Klimakterické problémy a jejich řešení v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Peter Koliba, CSc.

Gynekologická ambulance GYNARTIS, s. r. o., Ostrava

Přehledový článek o aktuálních možnostech řešení klimakterických problémů v ordinaci praktického lékaře. Klimakterium je přirozené období v životě ženy, kdy dochází k útlumu produkce estrogenů a progesteronu, které nevyžaduje zdravotní péči. Klimakterické potíže zcela přirozené nejsou, pokud ovlivňují běžný život ženy, lékař by jim měl věnovat pozornost, diagnostikovat je a léčit. Pro ordinaci praktického lékaře není primárně určená hormonální léčba. Nabízí se ale celá řada doporučení a možností alternativní léčby. V mnoha případech je nezbytná ordinace antidepresiv, hlavně u pacientek, kde se objeví úzkostná porucha, poruchy spánku nebo poruchy příjmu potravy. Důležitá je úprava životosprávy, pomáhají vitaminy a přírodní produkty s obsahem fytoestrogenů, dále rehabilitace a fyzioterapie, s použitím fyzikálních metod. Nezastupitelnou roli má trpělivý rozhovor lékaře s pacientkou, projev empatie a pochopení a zájem lékaře pacientku vyslechnout. Právě změny chování, nedostatek komunikace a pochopení rodiny a okolí často zhoršují vnímání klimakterických problémů.

Klíčová slova: klimakterium, ženské zdraví, menopauza, hormonální substituční terapie, fytoestrogeny, návaly horka, klimakterický syndrom, nedostatek estrogenů, psychoterapie.

Managing climacteric problems in the general practitioner's surgery

A review article on the current management options for climacteric problems in the general practitioner's surgery is presented. The climacteric is a natural period in the life of a woman in which there is a decline in oestrogen and progesterone production, which in some women may require medical attention. Climacteric problems are not completely natural, particularly when affecting a woman's everyday life, and should be paid attention to, diagnosed, and treated by health care providers. Hormonal therapy is not primarily intended for general practice. Nevertheless, a number of recommendations and alternative treatment options are available. In many cases, antidepressants have to be prescribed, particularly in patients presenting with an anxiety disorder, sleep disorder, or eating disorder. Lifestyle modification is of importance, vitamins and natural products containing phytoestrogens may be helpful, as may rehabilitation and physiotherapy, using physical methods. It is of major importance for the doctor to engage in an unhurried conversation with the patient, as well as to show empathy and understanding and an interest in hearing the patient out. It is behavioural changes, lack of communication, and poor understanding by her family and community that often worsen the patient's perception of climacteric problems.

Key words: climacteric, women's health, menopause, hormone replacement therapy, phytoestrogens, hot flushes, climacteric syndrome, low oestrogen, psychotherapy.

Klimakterium je přirozený stav v životě ženy, kdy dochází k útlumu funkce vaječníků, takže se snižuje tvorba hormonů estrogenů a progesteronu. Postupně se ukončuje menstruační cyklus a nastává ztráta plodnosti – žena není schopna otěhotnět přirozenou cestou. Důsledkem je ukončení menstruačních cyklů a trvalá zástava menstruačního krvácení,

amenorea. Poslední menstruační krvácení označujeme jako **menopauza** (je to poslední menstruační krvácení, po kterém již žena nekrváčí celý 1 rok). Klimakterium a menopauza tedy není totéž a je důležité tyto pojmy rozlišovat. Klimakterium je celé období, kterým žena prochází, přibližně mezi 45. až 55. rokem věku ženy, ale jsou zde značné individuální

odchylky. **Průměrný věk menopauzy u nás je asi 51 let.** Postupným snižováním počtu aktivních folikulů v ovariu dochází k poklesu tvorby estradiolu a také progesteronu. Laboratorním znakem těchto změn je **zvýšení FSH** (folikuloestimulačního hormonu). Zdrojem estrogenů u postmenopauzálních žen je pak pouze periferní konverze androgenů stromálních a hilo-

vých buněk ovaria a nadledvin. Tato konverze probíhá zejména v tukové tkáni. Laboratorním kritériem klimakteria je sérová hladina FSH > 40 IU/l, $17\text{-}\beta$ estradiolu $< 0,1$ nmol/l a inhibinu < 72 IU/l (1, 2). Příznaky klimakteria a menopauzy nemusí být, kromě vynechání menstruačního krvácení, žádné. U některých žen je toto období méně náročné, dokonce zůstává nepovšimnuto, ale u dvou třetin žen se nedostatek estrogenů projeví ve formě klimakterického syndromu (3, 4).

I když jde o fyziologické změny související s věkem, klimakterium je často doprovázeno řadou projevů, které vedou u některých žen k potížím, které vyžadují zdravotní péči a se kterými se ženy obrací na lékaře se žádostí o pomoc. **Návaly horka a pocení** (bývají až u 75 % žen), nervozita, změny nálad, příznaky únavy, podrážděnost, nesoustředěnost, nespavost nebo deprese. Vedle vazomotorických symptomů k akutním příznakům patří i symptomy somatické, jako parestezie končetin a obličej, závratě, palpitace, poruchy srdečního rytmu, bolesti hlavy, svalů a kloubů, bolesti v srdeční krajině a psychické symptomy, jako změny nálady, stavy úzkosti a deprese. Komplex všech těchto příznaků v nejrůznějším složení a intenzitě vymezuje abnormální stav, který v odborné terminologii označujeme **jako klimakterický syndrom**. Potíže klimakterického syndromu neohrožují zdraví ženy bezprostředně, ale signalizují riziko vážnějších poruch v pozdějším věku, proto je nelze přehlížet (4, 5, 6).

Závažnější jsou důsledky chybění estrogenů, které vedou k organickým změnám a které označujeme jako **estrogen deficitní syndrom**. Tyto organické změny v ženském těle, které jsou příčinou celé řady onemocnění, by měl lékař správně diagnostikovat a léčit. Zde patří postupný rozvoj **osteoporózy** (ztráta kostní hmoty 1–2 % za rok) a následné fraktury obratlů, stehenní kosti a předloktí. Dominantním příznakem v klinice organického estrogen-deficitního syndromu je atrofická vaginitis. Je způsobena atrofizací vaginální sliznice, ztrátou obranyschopnosti pochvy na základě vymizení laktobacila a zvýšení pH vaginálního prostředí (7). Častější je proto výskyt vaginálních bakteriálních infekcí a zánětů. V konečném důsledku se mohou promítat do poruch sexuálního soužití partnerů. Sekundární

infekce vede k zánětu pochvy s výtokem. Patogenní agens bývají nejčastěji kvasinky, streptokoky a střevní bakterie – *Escherichia coli* a *Enterococcus*. Urologická symptomatologie se projevuje urgentním nucením na moč, polakisurií, nykturií, někdy dysurií a inkontinencí moči (7).

Problémem je vzestup výskytu cévních a srdečních onemocnění, hypertenze, změny v metabolismu lipidů – hlavně cholesterolu a triglyceridů a s tím související zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění (5, 8).

Menopauzální příznaky dělíme na akutní, subakutní a chronické. Soubor akutních příznaků označujeme jako klimakterický syndrom. Jeho příznaky vznikají někdy náhle, někdy pozvolna v období kolem menopauzy. **Klimakterický syndrom** je řada projevů s velkou individuální rozdílností. Přesto, že klimakterium je fyziologický stav, klimakterické potíže již přirozené nejsou a lékař by jim měl věnovat pozornost, diagnostikovat je a léčit. Proč k nim dochází jen u určité části žen, nebylo zatím dostatečně vysvětleno (3, 4).

V akutní symptomatologii dominují vazomotorické projevy, projevující se jako návaly horka a pocení. Návaly horka, trvající v průměru 3–4 minuty a často doprovázené pocením (ve spánku se projevují jako noční poty) jsou charakteristický průvodní jev klimakteria (6). Vyskytují se u více než 85 % žen starších 45 let. Potíže v průměru trvají asi 5 let, u některých žen i déle. Asi u 25 % žen se objevují již před menopauzou. Závažnost vazomotorických symptomů spočívá hlavně ve **zhoršení kvality života** (2, 3, 9).

Subakutní a chronické příznaky jsou důsledkem dlouhodobého deficitu estrogenů. Projevují se ve všech orgánech, kde jsou estrogenní receptory. Poměrně hodně estrogenových receptorů je v kůži, a tak dochází ke zvýšené tvorbě vrásek, ztenčení kůže, její větší zranitelnosti, suchosti, depigmentaci, dále ke zvýšené lomivosti nehtů a vypadávání vlasů. Obdobnou příčinu má také suchost rohovky, spojivky i slzných žláz, to vede k častějším infekcím těchto tkání (10). Vaginální suchost, častější poševní a močové infekce a problémy s močovou inkontinencí rovněž deficit estrogenů zhoršuje (7).

Patří zde také poruchy metabolismu kostí, zvýšení resorpce, které vede k osteopenii a os-

teoporóze, která je příčinou častých osteoporotických zlomenin u postmenopauzálních žen. Proto se doporučuje měření BMD (bone mineral density). Jejich léčba vyžaduje zvýšený příjem vápníku a vitamínu D. Dále dlouhodobý deficit estrogenů způsobuje změny v metabolismu lipidů, karbohydrátů, které vedou k poškození zdraví a ohrožení života v podobě infarktu myokardu, náhlé mozkové příhody. Těmto vážným následkům předchází většinou klinicky němé období dyslipidemie, poruch karbohydrátového metabolismu, hypertenze, aterosklerózy (8). Tyto problémy se často podceňují a obecně jsou vnímány jako projev stárnutí organismu.

Psychické obtíže. Dalším důležitým účinkem estrogenů je ovlivňování látkové výměny v mozku. Jejich nedostatek se projevuje celou škálou příznaků – snižování hladiny serotoninu způsobuje deprese, nedostatek endorfinů pocitu úzkosti, kolísání nálad, popudlivost, plačtivost, uzavírání se do sebe. Trpí i spánek – od obtížného usínání, přes opakované probouzení se; snižuje se rovněž kvalita spánku, zkracují se fáze „hlubokého“ spánku. Výsledkem je chronický spánkový deficit, projevující se zvýšenou únavou, zhoršováním psychické výkonnosti, poruchami paměti, sníženou schopností učit se novým věcem, zpomalenými reakcemi. To vše má za následek ztrátu sebedůvěry a prohlubování depresivních stavů (11).

Etiologie vazomotorických symptomů a ostatních symptomů klimakterického syndromu zůstává stále nejasná. Existuje řada teorií, z nichž ani jedna nebyla vědecky potvrzena. Pro starší teorii ovlivnění termoregulačního centra mozku změnami v endokrinní soustavě v době klimakteria by svědčila velká úspěšnost estrogenů v léčbě vazomotorických symptomů. I přes tuto skutečnost je asi u 10–15 % žen klimakterický syndrom vůči estrogenům rezistentní a existuje **určitá úspěšnost alternativních terapií**. Na složitost problému ukazují nepřesvědčivé výsledky velkého množství studií, které dodnes nedošly k jasnému závěru a končí konstatováním, že **etiologie vazomotorických symptomů je nejasná**. Také možnosti predikce těžkých klimakterických symptomů na základě hormonálního vyšetření, vztah mezi hladinami estradiolu a závažností symptomů nevyka-

zuje jednoznačnou korelaci. Byly však zjištěny významně zvýšené hladiny serotoninu u žen s těžkými klimakterickými potížemi. Endokrinní změny u žen s klimakterickou symptomatologií však neumožňují jednoznačné závěry. Některé ženy s expozicí vysokých hladin steroidních hormonů vykazovaly normální funkce, zatímco jiné s podobnými hladinami měly těžké symptomy (2). Bylo však zjištěno, že nižší hladiny testosteronu byly spojeny s nižší kvalitou života, zhoršením paměti, snížením fyzické zdatnosti, zhoršením nálady, snížením energie a sebejistoty a zhoršením spánku (7, 12).

Návštěva lékaře při klimakterických problémech je nutná při výrazných obtížích, které omezují běžné denní aktivity.

Léčba klimakterického syndromu

Léčbu klimakterického syndromu můžeme dělit na **hormonální a nehormonální**. Hormonální terapie (HT) je nejúčinnější léčbou vazomotorických symptomů (9, 12, 13).

Dělíme ji na:

- estrogen-progestogenní terapie – EPT u žen s dělohou,
- estrogenní terapie – ET u žen bez dělohy.

Estrogenní deficit by měl být v zásadě léčen **hormonálně, což je léčba kauzální**. Substituce hormonů je účinná, avšak má i svá rizika. K potlačení klimakterických příznaků a zdravotních problémů je nejúčinnější, ale také nejvíce diskutovaná a kontroverzní tzv. **hormonální substituční terapie** (HST, také HRT = hormone replacement therapy), při které se dodávají organismu chybějící hormony (14). Tato léčba ale není vhodná pro každou ženu, která má klimakterické problémy. Také ne všechny pacientky s hormonální léčbou souhlasí a jsou ochotné ji užívat. Vazomotorické symptomy jsou primární indikací pro postmenopauzální hormonální terapii. **Hormonální léčbu by však měl předepisovat praktický gynekolog**. Tato léčba je určena pro ženy s těžší formou klimakterického syndromu a měl by ji ordinovat a předepisovat gynecolog,

který má zkušenosti v klimakterické medicíně (12, 13). Neměla by se podávat ženám s karcinomem prsu a ženám, které mají trombofilii nebo hlubokou žilní trombózu (9, 15). Tam, kde jsou estrogeny nevhodné, volíme alternativní způsoby léčby. Všechny tyto prostředky ovšem nejsou tak účinné jako estrogeny (14, 15).

Možnosti léčby v ordinaci praktického lékaře

Pro ordinaci praktického lékaře jsou vhodnější nehormonální a alternativní metody a doporučení. V praxi rozlišujeme **léky na lékařský předpis**, aby se předešlo nežádoucím účinkům a poškození zdraví pacienta. Jde např. o antidepresiva, hormonální přípravky, včetně hormonální substituční léčby, diuretika, sedativa apod. Léky bez lékařského předpisu a **doplňky stravy** jsou volně prodejné. Na rozdíl od léků, u kterých je posuzována bezpečnost, účinnost a kvalita, se u doplňků stravy zkoumá pouze zdravotní nezávadnost a účinky uváděné výrobcem nejsou nikým

ověřovány. Pacientky často žádají lékaře o radu, který z těchto doplňků je vhodnější. Mezi možnostmi zlepšení klimakterických obtíží patří rehabilitace a fyzioterapie, s použitím fyzikálních metod jako je elektroterapie, akupunktura, až po fytohormony a antidepresiva (16).

Antidepresiva. V mnoha případech klimakterické problémy negativně ovlivňují nejenom zdravotní stav, ale především psychiku ženy. Jak jsme již uvedli, nedostatek estrogenů se projevuje celou škálou příznaků – snižování hladiny serotoninu způsobuje deprese, nedostatek endorfinů pocitu úzkosti. Klimakterické problémy zhoršují také změny v psychosociální oblasti – pocit ztráty atraktivity, tzv. syndrom „prázdného hnízda“ – odchod dospělých dětí z domácnosti, ztráta zaměstnání apod. V těchto případech často dochází ke stavům úzkosti, které souvisejí s psychosomatickým, organickým nebo psychogenním dopadem a zde je indikovaná léčba antidepresiv. Antidepresiva zmenšují příznaky klimakterického syndromu u žen a jsou vhodné nejenom při kontraindikaci hormonální léčby. Antidepresiva se obvykle užívají nejen na léčbu deprese, ale i u jiných poruch, jako jsou úzkostná porucha, poruchy spánku a poruchy příjmu potravy. V současné době má praktický lékař k dispozici celou řadu z této skupiny léků. Nejčastěji předepisovanými typy antidepresiv jsou tzv. SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), MAOI (inhibitory monoaminoxidázy) a tricyklická antidepresiva. Tyto druhy léků ovlivňují funkci neurotransmiterů v centrální nervové soustavě, což se může podílet na potížích žen v klimakteriu. Pacientky by měly být léčeny dostatečně dlouhou dobu, obvykle několik měsíců nebo déle. Léčba by měla být pravidelně přehodnocována případ od případu. Podávání antidepresivních léčivých přípravků má pokračovat nejméně ještě 6 měsíců po dosažení remise (17).

Venlafaxin (ARGOFAN, EFECTIN, ELIFY) v denní dávce 75 mg snižuje návaly u 60 %. Pacienti užívající venlafaxin mohou mít zvýšené riziko krvácení. Jako psychoaktivní lék může snížit schopnost úsudku, myšlení a ovlivnit motorické schopnosti. Každý pacient léčený venlafaxinem má být proto poučen ohledně ovlivnění schopnosti řídit motorové vozidlo.

Escitalopram (EPRESINAL) – obvyklá dávka je 10 mg jednou denně.

Gabapentin (GABA) – kyselina γ -aminomáselná (GABA) je hlavní inhibiční mediátor v centrálním nervovém systému. Hraje důležitou roli při regulaci excitability neuronů v CNS. V denní dávce 2400 mg snižuje návaly horka až o 70 %, v dávce 900 mg o více než 50 %. Nevýhodou je slabší efekt než estrogény a riziko nežádoucích účinků (závratě a somnolence).

Clonidin (CATAPRESAN) – je alfa adrenergní agonista, používá se jako antihypertenzivum. Catapresan u nás není dostupný jako perorální léčba. V některých studiích snížil návaly horka až o 60 %, jeho nevýhodou je riziko nežádoucích účinků na začátku léčby.

Přestože gabapentin, clonidin a antidepresiva nejsou určeny pro tuto indikaci, mohou být použity při léčbě klimakterického syndromu při kontraindikaci nebo neúčinnosti hormonální léčby nebo tam, kde je alternativa žádoucí, jako u symptomatických pacientek léčených pro karcinom prsu (5, 16, 17, 18).

Přírodní a doplňková léčba

Klinickým požadavkem pro úspěšnou léčbu je snížení potíží nejméně o 50 %. Produkty s obsahem isoflavonů, tzv. fytoestrogenů (rostlinných látek, které se chovají podobně jako estrogény) působí u žen příznivě na projevy premenstruačního syndromu (PMS) a u některých žen také mírní klimakterické potíže (návaly horka, pocení). Nejvíce využívanými zdroji fytoestrogenů jsou sója luštinatá a červený jetel (16, 19, 20, 21).

Fytoestrogeny (FE) jsou látky rostlinného původu, s molekulou podobnou přirozeným savčím estrogenům fenolického charakteru (izoflavony, lignany, kumestany a stilbeny). Fytoestrogeny jsou obsaženy ve více než 300 rostlinách. Izoflavony jsou ve vysoké míře obsaženy ve vikvovitých rostlinách (sója luštinatá, jetel červený), v malém množství se vyskytují v žitě a některých druzích ovoce (rybíz, hroznové víno). Lignany se vyskytují v semenech, luscích a některých druzích drobného ovoce. Při zpracování jsou však bohužel z potravy odstraněny ve formě slupek a vlákniny. Vysoké zastoupení mají např. ve lněném oleji. Kumestany lze nalézt ve vysoké míře ve vojtěšce. Stilbeny jsou obsaženy ve slupkách červené vinné révy. Výhodou fytohormonů a fytoestrogenů je, že nemají kontraindikace, mají pozitivní vliv na kost (zpomalují resorpci, ale nesnižují riziko fraktur). Jejich účinek

převyšuje placebo – sója a červený jetel snižují vazomotorické potíže o více než 50 %, ploštičník (*cimicifuga racemosa*) o 34 % (20). Důležitá je ale i celková doba užívání fytoestrogenů. FE mohou ovlivňovat estrogenové receptory, metabolismus proteinů, transport vápníku, oxidaci lipidů, diferenciaci buněk nebo mít účinek růstových faktorů. Jsou intenzivně zkoumány a jejich význam pro prevenci či léčbu klimakterického syndromu není zcela objasněn. Některé studie poukazují na účinek v léčbě vegetativních symptomů ve výši 30–35 %, který je srovnatelný s placebem. Izoflavony ze sóji jsou vázány na proteiny a experimentálně vykazují menší účinnost než izoflavony z červeného jetele (22). Shody bylo dosaženo v názoru, že jejich příznivý účinek na zdraví obecně převyšuje potenciální rizika. Doposud nebyla stanovena doporučená denní dávka fytoestrogenů, které jsou dostupné ve formě potravinových doplňků. Zdrojem fytohormonů jsou také sójové a celozrnné potraviny, fazole, granátová jablčka a další. Dále různé produkty, které jsou kombinací vitaminů, enzymů a stopových prvků (koenzym Q10, selen, zinek, lecitin, vit. C, vit. E...). Bylo zaznamenáno, že ženy v asijských zemích, zejména v Japonsku, trpí méně klimakterickým syndromem než ženy v Evropě nebo Severní Americe. Často se to zdůvodňuje právě tím, že asijská strava je bohatší na fytoestrogeny. Rozdíly v této morbiditě nelze spatřovat pouze v podílu fytoestrogenů v potravě, ale též v širokém komplexu životního stylu, složení potravy, v genetických dispozicích i celkové úmrtnosti (21, 23).

Kromě čajů je vhodné doporučit také užívání vitaminů, např.:

B komplex – je vhodný pro ženy, které trpí depresemi a úzkostí.

Kyselina pantothenová a pyridoxin přispívají ke snížení míry únavy a vyčerpání.

Vitamin E – působí úlevu při vysychání poševní sliznice – je možno propíchnout kapsli vitaminu a aplikovat olej v poševní oblasti, a také při návalech.

Existuje celá řada volně dostupných přípravků a v tomto článku je nelze všechny vyjmenovat. Uvádíme jenom vybrané přípravky, se kterými máme dobré zkušenosti.

Menoflavon je přírodní, nehormonální doplněk stravy s obsahem extraktu z červeného jetele. Je vhodný a bezpečný i k dlouhodobému užívání a u klimakterických žen

s ním máme dobré zkušenosti, hlavně při pravidelném užívání. Běžná dávka je 40–80 mg jednou denně.

Femarelle® Rejuvenate je doplněk stravy a je určen na počáteční příznaky premenopauzy, které provází hormonální nerovnováha. Obsahuje fermentovaný sójový extrakt, lněné semínko, vitamin B2 (Riboflavin) a biotin (vitamin B7) (24).

Natural MenoEstrogen obsahuje kromě červeného jetele a dalších bylin a zinku také andělíku čínskou, nesmí se užívat společně s Warfarinem.

Feminus je rostlinný a vitaminový přípravek, který také obsahuje andělíku čínskou.

GS Merilin Harmony obsahuje ploštičnick hroznatý, třezalku tečkovanou, vitamin D3 a vápník, takže se uvádí kromě klimakterických obtíží příznivý účinek i na metabolismus kosti.

Menox 45 kromě extraktů hlohu, ploštičnicku hroznovitého a červeného jetele, obsahuje extrakt peruánské rostliny Maca, vitaminy (B1, C) a minerály a stopové prvky.

Menoxin je komplexní přírodní přípravek, není to léčivý přípravek, který obsahuje extrakty jetele lučního, sóji luštinaté, Inu setého, šalvěje lékařské, včelí mateří kašičky, vitaminu B6 a kyseliny pantotenové, které zajišťují maximální synergický efekt.

Další možností je využití včelích produktů – **mateří kašičky a pylu**. Mateří kašička a pyl mají v podstatě velice podobné složení, liší se hlavně procentuálním obsahem vody. V mateří kašičce a pylu nalezneme mono-, oligo- a polysacharidy, aminokyseliny včetně esenciálních, tuky, nenasycené mastné kyseliny, lecitin, cholin, vitaminy A, B1, B2, B6, D, C, E, minerály a stopové prvky – K, P, Ca, Na, Mg, Cu, Co, Mn aj., flavonoidy – rutin, hesperidin, naringin, eriodictyol, fytoestrogeny: izoflavonoidy (genistein, daidzein), lignany (enterolakton) a další látky. Biologicky účinnější jsou přípravky s obsahem pylu fermentovaného. Tyto přípravky jsou využívány především v léčbě akutního klimakterického syndromu (22, 25).

Čajové směsi s obsahem bylin kontryhel, dobromysl, meduňka, máta peprná, kopřiva, anýz a fenýkl mají také pozitivní vliv na klimakterické problémy. Bylinné čaje jsou složeny ze sušených bylinek, které jsou hlavní účinnou látkou těchto čajů. Bylinky byly a stále jsou hojně využívány v lidovém léčitelství.

Většinou jsou balené jako různé kombinace bylin a prodávají se pod různými názvy.

Alternativních prostředků k ovlivnění klimakterických problémů se uvádí celá řada, např. homeopatie, masáže, meditace, jóga a další.

Životní styl a výživa

Životní styl má výrazný vliv na intenzitu klimakterických potíží, a to už čistě endokrinologickou cestou. U obézních žen je vyšší periferní konverze androgenů na estrogény, proto mají méně návalů, pocení, závratí, bolestí hlavy, palpitací. Symptomů klimakteria přibývá s klesajícím vzděláním, s chronickými somatickými potížemi, vysokým interpersonálním stresem, kouřením, žádnou sportovní aktivitou, negativním postojem k stárnutí a menopauze.

Každá žena může příznaky potíží výrazně ovlivnit sama, a to **vhodnou stravou, dostatečnou hygienou a vhodnými doplňky stravy**. Základem je správná životospráva. Je vhodné omezit alkohol, kofein, cukr, kořeněná jídla, horké polévky a nápoje, které mohou vyvolávat návaly horka. Vhodné je omezit množství soli, která zvyšuje vylučování vápníku močí a zvyšuje krevní tlak. Naopak je dobré jíst více zeleniny a ovoce a dodržovat vydatný pitný režim. Potraviny s obsahem tzv. fytoestrogenů, např. sójové produkty, tofu, celozrnné obiloviny, zelené fazolky, jablka, mrkev, třešně, česnek, datle, lněná semínka pomáhají tělu překonat úbytek estrogenů. Potraviny bohaté na esenciální mastné kyseliny mají také význam pro tvorbu hormonů, zdravou kůži a nervy. Vitamin C a bioflavonoidy působí také proti návalům horka (26). Pohyb a tělesné cvičení jsou velmi důležité při depresích a jsou také prevencí osteoporózy.

Psychoterapie

Najít si svůj klid a rovnováhu je důležité, zvláště když se dostaví období klimakteria – hormonální rozladěnosti, návalů horka a potu, bolestí hlavy, bušení srdce. Jak doporučuje MUDr. Vladislav Chvála ve své přednášce Možnosti psychoterapie v gynekologii a porodnictví, z roku 2006: „Nezastupitelnou roli má trpělivý rozhovor lékaře s pacientkou, projev empatie a pochopení a zájem lékaře pacientku vyslechnout. Nejlepší praktickou aplikací psychoterapie

v gynekologii a porodnictví je vykonávání lékařské praxe přísně „lege artis“ osobou zralou a laskavou, která se nebojí naslouchat svým pacientkám, poskytovat jim emoční podporu s pochopením a respektem pro růstové úkoly celého rodinného systému.“ Toto platí také pro praktické lékaře. Velkou část klimakterických potíží můžeme označit za problém psychosomatický. Změny chování, nedostatek komunikace a pochopení rodiny a okolí často zhoršují vnímání klimakterických problémů a vedou k depresi, k manifestaci a zvýraznění i mírných projevů a zhoršují celkovou kvalitu života (11, 23, 27).

Závěr

Nedostatek estrogenů v klimakteriu může mít celou řadu příznaků. Kromě ošetřujícího gynekologa, u kterého by měla každá žena nejméně 1× ročně absolvovat preventivní prohlídku, se pacientky často obrací také na svého praktického lékaře. Návštěva lékaře při klimakterických potížích je nutná při výrazných klimakterických obtížích, které omezují běžné denní aktivity. Proto by měli být praktičtí lékaři o této problematice informováni a znát možnosti, jak lze klimakterický syndrom ovlivnit. Důležité je léčit nejenom jednotlivé příznaky – brát léky na spaní, na uklidnění, vápník v tabletách či zvýšit konzumaci kávy k odstranění únavy, ale měl by se tento problém řešit komplexně. Organismus ženy v menopauze již nové estrogény nevytvoří a v některých případech nelze léčbu řešit jinak, než chybějící hormony dodat substituční léčbou ve spolupráci s příslušným gynekologem. Je třeba si uvědomit, že část klimakterických žen není schopna hormonální substituční léčby bez problémů snášet. Metodou volby je u této skupiny léčba tzv. fytoestrogeny. Na našem trhu je celá škála preparátů obsahujících jejich zdroj (např. sóju, červený jetel a další), jejich účinky však ne vždy mají žádoucí efekt. Při léčbě depresivních stavů neváhat podat sedativa, antidepresiva a SSRI. V prevenci osteoporózy je doporučen zvýšený přívod vápníku, vitaminu D a fluoru.

Každý člověk je individualita, a tedy každá žena prožívá období klimakteria jinak. Některá změnu na sobě téměř nepozná, u jiné může změnit kvalitu života od základu. Důležitá je zásada, že klimakteriem život nekončí, a lékař by měl pomáhat při udržení kvality života v každém věku.

LITERATURA

1. Donát J. Klimakterický a estrogen-deficitní syndrom. Lékařské listy. 2012; 2012(6): 13–15.
2. Donát J, Košťál M. Abnormální estrogení aktivita u žen v postmenopauze z pohledu praktické gynekologie. Klimakterická medicína. 2017; 22(1): 7–11.
3. Borovský M, Ožvoldová R. Nehormonální léčba klimakterického syndromu a mezinárodní sledování symptomů menopauzy (POMMSIS) – štúdia fyzoSERM (DT56a) v Českej a Slovenskej republike. Klimakterická medicína. 2017; 22(2): 27–31.
4. Donát J. Vazomotorické symptomy klimakterického syndromu – téma stále aktuální. Klimakterická medicína. 2018; 23(1): 5–9.
5. Donát J. Klimakterická medicína a praktický lékař. Medicína pro praxi. 2011; 8(7–8): 326–329.
6. Fait T. Co nám říkájí návaly horka? Klimakterická medicína. 2018; 23(4): 11–13.
7. Koliba P, Koliba P jr. Vaginální dyskomfort, intimní hygiena. Praktické lékařství. 2013; 9(3): 139–141.
8. Donát J. Klimakterická medicína – mezioborový přístup ke zdravému stárnutí. Lékařské listy. 2012; 2012(6): 9–10.
9. Fait T. Klíč k nasazování hormonální substituční terapie. Gynekologie a porodnictví. 2020; 4(3): 133–136.
10. Fait T. Kůže a klimakterium. Klimakterická medicína. 2020; 25(4): 10–13.
11. Chvála V. Psychosomatická gynekologie a sexuologie, část III. PsychoSom. 2006; 4(3): 100–106.
12. Křepelka P. Hormonální terapie estrogen deficitního syndromu. Acta medicae. 2020; 9(5–7): 32–34.
13. Koliba P. Příznivý vliv HST na kvalitu života v postmenopauze. Zdravotnické noviny (Avicenum/Mladá fronta). 2000; 49(11).
14. Fait T. Vývoj doporučení k hormonální substituční terapii. Gynekologie a porodnictví. 2016; 1(1): 8–10.
15. Genazzani AR, Fait T. O nových trendech v klimakterické medicíně. Gynekologie a porodnictví. 2018; 2(1): 58–59.
16. Fait T. Nehormonální terapie klimakterického syndromu. Praktická gynekologie. 2015; 19(2): 123–126.
17. Paučin J, Olej J, Koliba P. Využití antidepressiv v terapii klimakterického syndromu. Praktická gynekologie. 2006; 10(5-Suppl. S10). (elektronická verze). Menopauza a andropauza 2006. Brno, Medica Healthworld, 2006. 2006, S10.
18. Pastor Z, Horčíčka L. Sexualita a klimakterium. Gynekolog. 1998; 7(3): 130–134.
19. Fait T. Tradiční čínská medicína v léčbě klimakterického syndromu. Klimakterická medicína. 2019; 24(3): 7–10.
20. Metyš K. Jakou roli plní ploštičník a třezalka v klimakteriu. Klimakterická medicína. 2020; 25(3): 21–24.
21. Slíva J. Co nového u fytoestrogenů? Klimakterická medicína. 2018; 23(1): 11–14.
22. Wuttke W, Jarry H, Becker T, et al. Phytoestrogens: endocrine disruptors or replacement for hormone replacement therapy? Maturitas 2003; 44(Suppl. 1): S9–S20.
23. Koliba P. Alternativní možnosti léčby klimakterického syndromu: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. In Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Praha, Levret, 1999: s. 231–233.
24. Jeníček J. Rizika hormonální léčby a bezpečnostní profil přírodní nehormonální terapie s patentovaným extraktem DT56a (Femarelle®). Klimakterická medicína. 2016; 21(3): 25–27.
25. Turčan P. Včelí produkty a jejich místo v klimakterické medicíně. Klimakterická medicína. 2011; 16(1): 14–18.
26. Petrovičová Z. Potřebují současné klimakterické ženy HT? Moderní gynekologie a porodnictví. 2017; 24(3): 217–218.
27. Chvála V. Psychosomatická praxe. PsychoSom. 2008; 5(2): 56–57.
28. Fait T. Farmakoterapie klimakterického syndromu. Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf 2017: s. 106–120.
29. Nedstrand E, Pertl J, Hammar M. Climacteric symptoms in a postmenopausal Czech population. Maturitas. 1996; 23(1): 85–89.