnego. Dodatkowo, jeżeli pacjentka jest w grupie ryzyka innych chorób, wykonywane są stosowne badania określające profil lipidów, poziom glukozy, FSH, estradiolu, prolaktyny, TSH, FT4, oceniające enzymy wątrobowe, układ krzepnięcia oraz badanie densytometryczne [26, 32, 34, 35].

Nastawienie kobiet i stan wiedzy o zmianach zachodzących w ich organizmie w okresie klimakterium oraz o możliwościach profilaktyki i leczenia zaburzeń zdrowia występujących w tym okresie życia kobiety nie jest zadowalający. Deficyt wiedzy zdrowotnej na temat przekwitania i HTZ jest często przyczyną błędnego wiązania przez kobiety objawów, które nie mają związku z okresem klimakterium. Z tego właśnie powodu należy prowadzić edukację pacjentek dotyczącą objawów ostrzegawczych przed klimakterium. Celem takiej edukacji jest wpojenie przekonania, że szybkie rozpoczęcie leczenia znacznie wpłynie na poprawę jakości ich życia. Zadaniem lekarza rodzinnego jest optymalizacja leczenia oraz proponowanie zdrowego stylu życia. Opieka nad kobietą w okresie klimakterium musi uwzględniać nie tylko aspekty medyczne, ale także funkcjonowanie psychiczne i społeczne [10, 36].

Znajomość wszystkich powyższych zaleceń postępowania z pacjentkami w okresie klimakterium może ułatwić podejmowanie decyzji terapeutycznych oraz mieć wpływ na poprawę wyników leczenia [14, 26, 32, 34, 35].

WNIOSKI

Lekarz rodzinny jest zobowiązany do prowadzenia HTZ bądź skierowania pacjentki do specjalisty. Jego zadanie polega na identyfikacji i leczeniu najważniejszych symptomów klimakterium, propagowaniu zdrowego stylu życia oraz wykonywaniu badań kontrolnych.



W badaniach własnych lekarze rodzinni jako główne źródło wiedzy na ten temat wymieniali samokształcenie oraz informacje i piśmiennictwo otrzymywane od przedstawicieli firm farmaceutycznych, co może świadczyć o braku odpowiedniej oferty szkoleniowej w tym zakresie. Poprawienie opieki nad zdrowiem kobiet w okresie klimakterium przez lekarzy rodzinnych wymaga zorganizowania szkolenia uzupełniającego oraz aktualizującego wiadomości, względnie udostępnienia materiałów edukacyjnych z tego zakresu.

PIŚMIENNICTWO

1. Bińkowska M, Pietrzak B, Dębski R. Hormonalna terapia zastępcza w grupie kobiet polskich w wieku 45–54 lat. Wiedza, opinia, stosowanie. *Przegl Menopauzal.* 2005; 2: 19–27.
2. Bodera P, Poznański S, Dobrzański P. Menopauza – fizjologiczny okres w życiu kobiety. *Przewodnik Lekarza.* 2005; 5: 74–77.
3. Grzechocińska B. Problemy okresu menopauzy. Możliwości terapii. *Medycyna Rodzinna.* 2004; 2: 55–60.
4. Stachowiak G, Zając A, Pertyński T. Wpływ zespołu policystycznych jajników na przebieg okresu menopauzy. *Przegl Menopauzal.* 2013; 2: 146–149.
5. Mondul AM, Rodriguez C, Jacobs EJ, Calle EE. Age at the natural menopause and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol.* 2005; 162: 1089–1097.
6. Bińkowska M. Hormonalna terapia zastępcza – zagrożenia. *Przegl Menopauzal.* 2002; 1: 7–10.
7. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML i wsp. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* 2002; 288: 321–233.
8. Kanady W. Hormonalna terapia zastępcza – terapia ciągłych kontrowersji. *Przegl Menopauzal.* 2004; 2: 30–38.
9. Suchecka-Rachoń K, Rachoń D. Rola hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) u kobiet w okresie pomenopauzalnym. *Choroby Serca i Naczyń.* 2005; 2: 115–124.
10. Dąbrowska J, Naworska B, Dąbrowska-Galas M, Skrzypulec-Plinta V. Rola wysiłku fizycznego w okresie menopauzy. *Przegl Menopauzal.* 2012; 6: 445–448.
11. Gabriel M, Pawlaczyk K, Krasiński Z, Dzieciuchowicz Ł. Niewydolność żylna u kobiet w wieku pomenopauzalnym. *Przegl Menopauzal.* 2011; 4: 279–283.
12. Pertyński T, Stachowiak G. Czy się kierować w doborze progestagenu do terapii hormonalnej wieku menopauzalnego? *Przegl Menopauzal.* 2008; 3: 132–137.
13. Spaczyński M. Wprowadzenie do Rekomendacji Zarządu Głównego PTG w sprawie stosowania hormonalnej terapii zastępczej (Stan wiedzy na dzień 10.07.2004 r. – prof. dr hab. n. med. Tomasz Pertyński) *Ginekol Prakt.* 2004; 4: 2–4.
14. Pertyński T, Stachowiak G, Stetkiewicz T, Faflik U. Wpływ przeskórnej terapii hormonalnej na ryzyko zakrzepowo-zatorowe u kobiet w okresie menopauzy. *Przegl Menopauzal.* 2006; 2: 92–95.
15. Barczyński B, Kotarski J. Terapia hormonalna a choroba zakrzepowo-zatorowa. *Przegl Menopauzal.* 2008; 3: 127–131.
16. Warren MP. A comparative review of the risks and benefits of hormone replacement therapy regimens. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190: 1141–1167.
17. Cushman M, Kuller LH, Prentice R, Rodabough RJ, Psaty BM, Stafford RS i wsp. Women's Health Initiative Investigators. Estrogen plus progestin and risk of venous thrombosis. *JAMA.* 2004; 292: 1573–1580.
18. Fergusson GA, Takane Y. Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice. Warszawa: PWN; 1999.
19. Watała C. Biostatystyka – wykorzystanie metod statystycznych w pracy badawczej w naukach biomedycznych. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press; 2002.
20. CMKP: Program specjalizacji w medycynie rodzinnej. Warszawa 2005. http://www.cmkp.edu.pl/programy_pdf/Medycyna%20rodzinna%20podstawowy%202005.pdf. (dostęp: 7.10.2011).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów.
22. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. *Dz.U.* 2011 nr 113 poz. 658.
23. Fillit H, Luine V. The neurobiology of gonadal hormones and cognitive decline in late life. *Maturitas.* 1997; 26: 159–164.
24. Tang MX, Jacobs D, Stern Y, Marder K, Schofield P, Gurland B i wsp. Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer disease. *Lancet.* 1996; 348: 429–432.
25. Herrington DM, Reboussin DM, Klein KP, Sharp PC, Shumaker SA, Snyder TE i wsp. The estrogen replacement and atherosclerosis (ERA) study: study design and baseline characteristics of the cohort. *Control Clin Trials.* 2000; 21: 257–285.
26. Women's Health Initiative. <http://www.whi.org> (dostęp: 7.10.2011).
27. Woźniakowska E, Milart P, Woźniak S, Wrona W, Szkodziak P, Paszkowski M, Czuczwar P, Paszkowski T. Standardy hormonalnej terapii zastępczej po *Women's Health Initiative* – przegląd najnowszych doniesień dotyczących znaczenia drogi podania dla profilu bezpieczeństwa terapii. *Przegl Menopauzal.* 2013; 1: 83–86.
28. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, Wu L, Barad D, Barnabei VM, Ko M, LaCroix AZ, Margolis KL, Stefanick ML. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA.* 2007; 297(13): 1465–77.
29. Stachowiak P, Jastrzębska B, Motyl O, Michalska M, Kardyńska K, Pelczarska M, Bielińska I, Przybycień K. Ocena wpływu hormonalnej terapii zastępczej na występowanie choroby wieńcowej po 8 latach obserwacji. *Folia Cardiologica Excerpta.* 2010; 5(6): 388–393.
30. Million Women Study Collaborators. Ovarian cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet.* 2007; 369: 1–8.
31. Panay N. Does hormone replacement therapy cause breast cancer? Commentary on Shapiro et al. papers, Parts 1–5. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care.* 2013; 0: 1–3.
32. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie stosowania hormonalnej terapii zastępczej (10.07.2004). *Ginekologia Po Dyplomie.* 2004; 6.
33. Kornacewicz-Jach Z, Czarnecka D, Rynkiewicz A, Kotarski J, Paszkowski T, Pertyński T i wsp. Stanowisko zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy na temat wpływu terapii hormonalnej okresu menopauzalnego na układ sercowo-naczyniowy. *Kardiol Pol.* 2009; 67: 72–76.
34. Drews K, Seremak-Mrozikiewicz A. Indywidualna hormonalna terapia zastępcza? *Przegl Menopauzal.* 2004; 4: 38–47.
35. Pertyński T. Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego. Warszawa: Wydawnictwo Urban & Partner, 2004.
36. Pertyński T, Stachowiak G, Stetkiewicz T. Rola ginekologa w okresie pre i okołomenopauzalnym. *Przegl Menopauzal.* 2007; 11: 63–69.



Role of general practitioners in promoting and monitoring of hormone replacement therapy (HRT) among climacteric women in Lublin Voivodeship in 2006–2007

■ Abstract

The study presents the results of research on the practical health care implementation for climacteric women by general practitioners in Lublin Voivodeship.

The aim of this study was to assess the use of hormone replacement therapy among climacteric women by general practitioners in Lublin Voivodeship.

Data were obtained from general practitioners who completed a questionnaire about, inter alia, ways of medical practices during the perimenopausal period and the role of general practitioners in the provision of health care for climacteric women. They were also asked about knowledge concerning indications and contraindications to hormone replacement therapy and the reasons for deciding on its use. A questionnaire designed by the authors was used in the epidemiological study. Research was conducted in 2006–2007 in the Department of Internal Diseases at the Medical University in Lublin. The study involved 45 general practitioners working in primary health care in Lublin Voivodeship.

Based on own study, it was confirmed that general practitioners' interest in the perimenopausal symptoms diagnostics and hormone replacement therapy monitoring is insufficient. Currently, a general practitioner in Lublin Voivodeship is the weakest link in the health care system when dealing with the diagnostics of the perimenopausal period and monitoring hormone replacement therapy. This situation results from the range of specialized training and competences conferred on a general practitioner by the National Health Fund.

The presented results may be used in the health care system reorganization and directly at the level of medical practice. Improving health care for women during menopause by general practitioners requires the organization of additional training and updating of knowledge in this area.

■ Key words

climacteric women, general practitioners, treatment

