

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Olga Číhalová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Olga Číhalová

Žena a klimakterium

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Hrubá

Olomouc 2014

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce:

Žena a klimakterium

Název práce v AJ:

Woman and climacterium

Datum zadání práce: 2014-01-28

Datum odevzdání práce: 2014-05-06

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Olga Číhalová

Vedoucí práce: Mgr. Hrubá Renata

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce je zaměřena na problematiku klimakteria u ženy. První kapitola přibližuje vznik termínu klimakterium, definuje charakteristiku, fyziologii a také příznaky klimakteria a možnosti objektivizace klimakterického syndromu. Druhá kapitola se zabývá možnostmi alternativní léčby. Je tvořena zejména klinickými studiemi a jejich výsledky, které byly v dané oblasti zjištěny a které pojednávají o účinnosti těchto metod. Třetí závěrečná kapitola předkládá poznatky o hormonální terapii v klimakteriu. Je převážně zaměřena na indikace, kontraindikace a rizika hormonální léčby. Zmínka je také o Tibolonu jako alternativě hormonální léčby.

Abstrakt v AJ:

This thesis is focused on menopause issues of women. The first chapter skids the origins of the term menopause, it defines its characteristic, physiology, symptoms and possibilities of objectification of menopause syndrome as well. The second chapter deals with possibilities of alternative treatment methods. It is composed of clinical studies and its results, which were found out and which discuss effectiveness of those methods. The last third chapter presents knowledge of hormonal therapy of menopause. It is mostly focused on indications, contraindications and risk of hormonal therapy. There is also mentioned Tibolon as an alternative hormonal therapy.

Klíčová slova v ČJ:

klimakterium, klimakterický syndrom, příznaky, alternativní léčba, hormonální léčba

Klíčová slova AJ:

climacterium, climacteric syndrome, symptoms, alternative therapy, hormonal therapy

Rozsah:

53 stran + 2 přílohy

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 6. května 2014

podpis

Děkuji Mgr. Renatě Hrubé za vstřícný přístup, cenné rady, ochotu, trpělivost a odborné vedení při tvorbě mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 KLIMAKTERIUM	10
1.1 Historie klimakteria	10
1.2 Charakteristika klimakteria.....	10
1.3 Fyziologie klimakteria	12
1.4 Příznaky klimakteria	12
1.4.1 Akutní klinické změny	13
1.4.2 Subakutní klinické změny	14
1.4.3 Chronické klinické změny.....	15
1.5 Možnosti objektivizace akutního klimakterického syndromu	15
2 ALTERNATIVNÍ TERAPIE.....	17
2.1 Fytoestrogeny.....	19
2.2 Homeopatické léky v klimakteriu.....	22
2.3 Aromaterapeutické masáže v klimakteriu.....	30
2.4 Akupunktura, Čínská herbální medicína.....	31
2.5 Ájurvéda.....	32
3 HORMONÁLNÍ TERAPIE	34
ZÁVĚR.....	41
POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE.....	45
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ	52
SEZNAM PŘÍLOH.....	54
PŘÍLOHA 1	55
PŘÍLOHA 2	56

ÚVOD

Klimakterium, laicky řečeno přechod, je specifické období, které spadá do života každé ženy. Jde o zcela přirozený, fyziologický proces, ve kterém dochází k poklesu tvorby pohlavních hormonů estrogenu a progesteronu. Pokles těchto hormonů je dán úbytkem počtu folikulů, které způsobí určité změny v organismu, změny funkční i strukturální (Fait, 2010, s. 14-15). Dochází tak k nepravidelnostem v menstruačním cyklu s následnou zástavou menstruace. Toto období nám tedy signalizuje ukončení reprodukční činnosti ženy a začátek senia (Fait, 2004, s. 1). Na klimakterium pohlíží ženy různým způsobem. Pro některé může být menopauza negativní událostí v životě. Ženy mohou mít pocit, že jim tohle období signalizuje ukončení mládí. Jiné jej mohou brát jako novou životní etapu a nahlíží tak na klimakterium pozitivně. Je velmi důležité jaký má žena k této události postoj, protože psychika ženy může zásadně ovlivnit průběh menopauzy (Frej, 2008, s. 22).

Je velmi důležité o problematice klimakteria s ženami, které tato životní změna čeká hovořit a diskutovat. Klimakterické potíže jsou řešitelné a podstatné je, aby byly ženy seznámeny s možnostmi jejich léčby, netrápily se a mohly tak aktivně prožít tuto etapu života.

Je kladena tato otázka: „Kdy v minulosti vznikl termín klimakterium; jak je klimakterium charakterizováno; které příznaky ho doprovázejí a jaké poznatky lze z okruhů alternativní i konvenční hormonální léčby předložit?“

Na základě tématu práce a zkoumaného problému byly stanoveny tyto **hlavní cíle**:

Cíl 1.

Předložit poznatky o klimakteriu.

Cíl 2.

Předložit poznatky o alternativní terapii klimakterických obtíží.

Cíl 3.

Předložit poznatky o hormonální terapii klimakterických obtíží.

Vstupní literatura:

1. FAIT, Tomáš. *Klimakterická medicína: časopis pro menopauzu a andropauzu*. 2., přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2013, 189 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-342-8.
2. *Kniha knih o menopauze*. 1. vyd. Editor Robin N Phillips. Praha: Fortuna Print, c2005, 256 s. ISBN 80-7321-163-7.
3. KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví*. 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996, 199 s. ISBN 80-706-7603-5.
4. FAIT, Tomáš. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf, c2010. ISBN 978-807-3452-193.
5. BEARD, Mary K a Lindsay R CURTIS. *Přechod a roky po něm*. 1. vyd. České Budějovice: Dona, 1995, 235 s. ISBN 80-854-6345-8.
6. STOPPARDOVÁ, Miriam. *Klimakterium*. 1. české vyd. Bratislava: INA, 1995. ISBN 80-856-8060-2.

Vyhledávací strategie:

Rešerše byla provedena v databázích dostupných z online přístupů na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Rešerší byly vyhledány recenzované články v databázi Bibliographia medica Čechoslovaca v systému Medvik, v databázi ProQuest a vyhledávačem GOOGLE, GOOGLE Scholar. Byl použit i portál www.solen.cz, portál www.prolekare.cz a www.sciencedirect.com.

Rešerše byla provedena v období od listopadu 2013 do dubna 2014. Vyhledávací období: 2004 – 2014.

K vyhledávání byla zadána tato **klíčová slova**: klimakterium, klimakterický syndrom, příznaky, alternativní léčba, hormonální léčba.

Na základě výše uvedených klíčových slov bylo v databázích i pomocí vyhledávačů nalezeno celkem 64 článků, z toho 37 článků v českém jazyce a 27 článků v anglickém jazyce. V bakalářské práci jsem použila 44 článků, 28 článků v českém jazyce a 16 článků v anglickém jazyce. Ostatní články nebyly použity z důvodu opakujících se informací a nevhodnosti jejich obsahu k vytyčeným cílům bakalářské práce.

1 KLIMAKTERIUM

1.1 HISTORIE KLIMAKTERIA

V historii jsou nejranější zmínky o menopauze velmi vzácné (Singh, Kaur, Walia, 2002, s. 121). Hippokrates i lékaři ve starém Egyptě znali různá gynekologická onemocnění, která se spojovala s věkem žen. Například prolaps, nádory dělohy. Aristoteles uváděl věk menopauzy 40 let. První pokusy definice pojmu menopauza lze datovat až do 18. století, kde se v díle Johna Leaka píše o menopauze jako o „*kritickém období života ženy*“, které je spojeno s různými obtížemi jako závratě, změny nálad a urologické obtíže (Hrušková, 2007, s. 4). Singh, Kaur, Walia ve svém článku zmiňují, že pojem menopauza použil poprvé francouzský lékař v roce 1821. V polovině 19. století došlo ke zvýšenému medicínskému zájmu o menopauzu. Menopauzální příznaky byly přičítány nedostatku estrogenů a HRT (hormonal replacement therapy) se stala osvobozující léčbou pro ženy ve středním věku. V roce 1938 byl vyvinut syntetický estrogen. Poté do léčby menopauzy vstoupil farmaceutický průmysl a sehrával tak hlavní úlohu v její léčbě. V roce 1970 byla založena Mezinárodní společnost menopauzy a o šest let později proběhl ve Francii první Mezinárodní kongres o menopauze. V zemích se postupně zakládaly a formovaly národní společnosti menopauzy. V různých zemích světa se symptomatologie menopauzy různě liší. Na západě to jsou například návaly horka, v Japonsku jde o bolest ramene a v Indii slabý zrak. V západních zemích je věk ženy, ve kterém dojde k menopauze, ve srovnání s rozvojovými zeměmi jako Indie, vyšší. V užívání HRT je mezi západními a východními zeměmi značný rozdíl. Kontrastní rozdíl můžeme sledovat i v obecném pohledu žen na menopauzu. Ženy v západních zemích pohlíží na menopauzu negativně, zatímco ženy ve východních zemích k menopauze přistupují poněkud pozitivněji (Singh, Kaur, Walia, 2002, s. 121).

1.2 CHARAKTERISTIKA KLIMAKTERIA

Definice termínu menopauza a klimakterium bylo poprvé použito na prvním světovém kongresu v roce 1976 ve Francii v Montpellier (Hrušková, 2007, s. 4). Světová zdravotnická organizace (WHO) charakterizuje klimakterium obdobím,

kteře začíná přibližně rok před menopauzou a je spojené s klinickými obtížemi. Dle Faita dochází ke klimakteriu během 45. - 60. roku života (Fait, 2013, s. 11). Jonáš ve svém článku zmiňuje, že lze pásmo klimakteria vyhradit do rozmezí 45 – 60 let (www.zdravi.e15.cz). Slonkovi ve svém článku uvádějí, že se klimakterium objevuje v období 45. až 55. roku života. Mohou zde být ale různé odchylky (Slonková, Slonka, 2007, s. 52). Pokud dojde k nástupu menopauzy před 40. rokem života, jedná se předčasné ovariální selhání (Fait, 2004, s. 1).

Klimakterium dělíme do několika období:

Premenopauza

Období charakterizované pravidelnou menstruací ještě před začátkem poklesu hladiny hormonů trvající 12 měsíců (Phillipsová, 2005, s. 16). Fait uvádí, že se v premenopauze již manifestují příznaky klimakterického syndromu (Fait, 2013, s. 11).

Perimenopauza (klimakterium)

Období před posledním menstruačním krvácením a období po něm, dochází ke kolísání hladin hormonů. Toto období je provázeno nepravidelným měsíčním krvácením (Phillipsová, 2005, s. 16-17).

Menopauza

Konečná zástava menstruace (Fait, 2013, s. 11). Menopauza dělí klimakterium na premenopauzu a postmenopauzu. Dle Hruškové dochází průměrně k menopauze ve věku 49-51 let (Hrušková, 2007, s. 5). Fait také uvádí věk 49–51 let jako průměrný věk menopauzy (Fait, 2004, s. 1). CMAS (Česká menopauzální a andropauzální společnost) uvádí, že se menopauza v Evropě dostavuje v průměru ve věku 50-51 let (www.meno-andro.cz). Menopauza nastupuje přirozeně nebo může být navozena chirurgicky, chemoterapeuticky nebo radiačně (Azizi et al., 2011, s. 48).

Postmenopauza

Dle Phillipsové toto období začíná poslední menstruací. Fait popisuje postmenopauzu jako období, které nastává 12 měsíců po menopauze. V tomto období je zvýšená hladina FSH a naopak nízká hladina estrogenů (Fait, 2013, s. 11).

1.3 FYZIOLOGIE KLIMAKTERIA

Základní příčinou změn v tomto období je vyčerpání folikulů ovaria během procesu stárnutí reprodukčního systému (Hrušková, 2007, s. 6). Proces, který způsobuje zánik oocytů je nazýván atrézie. Postupně dochází k poklesu produkce ovariálních steroidů (estrogenů) a inhibinů. Zpětnou vazbou dochází ke zvýšení hladin hypotalamických a hypofyzárních hormonů. Mezi první laboratorní známky klimakteria patří zvýšená hladina FSH a estradiolu, zatímco hodnota LH se pohybuje v normální hladině. Postupně dochází ke snižování tvorby progesteronu a estradiolu. To je zapříčiněno úbytkem počtu folikulů (Fait, 2004, s. 2). Hrušková uvádí, že následkem luteální insuficience je prodlužování menstruačního cyklu, vznik anovulačních cyklů a vznik metroragie (Hrušková, 2007, s. 6). V konečném důsledku menstruační cyklus zcela ustane (Fait, 2013, s. 14).

Je spousta různorodých faktorů, které mohou ovlivnit nástup menopauzy. Hrušková uvádí jako nejvlivnější faktor kouření cigaret. U žen kuřáček se dostavuje menopauza o rok dříve, než u žen nekuřáček. (Hrušková, 2007, s. 5). Mezi další faktory ovlivňující nástup menopauzy Fait řadí délku menstruačního cyklu, věk menarche, paritu, rasu, socioekonomické faktory a zeměpisnou polohu (Fait, 2013, s. 13).

1.4 PŘÍZNAKY KLIMAKTERIA

Obtíže vyskytující se v klimakteriu jsou souborně označovány termínem klimakterický syndrom. Hrušková uvádí, že dle novější terminologie je klimakterický syndrom označován jako akutní stav, pod který patří psychosomatický syndrom a vasomotorický syndrom. Dále sem patří organické neboli subakutní příznaky a metabolické čili chronické příznaky (Hrušková, 2007, s. 9). Fait dělí symptomatologii klimakteria na vegetativní syndrom (vasomotorické

poruchy, psychické poruchy), organický syndrom (kožní změny, urogenitální změny a změny tělesné hmotnosti) a metabolický syndrom (poruchy lipidového spektra, ateroskleróza a kardiovaskulární onemocnění) označovaný taktéž jako estrogen-deficitní metabolický syndrom (Fait, 2004, s. 2). Lexová ve svém článku rozděljuje klimakterické obtíže na akutní, střední a chronické (Lexová, 2009, s. 1-3).

1.4.1 AKUTNÍ KLINICKÉ ZMĚNY

Následkem deficitu hormonů estrogenů se u žen objevují určité obtíže, které spadají pod souborný název klimakterický syndrom. Slonkovi uvádějí, že se klimakterický syndrom vyskytuje asi u 75 % žen (Slonková, Slonka, 2007, s. 52). U zbylých 25 % dojde pouze ke ztrátě menstruace bez klimakterických obtíží. Klimakterický syndrom neboli vegetativní klimakterický syndrom je nejčastějším příznakem přechodu (www.meno-andro.cz). Dle Turčana při klimakterickém syndromu hraje roli nízká hladina estrogenů a zvýšená tvorba FSH (www.zdravi.e15.cz).

Mezi akutní příznaky klimakterického syndromu patří vasomotorické potíže jako návaly horka, noční pocení a palpitace (Hrušková, 2007, s. 6). Ženy v klimakteriu si často stěžují na návaly horka. Tyto potíže ženy pocítují jako nepříjemnost, která ovlivňuje kvalitu jejich života. Colau et al. uvádí, že v průběhu perimenopauzy a menopauzy má 80 % žen klimakterické potíže, z toho z 50 % tento stav do 4 let spontánně odezní, ale 30 % žen, které jsou starší 60 let, trpí těmito potížemi permanentně (Colau et al., 2012, s. 108). Hrušková uvádí, že tyto potíže jsou v premenopauze přítomny u jedné třetiny žen, v perimenopauze a postmenopauze se vyskytují u dvou třetin žen a tři roky po menopauze se tento podíl snižuje na jednu třetinu (Hrušková, 2007, s. 10). Dle odhadu se vasomotorické příznaky vyskytují v perimenopauze u 35 % - 50 % a v postmenopauze u 30 % - 80 % žen. U žen ze sedmi asijských zemí byla provedena studie, která ukázala, že je u těchto žen v porovnání se západními ženami, méně vasomotorických symptomů. Nicméně tento rozdíl byl zanedbatelný (Azizi et al., 2011, s. 48).

Nával horka začíná v oblasti hlavy, postupuje směrem dolů a takto se šíří po celém těle. Nával horka poté doprovází nával pocení (Hrušková, 2007, s. 10). Rob, Martan,

Citterbart uvádějí, že se nával šíří z horní části hrudníku na krk a poté na obličej (Rob, Martan, Citterbart a kol., 2008, s. 319). Doba trvání návalů horka je individuální. V průměru trvají návaly horka zhruba tři až čtyři minuty, může se ale stát, že trvají i hodinu. V závislosti na etnickém původu a zeměpisné oblasti se prevalence návalů horka liší (Kim et al., 2011, s. 249-256). Návaly horka mohou být podmíněny některými vyvolávajícími faktory. Například stresem, požitím alkoholu, konzumací kávy (Colau et al., 2012, s. 108). Lexová dále uvádí jako vyvolávající faktory návalů horka také sportovní vypětí, teplo v místnosti, těsné oblečení (Lexová, 2009, s. 1).

Donát uvádí, že zatím nebylo dostatečně objasněno, proč se tyto obtíže objevují pouze u některých žen (www.meno-andro.cz). Dle Freje zpravidla nejsou hormonální změny příčinou klimakterických příznaků. Jde o důsledek nerovnováhy, která je vyvolaná nevhodným životním stylem a stresem (Frej, 2008, s. 22).

Pod psychosomatický syndrom se řadí nespavost, zhoršená paměť, úzkost, ztráta libida, plačtivost, změny nálad a zhoršená schopnost koncentrace. Dle některých autorů souvisí nespavost s nočním pocením, které je spojováno s nočním probouzením. Z tohoto následně pochází únava a deprese. Mezi podněty, které mohou zapříčinit vznik psychických alterací, patří špatný zdravotní stav, negativní postoj ženy k menopauze, ženy s nízkým socioekonomickým statutem, osamělé ženy. Hrušková dále uvádí, že v 20 % dochází ke ztrátě libida, v 71 % se vyskytují bolesti hlavy, změny nálady a deprese zasáhnou ženy v 78 %, pocit vyčerpání a osamělosti se dostavuje až u 80 % žen. Tyto potíže zdraví ženy bezprostředně neohrožují, jsou ale příčinou snížené kvality života (Hrušková, 2007, s. 10-11).

1.4.2 SUBAKUTNÍ KLINICKÉ ZMĚNY

Deficit estrogenů vede k atrofii sliznic. K atrofii dochází ve všech sliznicích, které mají estrogení receptory (dutina ústní, nos, hltan apod.). Tyto příznaky nejsou příjemné a značně zhoršují kvalitu života každé ženy (Gärtner, 2007, s. 37). Díky nedostatku estrogenů dochází také k atrofii kůže vulvy a poševní sliznice, což je příčinou vzniku atrofické vulvovaginitidy. Tyto změny jsou dále spojené s dyspareunií, svěděním a chronickou vaginitidou (Fait, 2004, s. 4). Hrušková (2007,

s. 10-11) i Fait (2004, s. 4) uvádí, že se také objevují nykturie, dysurie, inkontinence. Slonkovi doplňují, že je inkontinence následkem ochabování pánevního svalstva (Slonková, Slonka, 2007, s. 52). Tyto urogynekologické obtíže se vyskytují u jedné třetiny žen. Zhoršená je také kvalita kůže, která podléhá atrofii. Zvýšenou produkcí melatoninu je kůže pigmentovanější. Produkce mazových a potních žláz je snižena (Hrušková, 2007, s. 10-11).

1.4.3 CHRONICKÉ KLINICKÉ ZMĚNY

Mezi chronické změny je řazena osteoporóza a kardiovaskulární onemocnění (Lexová, 2009, s. 1). Do chronických změn řadí Hrušková i Alzheimerovu chorobu (Hrušková, 2007, s. 11).

Borrelli, Ernst uvádí, že bylo odhadnuto, že během menopauzy a 10 let po ní dochází ročně k 1-2% úbytku kostní hmoty (Borrelli, Ernst, 2010, s. 334). Fait píše, že 75 % žen ztrácí při postmenopauzální osteoporóze ročně 2% kostní hmoty, u zbylých 25 % dochází až k 6% úbytku kostní hmoty (Fait, 2004, s. 3). Většina zlomenin, které vzniknou u ženy po 55. roce, jsou zlomeniny, které vznikají na podkladě osteoporózy (Kovář, 2007, s. 41).

Hrušková uvádí, že je u žen v postmenopauze riziko ischemické choroby srdeční 4x vyšší než u žen v premenopauze. Přesný mechanismus způsobující tyto změny není zcela objasněn (Hrušková, 2007, s. 11).

Alzheimerova choroba postihuje ženy 2x častěji než u mužů. Vyšší výskyt této choroby naznačuje jistou souvislost se sníženou hladinou estrogenů po menopauze (Hrušková, 2007, s. 11).

1.5 MOŽNOSTI OBJEKTIVIZACE AKUTNÍHO KLIMAKTERICKÉHO SYNDROMU

Pro zhodnocení míry klinických obtíží a jejich ovlivnění terapií (hormonální či alternativní) bylo vytvořeno několik dotazníků. Pro hodnocení léčby je potřebné mít srozumitelný a optimálně číselně hodnotitelný dotazník, který umožňuje statistické zpracování (Fait, 2008, s. 30). K hodnocení intenzity klimakterických

příznaků se nejčastěji využívá tzv. Kuppermanův index (Koliba, 2007, s. 21). Kuppermanův index (Příloha 1) byl poprvé publikován v roce 1953. Přesto, že je omezen jen na akutní klimakterické obtíže, patří k nejpoužívanějším (Fait, 2008, s. 31).

Mezi další používané dotazníky patří Women's Health Questionare (WHQ), Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL), Greene Climacteric Scale, Menopause Rating Scale (MRS), (Fait, 2008, s. 31).

2 ALTERNATIVNÍ TERAPIE

Přestože je obecně nejužívanější terapií terapie hormonální a spousta žen také tuto léčbu vyhledává, značné množství žen se přiklání k alternativní terapii (Azizi et al., 2011, s. 48-49). Borud, White uvádí, že téměř 70 % žen používá nějakou formu doplňkové terapie. Většinou jsou tyto metody spojeny s velkou mírou spokojenosti (Borud, White, 2009, s. 131). Ženy si vybírají doplňkové nebo alternativní léčebné terapie z celé řady důvodů, ať už jde o nespokojenost s neúčinností konvenční zdravotní péče, či o víru v přírodní, holistický přístup ke zdraví (Wathen, 2006, s. 185). Nezanedbatelným důvodem odmítnutí hormonální terapie je také nezájem užívat exogenní hormony. Může jít také o kontraindikace hormonální léčby. Kontraindikací hormonální léčby jsou například trombofilní stavy, stavy po léčbě estrogen-dependentních nádorů (Azizi et al., 2011, s. 48-49). Po zveřejnění výsledků studie WHI (Women's Health Initiative) a studie MWS (Million Women Study) došlo k negativní změně názoru vůči hormonální léčbě (Koliba, 2007, str. 21). Chroničnost nemocí je také jedním z rozhodujících faktorů. Ženy s chronickým onemocněním s větší pravděpodobností sáhnou po alternativní formě péče. Menopauza má určité projevy chronického onemocnění a mnoho žen hledá alternativní či doplňkové metody léčby souvisejících psychických a fyzických symptomů (Wathen, 2006, s. 185). Borrelli, Ernst ve svém článku o alternativní terapii menopauzy uvádí, že zájem o tento způsob léčby v posledních letech vzrostl (Borrelli, Ernst, 2010, s. 333).

V současné době neexistuje dostatek empirických důkazů o účinnosti mnohých alternativních a doplňkových metod používaných v průběhu menopauzy. Mezi ně patří například bylinné výživové doplňky (například ginseng, chmel, lékořice, bioflavonoidy, vitamin E, olej z pupalky dvouleté) homeopatické přípravky (hadí jed, inkoust ze sépie, extrakty z divokých bylin) a fyzické přístupy (cvičení, masáže a chiropraxe) (Wathen, 2006, s. 185).

Studie, kterou provedl Wathen zkoumala zkušenosti žen s alternativními a doplňkovými metodami léčby v průběhu menopauzy. Pro svůj výzkum využil

metodu kvalitativního interview, kterému předcházelo dotazníkové šetření. Cílem dotazníků bylo zjistit, do jaké míry jsou ženy, které v menopauze podstupovaly hormonální terapii, obeznámeny s možnostmi využití alternativních a doplňkových metod terapie. 57 % žen uvedlo, že buď zvažovaly, či používaly alternativní a doplňkové metody terapie během menopauzy. Ženy, které tyto metody zvažovaly či používaly, byly mladší (průměrný věk 54,9 let vs. 56,8 let) a zažívaly horší příznaky menopauzy, než ty, které tyto metody nezvažovaly či nepoužívaly. Tato skupina žen rovněž hodnotila svou zkušenost s menopauzou jako celkově horší (Wathen, 2006, s. 185-192).

Zajímavou studii provedl O'Mathuna, který zkoumal, zda se používání alternativních a doplňkových metod terapie liší v závislosti na etnickém původu. Studie se zúčastnilo 3302 žen z pěti rasových/etnických skupin. Sledování probíhalo po dobu šesti let a zabývalo se trendy v používání pěti kategorií alternativních a doplňkových terapií (výživové přípravky, fyzické a psychické metody, bylinné, lidové) v menopauze žen. Výsledkem studie bylo, že přibližně 80 % všech žen použilo nějakou formu těchto terapií v určitém okamžiku během šestiletého období. Ženy bělošského původu a japonské ženy měly nejvyšší míru užívání (60 %), následované číňankami (46 %), afroameričankami (40 %) a hispánkami (20 %), (O'Mathuna, 2008, s. 1-3).

Von Studnitz a Eulenburg provedli průzkum mezi německými gynekology, kteří hodnotili alternativní a doplňkové metody při léčbě klimakterických příznaků. Průzkum ukazuje, že tyto metody jsou v širokém povědomí a většina respondentů má zkušenost s jednou či s více metodami u svých pacientů. Hodnocení různých metod ukazuje, že některé mají velký význam v soukromé praxi (změna životního stylu), naopak některé mají dle respondentů malý význam, například hormonální jóga, akupunktura a homeopatie (Von Studnitz, Eulenburg, 2013, s. 492-495).

Zatímco ženy se obrací na alternativní a komplementární terapie při menopauze, dle Rees nelze konstatovat, že jsou tyto metody bezpečné a neexistuje žádný silný důkaz na podporu tvrzení o bezpečnosti těchto metod. Důkazy z randomizovaných studií, že alternativní a komplementární terapie zlepšují příznaky menopauzy nebo mají stejné výhody jako hormonální substituční terapie jsou slabé. Existují pochyby

o interakci s dalšími způsoby léčby, neboť můžou mít potenciálně fatální následky. Některé přípravky mohou obsahovat estrogenní sloučeniny, což způsobuje problém pro ženy s estrogen-dependentním onemocněním, jako je rakovina prsu. Málo je také známo o bezpečnosti těchto přípravků u žen léčených chemoterapií. Non-estrogen na bázi terapie, jako je klonidin a SSRI nejsou tak účinné jako estrogen (Rees, 2009, s. 151-161).

V tureckém Samsunu byla provedena kvantitativní deskriptivní studie, která měla stanovit používání doplňkové a alternativní terapie u žen v klimakteriu. Od 281 žen byly odebrány údaje o demografické charakteristice, o příznacích spojených s klimakteriem, využití CAM (Complementary and alternative therapy) a bylinné terapie. V této studii byly nejčastějšími metodami CAM bylinné terapie (29,9 %), dieta (29,5 %), cvičení (29,2 %) a masáže (27,8 %). Přibližně jedna třetina žen uvedla CAM jako prospěšnou metodu. Více než polovina žen uvedla, že nebyly zdravotníky informovány o používání těchto metod pro zmírnění klimakterických příznaků (Koc et al., 2013, s. 197-209).

NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) definuje alternativní léčbu jako odlišnou od klasické medicíny. NCCAM rozděluje CAM do pěti skupin (Borrelli, Ernst, 2010, s. 334). Donát také rozděluje alternativní léčbu do několika skupin: fytoestrogeny a fytohormony, psychofarmaka, fyzikální metody, alternativní výživa a diety, speciální lékařské systémy, kam patří sem homeopatie, ájurvéda a čínská medicína (dostupné z: www.meno-andro.cz). Koliba zde řadí dále vazodilatancia, psychoterapii, rehabilitaci, lázeňskou léčbu, vitamíny a úpravu životosprávy s tělesnou aktivitou (Koliba, 2007, s. 21-22).

2.1 FYTOESTROGENY

Vzhledem ke známým rizikům hormonální léčby u žen a rostoucímu zájmu o alternativní metody léčení, které jsou pokládány za přírodní, se staly v posledních letech velmi populární například i fytoestrogeny. Jako fytoestrogeny jsou označovány fenolické sekundární metabolity rostlin (Moravcová, Lapčík, 2009, s. 42). Jde o látky rostlinného původu, které vykazují estrogenní aktivitu (Borrelli, Ernst, 2010, s. 333-339). Bělehradová, Hodická rozdělují fytoestrogeny do čtyř

skupin: isoflavonoidy, kumestany, ligniny a stilbeny (Bělehradová, Hodická, 2012, s. 13). Dle článku Moravcové, Lapčíka se mezi nejvíce sledované fytoestrogeny, které jsou obsaženy v potravě, řadí lignany, stilbeny, isoflavony a kumestany (Moravcová, Lapčík, 2009, s. 43).

Nejzajímavějšími jsou isoflavony díky jejich chemické struktuře, která se velmi podobá 17 β – estradiolu. Díky této podobě se vážou na estrogenní receptory. Navíc mají antikancerogenní vlastnosti. Ženy jsou motivovány k užívání potravinových doplňků, které obsahují isoflavony. V odborné komunitě jsou však názory na účinky těchto látek spíše opatrné a upozorňuje se na to, že často chybí standardizace preparátů a že jsou často uváděny pouze nekompletní údaje o obsahu fytoestrogenů a dalších látek v nabízeném přípravku (Moravcová, Lapčík, 2009, s. 42).

Isoflavony můžeme nalézt ve vysoké koncentraci například v sóji, v sójových produktech, v červeném jeteli, vojtěšce, v rýži, obilninách, datlích (Koliba, 2007, s. 22-26). Ligniny jsou obsaženy hlavně ve lněném semínku, dále v obilninách, chřestu, mrkvi, česneku a slunečnicových semínkách (Frej, 2008, s. 24).

Při porovnání výsledků klinických studií z rozmezí let 1975 – 2004 bylo prokázáno, že například vliv isoflavonů na počet návalů je nekonzistentní a proměnlivý. Dle metaanalýzy u 25 placebem kontrolovaných studií, které byly zaměřeny na efektivitu fytoestrogenů při léčbě menopauzálních příznaků, nebyl vliv fytoestrogenů na tyto obtíže statisticky významný. Ve dvojitě zaslepené studii, při denním podávání isoflavonů v dávce 60 mg po dobu užívání 3 měsíců, ve skupině 60 žen se zjistilo, že se o 57 % snížil počet návalů a noční pocení se redukovalo o 43 % (Moravcová, Lapčík, 2009, s. 44-45).

Kontrolované klinické studie prokázaly, že fytoestrogeny (estrogeny derivované z rostlin), u nichž se dříve předpokládalo, že mají potenciální přínosy pro ženy, ve skutečnosti nemusejí být natolik efektivní při léčbě symptomů menopauzy (zejména návalů horka). Podobné studie rovněž ukázaly, že potravinové doplňky, i když jsou velmi populární, musejí být ještě dále zkoumány a musí být vyhodnocena jejich bezpečnost a účinnost (Wathen, 2006, s. 185).

Ve článku Donáta je uvedeno, že výsledky studií o prospěchu a rizicích fytohormonů a fytoestrogenů jsou různorodé. Účinek těchto látek je dle studií o něco málo větší než u placebo (Donát, 2010, s. 8). Koliba uvádí, že při užívání fytoestrogenů je omezena frekvence i síla návalů. Efektivita je srovnatelná s placebem, jehož účinnost je 30-35 % (Koliba, 2007, s. 22-26).

Zřetelně nižší přítomnost akutního klimakterického syndromu a různých civilizačních onemocnění byla epidemiologickým sledováním zaznamenána u asijských žen. Je to dáno jejich stravou, která obsahuje hojné množství fytoestrogenů. U těchto žen je také výrazně nižší výskyt karcinomu prsu (Koliba, 2007, s. 22-26).

Frej také uvádí, že japonské a indické ženy trpí vzácně příznaky menopauzy. Dle jeho článku ale nejde o vliv sójových produktů a isoflavonů. Uvádí, že na rozdíl od Evropanů, kteří konzumují 200 g sóji denně, Japonci spotřebují pouze 8 g sóji denně, navíc jejich jídelníček obsahuje ve větší míře ryby a zeleninu. V prevenci osteoporózy nemá sója údajně žádný vliv. Látky, které sója obsahuje, zabraňují resorpci vitamínu D a vápníku. U Asiatů je hypoteticky menší riziko osteoporózy, není to ovšem důsledek konzumace sóji, ale příjmem vitamínu D z ryb a vápníku z kostních vývarů (Frej, 2008, s. 24).

Zkoumání vlivu fytoestrogenů na paměť a rozpoznávací funkce bylo předmětem několika studií, kdy byly podávány isoflavony sóji. Výsledky však ukazují, že podávání sójového mléka obsahujícího isoflavony sóji nezlepšovalo žádný ze studovaných projevů, tedy vizuální krátkodobou a dlouhodobou paměť a pozornost. Výsledky klinických studií zabývajících se účinkem těchto látek nejsou konzistentní a prozatím nepodporují názor, že fytoestrogeny a isoflavony zlepšují kvalitu života žen v menopauze. Zároveň však nebyl nalezen důkaz, že by tyto látky byly při krátkodobém užívání nebezpečné (Moravcová, Lapčík, 2009, s. 44-45).

Dle Borrelli a Ernsta jsou klinické důkazy podporující účinnost a bezpečnost většiny alternativních metod pro úlevu od příznaků menopauzy jen ojedinělé. Existují určité důkazy ve prospěch fytoosterolů a fytoestanolů (pro snížení nízkodenzitního

lipoproteinu (LDL) a celkového cholesterolu), vlákniny (při snižování hladiny celkového cholesterolu v séru u žen po menopauze se zvýšenou hladinou cholesterolu), vitamínu K, kombinace vápníku a vitamínu D, nebo kombinace chůze se cvičením a se závažím (ve snížení ztráty hustoty kostí a výskytu zlomenin), *actaea racemosa* (pro zmírnění klimakterických obtíží, především návalů horka) a extraktů fytoestrogenů (na snížení hladiny lipidů v plazmě a úbytek kostní hmoty). Autoři však uvádějí, že je zapotřebí provést více a lepších randomizovaných kontrolních studií na testování účinnosti alternativních a doplňkových metod terapie žen v menopauze (Borrelli, Ernst, 2010, s. 334).

2.2 HOMEOPATICKÉ LÉKY V KLIMAKTERIU

Homeopatie je přírodní, alternativní druh léčby. Zakladatelem homeopatie byl německý lékař Christian Friedrich Samuel Hahnemann (Ress, 2009, s. 155). Pokud jsou homeopatické léky vybrány pečlivě a správně, mohou být velmi přínosné. K výhodám homeopatické léčby patří možnost kombinovat homeopatické léky s další léčbou, homeopatické léky nemají žádné nežádoucí vedlejší účinky, nedochází k vzájemnému ovlivňování se s dalšími prostředky (Kabelková, 2008, s. 18).

V roce 2005 byla provedena otevřená, mnohonárodnostní prospektivní, pragmatická, nekomparativní observační studie homeopatické léčby za účelem zkoumajícím účinnost této léčby. Z osmi zemí se této studii účastnilo 99 lékařů. Studie zahrnovala 493 klientek, jejichž průměrný věk byl 55 let. Pro léčbu byly použity tyto homeopatické léky: *Lachesis mutus*, *Belladonna*, *Sepia officinalis*, *Sulphur* a *Sanguinaria canadensis*. Tato studie ukázala, že došlo k výraznému snížení ($p < 0,001$) ve frekvenci návalů horka, ve dne i v noci. K těmto změnám došlo během 15 denního užívání homeopatických léků. 90 % žen uvedlo vymizení nebo redukci příznaků. Dle výsledků této studie je homeopatická léčba v terapii návalů horka účinná. Dle autorů by měly být provedeny další randomizované, kontrolované studie (Bordet et al., 2008, s. 10-15).

Ve článku Borrelli, Ernst je uvedeno, že bylo v poslední době provedeno systematické přezkoumání, zda homeopatická léčba snižuje vasomotorické příznaky,

jejichž výsledky byly získány na základě výsledků observačních a randomizovaných studií. Výsledky těchto studií nebyly přesvědčivě pozitivní (Borrelli, Ernst, 2010, s. 339).

V období června 2010 až července 2011 byla provedena randomizovaná, dvojitě zaslepená placebem kontrolovaná studie. Cílem této studie bylo zjistit účinnost homeopatické léčby v porovnání s léčbou placebo. Tato studie byla provedena ve Francii v 35 v soukromých gynekologických ambulancích. Podmínky pro zařazení do studie byly: věk nad 50 let, nepřítomnost menstruace po dobu déle než jeden rok, přítomnost návalů horka trvajících méně než dva roky s významným dopadem na jejich život, sociální i profesní, přítomnost v průměru 5 návalů horka denně. Pokud ženy někdy užívaly hormonální substituční léčbu, potravinové doplňky, vitamin E, pokud podstoupily chemoterapii, radioterapii nebo jejich návaly horka byly léčeny akupunkturou, byly ze studie vyloučeny. Do studie bylo zapsáno celkem 101 žen, z toho 50 žen užívalo homeopatické léky, 51 žen užívalo placebo léky. Do léčby byly zahrnuty homeopatické léky *Actaea racemosa* (4CH), *Arnica montana* (4CH), *Glonoinum* (4CH), *Lachesis mutus* (5CH), *Sanguinaria canadensis* (4CH). Placebo tablety vypadaly stejně jako aktivní tablety, obsahovaly ale pouze sacharózu, laktózu, stearát hořečnatý, čistou vodu. Pro tuto studii poskytla homeopatické léky i placebo laboratoř Boiron. Léčba trvala 12 týdnů v dávkování léků 2 - 4 tablety denně. V této studii se zjistilo, že homeopatická léčba má větší účinnost ve srovnání s placebo léčbou. Dle těchto výsledků může být považována homeopatická léčba jako bezpečná volba léčby návalů horka u žen, které odmítají nebo nemohou hormonální substituční léčbu užívat (Colau et al., 2012, s. 107-119).

Mezi nejčastěji předepisované léky patří *Lachesis mutus*, *Sulfur*, *Sepia officinalis*, *Thuya occidentalis* (Kabelková, 2008, s. 18) (Příloha 2). Borrelli, Ernst k těmto lékům řadí také lék *Pulsatilla* (Borrelli, Ernst, 2010, s. 339).

Lachesis mutus

Je to lék typický pro menopauzu. U ženy jsou přítomny návaly horka, pocení,

celkové napětí, impulsivnost, střídání a změny nálad. Dávkování: 1x denně při potížích 15CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 18).

Sulfur

Ženy indikované k tomuto léku mají často bolesti kloubů, mohou trpět různými alergiemi v podobě ekzémů, senné rýmy apod. Mohou mít hypertenzi, křečové žíly a hemoroidy .Dávkování: 1x týdně 15 CH 10 granulí. Vzhledem k tomu, že se jedná o čistící lék, může se během jeho užívání stát, že dojde k přechodnému svědění kůže, lokalizované zejména na místech po ekzémech (Kabelková, 2008, s. 18).

Sepia officinalis

Ženy bývají pesimistické, lhostejné, trpí nízkým krevním tlakem. Mají povolené vazivo, což se projevuje ohebnějšími klouby na končetinách. Povolené vazivo se taktéž týká dna pánevního. Mohou se objevit prolapsy dělohy. Ženy pociťují vnitřní návaly horka.Dávkování: 1x denně 15 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 18).

Thuya occidentalis

Lék je vhodný pro ženy, které během svého života užívaly často léky, například antibiotika, antikoncepci a kortikoidy. Trpí urogenitálními záněty, na těle mají četná mateřská znaménka i bradavice. V děloze se objevují polypy a myomy. Ženy mají strach z onemocnění rakovinou, mají sklon k depresím. Dávkování: 1x denně 15 CH 5 granulí. Pokud má žena strach z rakoviny: 1x denně 30 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 18).

Další homeopatické léky na individuální potíže žen:

Nepravidelnost cyklu

Folliculinum

Tohoto léku se využívá ve vysokém ředění na urychlení přechodu samotného. Dávkování: 1x denně 30 CH 5 granulí od 1. – 14. dne cyklu (Kabelková, 2008, s. 18).

Luteinum

Při jeho podávání dochází k ovlivnění růstu děložní sliznice. Může být podáván i jako prevence kyretáže u žen, které mají delší cykly. Dávkování: 1x denně 15CH 5 granulí od 15. dne cyklu do nástupu menstruace (Kabelková, 2008, s. 18).

Návaly horka, noční pocení, bušení srdce

Aurum metallicum

Je přítomno bušení srdce, extrasystoly, návaly horka a pocení, hypertenze. Příznaky se zhoršují pracovním vypětím. Dávkování: 1 denně při potížích 15 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 18).

Belladonna

Přítomnost pocení zejména na hlavě a krku, pocit pulsace cév v hlavě, který je spojen s pocitem tlaku v hlavě. Rychle nastoupí a rychle odezní. Časté a opakované pocení je v protikladu s pocitem suchosti sliznic. Dávkování: 1-3x denně (v závislosti na potížích) 9 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 18).

Glonoinum

Pulsující bolesti hlavy, pocení, bušení srdce spojené s prudce nastupujícím překrvením hlavy, závratě. Dávkování: 1-3x denně (v závislosti na potížích) 9 CH 5 granulí. Tento lék je k dostání na recept (Kabelková, 2008, s. 19).

Nespavost

Ambra grisea

Vhodný pro ženy, které se strachují o své děti a o druhé. Mají potíže s usínáním díky tragickým scénářům. Souží se situacemi, které nemůže ovlivnit. Dávkování: 15 CH 5 granulí večer před spaním, po hodině se může podání opakovat (Kabelková, 2008, s. 19).

Nux vomica

Vhodný pro ženy, které jsou přetíženy denním soustředěním. Mají problémy s usínáním, špatně spí, brzy se probouzí. Tento lék je obecně vhodný pro přepracovanou osobu. Dávkování: 15CH 5 granulí večer před spaním, popřípadě při nočním probuzení (Kabelková, 2008, s. 19).

Valeriana officinalis

Kozlík lékařský je lékem pro ženy náladové a nervózní. Zklidňuje mozkovou aktivitu, zkvalitňuje spánek. Dávkování: 9 CH 5 granulí večer před spaním, po hodině možno dávku opakovat. Stejně jako lék *Nux vomica* je i *Valeriana officinalis* na lékařský předpis (Kabelková, 2008, s. 19).

Bolesti hlavy

Ignatia amara

Lék pro ženy s psychickou přecitlivělostí, trpí bolestmi hlavy, které jsou charakteru bodání špendlíkem na jenom místě. Náchylnost ke spasmům lokalizovaným různě po těle. Od bolesti pomáhá rozptýlení se. Dávkování: 15CH 5 granulí při bolestech hlavy opakovat co hodinu (Kabelková, 2008, s. 19).

Sanguinaria canadensis

Ženy trpí na pravostranné migrény. Bolesti mají tepavý charakter, šíří se od zátylku, přes spánek směrem za oko. Ženy pocítují návaly horka v obličeji. Může dojít i ke zvracení. Dávkování: 9 CH 5 granulí co hodinu při bolestech hlavy (Kabelková, 2008, s. 19).

Lachesis mutus

Bolesti hlavy na levé straně, pocit tlaku a napětí. Po zvracení se bolesti zmírní. Bolesti se mohou ztlumit také počátkem menstruace. Dávkování: 9 CH 5 granulí při objevení se bolestí hlavy, opakovat co hodinu (Kabelková, 2008, s. 19).

Inkontinence

Causticum

Svěrač močového měchýře je dlouhodobě povolený. Dochází k úniku moči i při minimálním zvýšení nitrobřišního tlaku, např.: kašel, kýčání. Dávkování: 1-3 x denně 15 CH 5 granulí dle potíží (Kabelková, 2008, s. 19).

Gelsemium sempervirens

K úniku moči dochází při napětí, stresu a při nervozitě. Žena často nestihne dojít na toaletu. Tyto potíže ovlivňuje to, v jakém psychickém stavu je. Dávkování: 15 CH 5 granulí při pocitu stresu, podání je možné po hodině opakovat (Kabelková, 2008, s. 19).

Suchost sliznic

Sepia officinalis

Ženy mají pocit suchosti pochvy, během a po sexuálním styku mohou mít nepříjemné pocity. Dávkování: 1x denně 15 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 19).

Bryonia

Sliznice jsou suché, časté jsou bolesti kloubů, které jsou zapříčiněny úbytkem kloubního mazu. Ženy mají výraznější žízeň. Dávkování: 1-2x denně 9 CH 5 granulí při pocitu suchosti (Kabelková, 2008, s. 19).

Závratě

Borax

Tento lék je indikován u závratí, které se například dostavují při chůzi ze schodů a ve výtahu. Dávkování: 1-3x denně 9 CH nebo 15 CH při závratí, při pocitu strachu (Kabelková, 2008, s. 19).

Tabacum

Pomáhá při motání hlavy, ale také při hypertenzi a ateroskleróze. Dávkování: 1-3x denně 15 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 19).

Zvracení

Ipeca

Ipeca je lékem, který je indikován u nevolnosti a zvracení. Dávkování: 9 CH 5 granulí po zvracení. Pokud ženě vadí sladká chuť, je možno granule rozpustit v 1 dcl čisté vody a tu užívat po lžičkách (Kabelková, 2008, s. 19).

Tabacum

Tento lék je indikován u zvracení spojeného s hypotenzí, s potmě a s bolestmi v okolí srdce. Dávkování: 9 CH 5 granulí po zvracení. Pokud ženě vadí sladká chuť, je možno granule rozpustit v 1 dcl čisté vody a tu užívat po lžičkách (Kabelková, 2008, s. 19).

Sepia officinalis

Tento lék je účinný na zvracení, které je způsobeno pachy jídla. Dávkování: 15 CH 5 granulí po zvracení (Kabelková, 2008, s. 19).

Riziko trombózy, stav po jaterním onemocnění

Phosphorus

Srovnává hemokoagulaci. Působí proti tvorbě krevních sraženin i proti krvácivosti. Obnovuje jaterní buňky například po infekcích, alkoholu nebo po užívání hormonální antikoncepce. Dávkování: 1x denně 9 CH 5 granulí. Je doporučeno užívat delší dobu (Kabelková, 2008, s. 20).

Vipera redi

Je účinný při žilních zánětech a u otoků dolních končetin. Regeneruje játra. Dávkování: 1-3x denně 9 CH 5 granulí v závislosti na otoku (Kabelková, 2008, s. 20).

Arnica montana

Lék *Arnica montana* působí na elasticitu cév, pozitivně působí na bolesti, otoky nohou a varixy. Dávkování: 1-2x denně 9 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 20).

Riziko osteoporózy

Pokud žena trpí osteoporózou, je pro výběr homeopatického léku důležité, jaký je její celkový vzhled. Zda se jedná o robusní typ postavy nebo naopak o štíhlou konstituci.

Silicea

Je doporučeno zahájit podávání tohoto léku již při počátečních známkách osteoporózy. Dávkování: 1x denně 9 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 20).

Calcarea carbonica

Tento lék je vhodný pro ženy s robustnější postavou, které mají krátké kosti a hranatý tvar nehtů. Dávkování: 1x denně 9 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 20).

Calcarea phorphorica

Lék pro vysoké, štíhlé ženy se zakulacenějším tvarem nehtů. Dávkování: 1x denně 9 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 20).

Calcarea fluorica

Lék pro ženy se skoliózou, s varixy. Mohou být přítomny i bércové vředy. Dávkování: 1x denně 9 CH 5 granulí (Kabelková, 2008, s. 20).

2.3 AROMATERAPEUTICKÉ MASÁŽE V KLIMAKTERIU

Taavoni, Darsareh, Joolae a Haghani ve své klinické studii zkoumali vliv aromaterapeutických masáží na psychické symptomy u žen po menopauze. Do studie bylo zapojeno celkem 90 žen, které byly rozděleny na tři skupiny. První skupina podstupovala pravidelné aromaterapeutické masáže s oleji, druhá skupina podstupovala stejnou terapii s oleji bez zápachu, třetí, kontrolní skupina nepodstupovala žádnou léčbu. Výstupem studie byla komparace výsledků skóre na stupnici Menopause Rating Scale, která je nástrojem pro hodnocení kvality života žen po menopauze. Výsledky studie ukazují, že masáž i aromaterapie může zlepšit psychické příznaky u žen po menopauze. Při srovnání výsledů první a druhé skupiny lze pozorovat lepší účinky aromaterapeutické masáže ve srovnání s masáží samotnou. Dále bylo zjištěno, že tyto metody nemají žádné vedlejší účinky

a vzhledem k tomu, že jsou snadno použitelné, mohou být jednoduše aplikovány poskytovateli zdravotní péče (Taavoni, Darsareh, Joolae a Haghani, 2013, s. 158-163).

2.4 AKUPUNKTURA, ČÍNSKÁ HERBÁLNÍ MEDICÍNA

Byla provedena randomizovaná, placebem kontrolovaná pilotní studie, u které bylo cílem posoudit u žen v postmenopauze, zda je individuálně přizpůsobená akupunktura účinná při terapii návalů horka. Adekvátními respondentkami byly ženy, u nichž byla přítomnost alespoň 7 středně silných až silných návalů horka za 24 hodin, koncentrace estradiolu byla nižší než 50 pg / ml, hladina TSH se pohybovala v normálních hodnotách. 29 žen bylo přijato k 7 týdenní léčbě (proběhlo 9 sezení), která se skládala buď z aktivní akupunktury nebo z placebo akupunktury (u placebo akupunktury jehly neproniknou kůží do akupunkturních bodů). Tato studie zjistila, že se pomocí individuálně přizpůsobené aktivní akupunktury snížila závažnost návalů horka ($24,5 \pm 30,7$ %) ve srovnání s placebo akupunkturou, kde bylo snížení závažnosti návalů horka, v procentuálním vyjádření, nižší ($4,4 \pm 17,1$ %). Frekvence návalů horka se však po aplikaci jak aktivní akupunktury, tak placebo akupunktury výrazně nelišila. Autoři uvádí, že je potřeba dalších studií (Nir et al., 2007, s. 383-384, 391).

Bylo prokázáno, že klasická i elektrostimulační akupunktura má pozitivní účinek na ovlivnění návalů horka, ve smyslu poklesu jejich frekvence. Obavy o bezpečnost hormonální terapie vedly ke zvýšené poptávce po alternativních možnostech pro ženy mající příznaky související s menopauzou. Například akupunktura a čínská herbální medicína jsou široce populární u žen středního věku nejen v Číně, ale i po celém světě. Mnoho klinických studií zjistilo pozitivní dopady akupunktury na léčbu symptomů spojených s menopauzou. Například výsledky klinické studie, kterou provedl Azizi et al., ukazují, že aplikace kombinace čínské herbální medicíny a akupunktury je stejně efektivní jako hormonální terapie v léčbě symptomů spojených s menopauzou. Výsledky rovněž ukazují, že kombinace těchto dvou metod je účinnější, než samotná herbální medicína. Čínská herbální medicína dohromady s akupunkturou tak může být vhodnou alternativní léčbou pro ženy,

kteře nejsou schopny či nechtějí podstupovat hormonální terapii (Azizi et al., 2011, s. 48-53).

Několik dalších placebem kontrolovaných studií efektu akupunktury poukazuje na téměř totožné výsledky. Tyto studie neprokázaly významný efekt mezi aktivní akupunkturou a placebo akupunkturou. Studie, jejímž cílem bylo stanovení efektu terapie návalů horka akupunkturou, se účastnilo 54 respondentek. Tato randomizovaná, jednoduše zaslepená placebem kontrolovaná studie trvala celkem 19 týdnů, z toho 7 týdnů probíhala samotná léčba akupunkturou. Kritéria přijetí do studie byly následující: ženy v peri a postmenopauze, stáří ve věku 45 – 60 let, zájem léčit se touto metodou, přítomnost mírných až závažných návalů horka. V průběhu studie ženy neužívaly žádné nové léky a také neměnily dávky již užívaných léků. Mezi vylučovací kritéria spadala například léčba nádorového onemocnění, alergie na kovy, diabetes mellitus apod. Ženy byly randomizací rozděleny na dvě skupiny. První skupina byla ošetřena aktivní akupunkturou, druhé skupině byla aplikována placebo akupunktura. Ve srovnání s placebo akupunkturou prokázala aktivní akupunktura účinnost na závažnost návalů horka, nicméně neprokázala efekt na jejich frekvenci. I tito autoři se shodují na tom, že by se měly provést další studie (Kim et al., 2011, s. 249-256).

2.5 ÁJURVÉDA

Je to medicínský systém tradičního indického lékařství, který je uznáván Světovou zdravotnickou organizací jako léčebně preventivní systém. Ájurvéda je považována za nejstarší a nejholističtější systém péče o zdraví, proto je ájurvéda označována jako „matka medicíny“. Vychází z ní například homeopatie a čínská medicína. Ájurvéda klade důraz zejména na prevenci, ale zabývá se také léčbou. K jedinci přistupuje individuálně, což je jedna z jedinečných vlastností tohoto směru. Systém ajurvédské medicíny využívá výhradně přírodní léčebné prostředky, které nemají nežádoucí účinky. Ájurvéda rozděluje lidi do 3 konstitučních typů, dle kterých jsou stanovena doporučení léčebného plánu. Řadí se sem správná životospráva, léčebné procedury, dostatek pohybu a užívání vhodných bylin. Pro tyto 3 principy a životní energie se používají sanskrtské termíny Váta (princip pohybu), Pitta (princip energie) a Kapha (princip struktury). Každý jedinec je spojením těchto energií (dóš).

Pokud máme všechny dóši v rovnováze, jsme zdraví, pokud dojde k narušení této rovnováhy, vzniká nemoc. Ačkoliv ájurvéda pohlíží na menopauzu jako na přirozený přechod (Frej, 2008, s. 20-24), příznaky klimakteria jsou považovány za nerovnováhu dóši. Cílem ajurvédské léčby menopauzy je napravit rovnováhu, zajistit stravu bohatou na fytoestrogeny a odstranit toxiny z těla (Verma, 2004, s. 1). Dle Freje není osteoporóza a onemocnění srdce způsobeno deficitem estrogenů, ale vlivem nesprávného životního stylu. Tento směr, na rozdíl od západní medicíny, věnuje kvalitě stravy a stravě samotné náležitou pozornost. Kromě její úpravy doporučuje také byliny. Nejčastěji je to Aloe vera, Triphala (pro detoxikaci), indický ženšen Ašvaganda a Brahmi (na zklidnění a soustředění). Další rostlinou je šavatari, která je účinným fytoestrogenem a léčbě návalů horka. Je významná také svými regeneračními účinky ženského reprodukčního systému (Frej, 2008, s. 20-2).

3 HORMONÁLNÍ TERAPIE

„Původní název hormonální substituční terapie (HRT) je podle současných mezinárodních dohod měněn na hormonální terapie (HT). Zdůvodnění je takové, že nejde o nahrazení normální ovariální produkce estrogenu a progesteronu, ale o léčbu příznaků estrogenního deficitu a jeho následků” (Donát, www.meno-andro.cz).

Možností léčby klimakterického syndromu je hormonální léčba, která také hraje hlavní roli v prevenci organických změn. Je několik způsobů, kterými mohou být estrogeny podávány. Patří sem podání perorální, transdermální, perkutánní, intranasální, subkutánní a také vaginální (Fait, 2004, s. 1).

Ženám, které mají dělohu je doporučována EPT, ženám po hysterektomii je doporučována ET (www.meno-andro.cz).

K léčbě klimakterických potíží je u žen, které jsou ochotné užívat estrogen a u nichž nejsou kontraindikace, vhodná hormonální léčba (HRT- Hormonal replacement therapy). Dle Colau et al., že je tato léčba v 80-90 % úspěšná (Colau et al., 2012, s. 108). Kim et al. uvádí, že v dnešní době je nejúčinnější terapií návalů horka hormonální léčba. Hormonální léčba snižuje vasomotorické příznaky o 80%, nicméně je spojena se zvýšeným rizikem vzniku karcinomu prsu a mozkové mrtvice (Kim et al., 2011, s. 249).

Dle existujících doporučení je v současné době trend snižovat dávky hormonální léčby na nejnižší účinné. Ze standardní perorální dávky estradiolu 2mg, transdermální dávky estradiolu 0,05mg se přešlo na poloviční dávky. Studie CHOICE (Clinical Study on Hormone Dose Optimisation in Climacteric Symptom Evaluation) byla první studií, jejímž cílem bylo hledání možností pro snižování dávek hormonální terapie. V této studii bylo randomizováno 575 žen se symptomy, průměrný věk byl 55,5 let, váha 67,8 kg, BMI 25,3. Léčba probíhala ve třech skupinách 24 týdnů. 201 žen dostalo placebo léčbu, 177 žen dostávalo 0,5 mg E2+ 0,1 mg norethisteronacetátu a 171 žen dostalo 0,5 mg E2+ 0,25 mg norethisteronacetátu. Sledovalo se snížení počtu návalů horka. Významné snížení sledovaného skóre

se dosáhlo během 4 týdnů dávkou 0,5 mg E2+ 0,1 mg norethisteronacetát. Pro výskyt nežádoucích účinků opustilo studii 6 % žen v aktivní větvi studie a dalších 8 % žen ve větvi placebo. Oba režimy HT vykazovaly vysokou míru amenorey. V mamografické denzitě u uživatelk hormonální terapie a placebo (podskupina 154 uživatelk) nebyl nalezen rozdíl. Dále se zjistilo, že i když jsou hormonální dávky nízké, osteoprotektivní účinnost je zachována (Fait, 2011, s. 11-13).

U 313 žen, byl v prospektivní randomizované studii s dydrogesteronem, která trvala 13 týdnů, sledován účinek na výskyt návalů horka u žen rozdělených do třech skupin. První skupina užívala 1 mg E2 + 5 mg dydrogesteronu, druhá skupina užívala 0,5 mg E2 + 2,5 mg dydrogesteronu a třetí skupina dostávala placebo. Účinek extrémně nízké dávky a nízké dávky byl srovnatelný. Lepší kontrolu cyklu prokázal ultranízkodávkovaný preparát. Amenorea dosáhla v 10-12 měsících 91% (Fait, 2011, s. 11-13).

I v léčbě a také v prevenci urogenitální atrofie je v dnešní době preferováno snižování vaginálních dávek estrogenu. Studie ukázaly, že původní dávka 0,5 mg dostatečně nahrazuje dávka 10g estradiolu (Fait, 2011, s. 11 -13). Vzhledem k tomu, že je efektivita i bezpečnost této léčby prokázána několika studii, dle názoru Chmela je metoda této léčby nedostatečně využívána. Spousta žen nezná výhody této léčby a u lékařů přetrvávají vzpomínky ze zveřejnění studie WHI. Užívání vaginálních tablet s estradiolem je také ekonomicky výhodné. Díky vysoké efektivitě vede tato léčba k ušetření finančních nákladů (např. na antibiotika apod.) jak ze strany plátce, tak ze strany poskytovatele zdravotní péče (Chmel, 2009, s. 39- 41).

Několik velkých studií včetně American Women's Health Initiative (WHI) a British Million Women Study (MWS) prezentovaly, že u žen užívajících HRT je vyšší riziko vzniku prsního karcinomu. Tato informace způsobila odmítavý postoj žen k HRT a projevilo se to na množství předepsaných receptů. Z 91 miliónů (v roce 2001) kleslo množství předepsaných receptů (po zveřejnění výsledků studie WHI v roce 2002) na 56,9 miliónů (v roce 2003) (Colau et al., 2012, s. 108).

V září roku 2003 byl u těchto studií (WHI a MVS) proveden rozbor Severoamerickou menopauzální společností (NAMS), kde byly na základě konsensu velmi významných reprezentantů NAMS, přijaty zásady pro bezpečnou hormonální léčbu. Dle těchto zásad byla doba bezpečnosti hormonální léčby stanovena do pěti let od začátku užívání. Bylo zjištěno, že má hormonální terapie, při zahájení v časně postmenopauze, pozitivní efekt v prevenci kardiovaskulárních onemocnění i v prevenci Alzheimerovy demence. Dále se ukázalo, že riziko karcinomu prsu se zvyšuje až po desetiletém užívání EPT. U ET je riziko tohoto karcinomu 4x nižší ve srovnání s EPT. Část studie WHI (s EPT) prokázala podstatný pokles rizika karcinomu tlustého střeva a pokles rizika zlomenin způsobených osteoporózou. Bez čekání na výsledky z druhé části studie, Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) uvedl doporučení o neuvžívání čistých estrogenů jako léku první volby u terapie postmenopauzální osteoporózy. Důvodem byl: „*všeobecně negativní poměr mezi rizikem a přínosem hormonální léčby*” (Donát, 2007, s. 15-16). Nicméně dle výsledků z druhé větve WHI studie, které byly zveřejněny v roce 2004, se zjistilo, že léčba čistými estrogeny vede po 7 letech užívání k podstatnému zmenšení rizika zlomenin proximálního femuru a ani riziko karcinomu prsu zvýšeno není. EMAS (Evropská menopauzální a andropauzální společnost), IMS (Mezinárodní menopauzální společnost) vyjádřily stejné stanovisko jako NAMS o tom, že se nedoporučují měnit postupy, na kterých se představitelé NAMS (v roce 2003) shodli (Donát, 2007, s. 15-16).

Podle výsledků z roku 2010 je u transdermální aplikace estrogenu nižší riziko hluboké žilní trombózy. Tomuto snížení rizika také přispívá dnešní trend podávání nízkých dávek hormonů (Donát, 2010, s. 6). U perorálního podávání hormonální terapie je riziko žilní trombózy i cévní mozkové příhody zvýšeno. U žen ve věku pod 60 let je absolutní riziko ojedinělé. Dle observačních studií je u transdermální terapie toto riziko nižší (Koliba, 2013, s. 163).

Donát uvádí, že dle výsledků studie WHI je pro ženy mladší 60 let malé zvýšené riziko hluboké žilní trombózy (při užívání EPT). S vyšším věkem je spojeno i zvýšení rizika hluboké žilní trombózy. U žen, které užívají samotnou ET

v porovnání s kombinovanou EPT, je poloviční výskyt hluboké žilní trombózy (Donát, 2010, s. 6).

Donát ve svém článku uvádí desatero pro hormonální terapii, ve kterém shrnuje současné vědecké názory.

1.) Měla by být sjednocena terminologie. Donát doporučuje používat označení ET (estrogenní léčba), EPT (estrogen – progesteronová léčba), HT (hormonální terapie, jednotný název pro ET + EPT). Tyto zkratky by měly nahradit zkratky HRT a HST. Souhrnným názvem pro progesteron a progestiny jsou progestogeny (Donát, 2007, s. 17-18).

2.) Před započítím HT stačí provést anamnestické vyšetření, fyzikální vyšetření a mamografii (postačí vyšetření staré do 12 měsíců před započítím léčby). Ostatní vyšetření jsou doporučována individuálně (Donát, 2007, s. 17-18).

3.) Primární indikací pro hormonální léčbu jsou vazomotorické příznaky (střední a těžké, které jsou indikací k systémové ET a EPT), vaginální příznaky (střední a těžké, v podobě vulvální a vaginální atrofie, u které je indikace k systémové a vaginální ET nebo EPT). U atrofie dalších sliznic a u osteoporózy je indikována ET a EPT systémová. U žen, které mají dělohu je výhradně k ochraně endometria indikován progestogen. Pokud se vyskytnou nežádoucí účinky progestogenu, je indikována i u žen s dělohou, monoterapie minidávkami estrogenu (Donát, 2007, s. 17-18).

4.) Donát mezi kontraindikace řadí: karcinom prsu (do pěti let od vyléčení), nevléčený karcinom endometria, stromální sarkom dělohy a hlubokou žilní trombózu. Indikací k transdermálnímu, popřípadě parenterálnímu systému hormonální terapie jsou jaterní onemocnění (Donát, 2007, s. 17-18).

5.) Mezi diskutovaná onemocnění patří: ischemická choroba srdeční, venózní tromboembolismus, cévní mozková příhoda a diabetes mellitus. V současnosti se pro prevenci ischemické choroby srdeční ani mozkových příhod nedoporučuje. Pokud žena zahájí užívání hormonální terapie během 10 let po menopauze, dle výsledků studie WHI jsou příhody ischemické choroby srdeční sníženy. Riziko výskytu tohoto

onemocnění je naopak značně vyšší u žen, které s hormonální léčbou začaly po 10 a více letech po menopauze. Studie WHI prokázala u hormonální terapie malé zvýšení rizika venózního tromboembolismu. Pokud měly ženy pod 60 let, bylo toto riziko ještě nižší. U žen v postmenopauze je riziko cévní mozkové příhody zvýšeno. Dle studie WHI je při hormonální terapii riziko vzniku diabetu mellitu sníženo o 21% (Donát, 2007, s. 17-18).

6.) Pokud je zahájeno užívání hormonální terapie již v perimenopauze, má hormonální terapie pozitivní účinky jak na demenci, tak na poznávací funkce (Donát, 2007, s. 17-18).

7.) Po pěti letech užívání EPT je riziko karcinomu prsu lehce zvýšeno (významnější zvýšení tohoto rizika je po deseti letech léčby), naopak u ET toto riziko zvýšeno není.

Je sporné, zda je karcinom prsu považován za kontraindikaci k hormonální léčbě. Jak je uvedeno ve čtvrtém bodě, tento karcinom je kontraindikován do doby pěti let od uzdravení. Karcinom prsu v rodinné anamnéze není považován za kontraindikaci (Donát, 2007, s. 17-18).

8.) ET i EPT způsobuje zvýšený růst prsních buněk a zvyšuje mamografickou denzitu, čímž může být hodnocení nálezů mamografického vyšetření ztíženo, proto je doporučeno před mamografickým vyšetřením minimálně dva týdny hormonální terapii vysadit (Donát, 2007, s. 17-18).

9.) Trendem dnešní doby je snižování estrogenních dávek tak aby byla zachována jejich účinnost. Mezi výhody této léčby s nízkými dávkami estrogenu patří menší počet nežádoucích účinků, není nutné přidávat progesteron a navíc je tato terapie bezpečnější (Donát, 2007, s. 17-18).

10.) Po pěti letech léčby příznaků estrogenního deficitu by měla být léčba vysazena. Pokud však dojde k recidivě příznaků, je doporučeno pokračování v léčbě. Po období deseti let je vhodné učinit pokus o přerušování léčby (Donát, 2007, s. 17-18).

Pinkerton, Stovall a Kightlinger uvádí, že aktuální doporučení jsou používat nejnižší dávku hormonální léčby po co nejkratší dobu, která umožní splnit cíle léčby.

I když výzkumy ukazují, že pacientům podstupující hormonální terapii ve věku do 60 let a do 10 let od nástupu menopauzy nehrozí ischemická choroba srdeční, ne všechny ženy chtějí podstoupit, či jsou vhodnými kandidáty pro hormonální terapii. Pinkerton, Stovall a Kightlinger konstatují, že studie věnující se účinnosti a bezpečnosti této terapie naznačují, že hormonální terapie je bezpečná a efektivní pro úlevu od menopauzálních příznaků, vaginální atrofie a prevenci osteoporózy. Existují však obavy spojené s delším užíváním, pokud jde o riziko vzniku rakoviny prsu, srdečních příhod, demence, cévních mozkových příhod a žilních tromboembolických příhod. Podávání nižších dávek se zdá být stejně účinné, jako podávání standardních dávek. Údaje z této oblasti jsou však omezené, pokud jde o délku užívání. Lokální vaginální estrogen se doporučuje, pokud je léčba zaměřena pouze na úlevu od vaginální atrofie (Pinkerton, Stovall a Kightlinger (2009, s. 375).

V roce 2012 byla uspořádána Mezinárodní menopauzální společností diskuse, jejímž cílem bylo dosáhnout konsenzu v oblasti, která se týká základních doporučení k používání HRT. Přínosy této léčby však převládají nad riziky hlavně u symptomatických žen do 60 let věku a nebo do 10 let po menopauze (Koliba, 2013, s. 163).

HRT je žádoucí v prevenci osteoporotických zlomenin. Dále Koliba uvádí, že dle randomizovaných klinických studií, observačních výsledků a metaanalýz, u žen do věku 60 let nebo do 10 let po menopauze, může standartní dávka estrogenů zredukovat riziko ischemické choroby srdeční a snížit tak mortalitu. I u užívání kombinované hormonální terapie je snížené riziko úmrtnosti, avšak randomizované studie neprokázaly významné zvýšené nebo snížené riziko srdečních onemocnění. U žen, které mají pouze příznaky jako suchost v pochvě a potíže, které jsou spojené s pohlavním stykem, je vhodné podávání nízkých dávek estrogenů lokálně. Podání hormonální léčby by mělo být vždy důkladně a individuálně zváženo, a to s ohledem na kvalitu života, přítomnost rizikových faktorů (např. věk, riziko žilní trombózy, riziko cévní mozkové příhody (Koliba, 2013, s. 163).

TIBOLON JAKO ALTERNATIVA HT

Tibolon patří jako zástupce do skupiny léčiv STEAR (Selective issue estrogenic activity regulators). Po podání tibolonu per os dochází k metabolizaci a vznikají tři sloučeniny podílející se na farmakologickém účinku. Dva tyto metabolity (3α -OH-tibolon a 3β OH-tibolon) jsou podobné estrogením účinkům. Třetí metabolit má účinky gestagenní a efekt podobný účinkům androgenů. Tibolon působí prostřednictvím steroidních receptorů agonisticky. Způsobuje inhibici produkce aktivních estrogenů v prsu a také redukuje hladiny biologicky aktivních estrogenů v prsu. Výsledkem léčby Tibolonem je nižší přítomnost pocitu napětí prsu. Nezvyšuje mamografickou denzitu v porovnání s klasickou HRT. Tibolon také účinně působí v prevenci osteoporózy. Výhodou Tibolonu je, že zlepšuje náladu, zvyšuje libido, nemá vliv na endometrium ani na prsní tkáň. Při doporučené dávce (2,5 mg denně) tlumí vasomotorické potíže (Jeníček, 2008, s. 39).

Prospektivní studie THEBES (Tibolone Histology of the Endometrium and Breast Endpoints Study) sledovala u žen, které užívaly Tibolon histologii endometria. Výsledky studie ukázaly negativní efekt Tibolonu na přítomnost patologií endometria. Studie LIBERATE (Livial Intervention following Breastcancer, Efficacy, Recurrence And Tolerability Endpoints) pozorovala výskyt karcinomu prsu u žen, u kterých byly přítomny klimakterické potíže a které měly v osobní anamnéze karcinom prsu. Tato studie byla předčasně ukončena. Jeníček uvádí, že ani Tibolon není bezpečnou možností léčby klimakterického syndromu pro ženy, které mají karcinom prsu (Jeníček, 2008, s. 39).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku klimakteria a je rozdělena do tří kapitol. První kapitola přibližuje vznik termínu klimakterium, definuje charakteristiku, fyziologii a také příznaky klimakteria a možnosti objektivizace klimakterického syndromu. Druhá kapitola se zabývá možnostmi alternativní léčby, je tvořena zejména klinickými studii a jejich výsledky. Třetí závěrečná kapitola předkládá poznatky o hormonální léčbě v klimakteriu, je zaměřena na indikace, kontraindikace a rizika hormonální léčby. Zmínka je také o Tibolonu jako alternativě hormonální léčby.

Pro zpracování bakalářské práce byly stanoveny tři hlavní cíle.

Prvním cílem bylo předložit poznatky o klimakteriu. Tento cíl je shrnut v první kapitole s názvem klimakterium. První zmínky o klimakteriu obecně jsou velmi vzácné (Singh Amarjeet et al., 2002, s. 121). Aristoteles uváděl věk menopauzy 40 let, nicméně až v 18. století najdeme první pokusy o definici klimakteria (Hrušková, 2007, s. 4). Světová zdravotnická organizace (WHO) charakterizuje klimakterium obdobím, které začíná přibližně rok před menopauzou a je spojené s klinickými obtížemi. (Fait, 2013, s. 11). Fait i Jonáš uvádí, že lze pásmo klimakteria vyhradit do rozmezí 45-60 let. Slonkovi uvádí, že se klimakterium vyskytuje v 45-55 letech. Jak uvádí Slonkovi, mohou zde být různé odchylky. Klimakterium se dělí na premenopauzu, perimenopauzu (klimakterium), menopauzu a postmenopauzu. Základní příčinou změn v tomto období je vyčerpání folikulů ovaria během procesu stárnutí reprodukčního systému (Hrušková, 2007, s. 6). Proces, který způsobuje zánik oocytů je nazýván atrézie. Postupně dochází ke snižování tvorby progesteronu a estradiolu (Fait, 2004, s. 2). Hrušková uvádí, že následkem luteální insuficience je prodlužování menstruačního cyklu, vznik anovulačních cyklů a vznik metroragie (Hrušková, 2007, s. 6). V konečném důsledku menstruační cyklus zcela ustane (Fait, 2013, s. 14). Je spousta různorodých faktorů, které mohou ovlivnit nástup menopauzy. Hrušková uvádí jako nejdůležitější faktor kouření cigaret. (Hrušková, 2007, s. 5). Fait dělí symptomatologii klimakteria na vegetativní syndrom, organický syndrom a metabolický syndrom (Fait, 2004, s. 2). Lexová ve svém článku rozděluje

klimakterické obtíže na akutní, střední a chronické (Lexová, 2009, s. 1-3). K hodnocení intenzity klimakterických příznaků se nejčastěji využívá tzv. Kuppermanův index (Koliba, 2007, s. 21).

Cíl 1 splněn.

Druhým cílem bylo předložit poznatky o alternativní terapii klimakterických obtíží.

Tento cíl je shrnut v druhé kapitole s názvem alternativní terapie. Přestože je obecně nejužívanější terapií terapie hormonální a spousta žen také tuto léčbu vyhledává, značné množství žen se přiklání k alternativní terapii (Azizi, 2011, s. 48-49). Borud, White uvádí, že téměř 70% žen používá nějakou formu doplňkové terapie (Borud, White, 2009, s. 131). Ženy si vybírají doplňkové nebo alternativní léčebné terapie z celé řady důvodů (Wathen, 2006, s. 185). Borrelli, Ernst ve svém článku uvádí, že zájem o tento způsob léčby v posledních letech vzrostl (Borrelli, Ernst, 2010, s. 333). V současné době neexistuje dostatek empirických důkazů o účinnosti mnohých alternativních a doplňkových metod používaných v průběhu menopauzy. (Wathen, 2006, s. 185). I Rees uvádí, že nelze konstatovat, že jsou tyto metody bezpečné a neexistuje žádný silný důkaz na podporu tvrzení o bezpečnosti těchto metod. (Rees, 2009, s. 151-161). Donát uvádí, že výsledky studií o prospěchu a rizicích fytohormonů a fytoestrogenů jsou různorodé. Koliba uvádí, že při užívání fytoestrogenů je omezena frekvence i síla návalů. Výsledky klinických studií zabývajících se účinkem fytoestrogenů nejsou konzistentní a prozatím nepodporují názor, že fytoestrogeny a isoflavony zlepšují kvalitu života žen v menopauze. Autoři však podotýkají, že nebyl nalezen důkaz, že by tyto látky byly při krátkodobém užívání nebezpečné (Moravcová, Lapčík, 2009, s. 44-45). Bordet et al. a Colau et al. uvádí, že dle výsledků studie je homeopatická léčba v terapii návalů horka účinná a může být považována homeopatická léčba jako bezpečná volba léčby návalů horka u žen, které odmítají nebo nemohou hormonální substituční léčbu užívat. Dle autorů by měly ale být provedeny další studie (Bordet et al., 2008, s. 10-15). Mezi nejčastěji předepisované léky patří *Lasachesis mutus*, *Sulfur*, *Sepia officinalis*, *Thuya occidentalis* (Kabelková, 2008, s. 18). Borrelli, Ernst k těmto lékům radí také lék *Pulsatilla* (Borrelli, Ernst, 2010, s. 339). Výsledky studie ukazují, že masáž i aromaterapie může zlepšit psychické příznaky u žen po menopauze. (Taavoni,

Darsareh, Joolae a Haghani, 2013, s. 158-163). Nir et al uvádí, že se frekvence návalů horka po aplikaci jak aktivní akupunktury, tak placebo akupunktury výrazně nelišila. Azizi et al. uvádí, že byly prokázány pozitivní účinky klasické i elektrostimulační akupunktury k ovlivnění návalů horka. Autoři Azizi et al. dále píší, že kombinace čínské herbální medicíny a akupunktury je stejně efektivní jako hormonální terapie v léčbě symptomů spojených s menopauzou. Kim et al. pro změnu uvádí, že několik dalších placebem kontrolovaných studií efektu akupunktury poukazuje na téměř totožné výsledky. Výsledky studií neprokázaly významný efekt mezi aktivní akupunkturou a placebo akupunkturou. Autoři se shodují, že by se měly provést další studie (Kim et al., 2011, s. 249-256).

Cíl 2 splněn.

Třetím cílem bylo předložit poznatky o hormonální terapii klimakterických obtíží.

K léčbě klimakterických potíží je u žen, které jsou ochotné užívat estrogen a u nichž nejsou kontraindikace, vhodná hormonální léčba. Dle Colau et al. je tato léčba v 80-90 % úspěšná (Colau et al., 2012, s. 108). Kim et al. uvádí, že v dnešní době je nejúčinnější terapií návalů horka hormonální léčba. Hormonální léčba snižuje vasomotorické příznaky o 80%, nicméně je spojena se zvýšeným rizikem vzniku karcinomu prsu a mozkové mrtvice (Kim et al., 2011, s. 249). Dle existujících doporučení je v současné době trend snižovat dávky hormonální léčby na nejnižší účinné. I v léčbě a také v prevenci urogenitální atrofie je v dnešní době preferováno snižování vaginálních dávek estrogeneru. Studie ukázaly, že původní dávka 0,5 mg dostatečně nahrazuje dávka 10g estradiolu (Fait, 2011, s. 11 -13). Vzhledem k tomu, že je efektivita i bezpečnost této léčby prokázána několika studii, dle názoru Chmela je metoda této léčby nedostatečně využívána.(Chmel, 2009, s. 39- 41). Mezi výhody této léčby s nízkými dávkami estrogeneru patří menší počet nežádoucích účinků, není nutné přidávat progesteron a navíc je tato terapie bezpečnější. (Donát, 2007, s. 17-18). Pinkerton, Stovall a Kightlinger konstatují, že studie věnující se účinnosti a bezpečnosti této terapie naznačují, že hormonální terapie je bezpečná a efektivní pro úlevu od menopauzálních příznaků, vaginální atrofie a prevenci osteoporózy. Existují však obavy spojené s delším užíváním, pokud jde o riziko vzniku rakoviny prsu, srdečních příhod, demence, cévních

mozkových příhod a žilních tromboembolických příhod. (Pinkerton, Stovall a Kightlinger (2009, s. 375). Výsledkem léčby Tibolonem je nižší přítomnost pocitu napětí prsů. Nezvyšuje mamografickou denzitu v porovnání s klasickou HRT. Tibolon také účinně působí v prevenci osteoporózy. Výhodou Tibolonu je, že zlepšuje náladu, zvyšuje libido, nemá vliv na endometrium ani na prsní tkáň (Jeníček, 2008, s. 39). Jeníček ale také uvádí, že dle studií není Tibolon bezpečnou možností léčby klimakterického syndromu pro ženy, které mají karcinom prsu (Jeníček, 2008, s. 39).

Cíl 3 splněn.

POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

1. AZIZI, H. a kol. Menopause-related Symptoms: Traditional Chinese Medicine vs Hormone Therapy. *Alternative therapies in health and medicine*. 2011, 17(4): 48-53. ISSN: 1078-6791.
2. BĚLEHRADOVÁ, I., HODICKÁ, Z., Využití fytoestrogenů v gynekologii. *Praktická gynekologie*, 2012, roč. 16, č. 1, s. 13-15. ISSN:1211-6645.
3. BORDET, MF, A COLAS, P MARIJNEN, JL MASSON a M TRICHARD. Treating hot flushes in menopausal women with homeopathic treatment—Results of an observational study. *Homeopathy* [online]. 2008, vol. 97, issue 1, s. 10-15 [cit. 2014-04-23].DOI: 10.1016/j.homp.2007.11.005.
Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147549160700166X>
4. BORRELLI, F., ERNST, E. Alternative and complementary therapies for the menopause. *Maturitas*. 2010, 66: 333-343. ISSN: 0378-5122.
5. BORUD, Einar, Adrian WHITE. A review of acupuncture for menopausal problems. *Maturitas* [online]. 2009, vol. 66, issue 2, s. 131-134 [cit. 2014-04-23]. DOI: 10.1016/j.maturitas.2009.12.010.
Dostupné z:<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512209004654>
6. CMAS, 2014, Menopausa, Česká menopauzální a andropauzální společnost. *Meno-andro*. [online]. [cit. 2014-04-18].
Dostupné z: <http://www.meno-andro.cz/cz/zakladni-pojmy/26-menopausa>

7. COLAU, J., VINCENT, S., MARIJNEN, P., & ALLAERT, F. 2012. Efficacy of a non-hormonal treatment, BRN-01, on menopausal hot flashes. *Drugs in R & D* [online]. September 2012 vol. 12, iss. 3, s. 107 - 119. [cit. 2013-11-25] ISSN: 179-6901
Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2165/11640240-000000000-00000>
8. DONÁT, J., Aktuální otázky v klimakterické medicíně - kde jsme a kam jdeme?. *Lékařské listy: Klimakterická medicína*. 2010, roč. 2010, č. 17.
9. DONÁT, J., Česká menopauzální a andropauzální společnost. *Meno-andro*[online]. [cit. 2014-04-30].
Dostupné z: <http://www.meno-andro.cz/cz/hormony/23-hormonalni-terapie>
10. DONÁT, J., Česká menopauzální a andropauzální společnost. *Meno-andro*. [online]. [cit. 2014-04-18].
Dostupné z: <http://www.meno-andro.cz/cz/klimaktericky-syndrom>
11. DONÁT, J., Současný pohled na prospěch a riziko hormonální terapie u žen po menopauze. *Medicína po promoci*, 2007, roč. 8, Suppl. 3, s. 15-18. ISSN: 1212-9445.
12. FAIT, T., „Ultra-low-dose“ hormonální substituční terapie. *Klimakterická medicína: Časopis pro menopauzu a andropauzu* [online]. 2011, roč. 16, č. 1, s. 11-13 [cit. 2014-04-26]. DOI: 1211-4278.
Dostupné z: <http://www.klimakterickamedicina.cz/KM1-11.pdf>
13. FAIT, T., *Klimakterická medicína*. 2., přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2013, s. 189 Farmakoterapie pro praxi, sv. 62. ISBN 978-807-3453-428.

14. FAIT, T., Možnosti objektivizace akutního klimakterického syndromu. *Klimakterická medicína* [online]. 2008, roč. 13, č. 1, s. 30-35 [cit. 2014-04-30]. DOI: 1211-4278.
Dostupné z: http://www.klimakterickamedicina.cz/KM01_08.pdf
15. FAIT, T., *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf, c2010. ISBN 978-807-3452-193.
16. FAIT, T., Klimakterium a hormonální substituční terapie. In: *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha : Levret, [2003]-. 2004, č. 3, s. 1-12. ISSN: 1214-5572.
17. FREJ, D. Ajurvédská medicína a menopauza. *Klimakterická medicína: Časopis pro menopauzu a andropauzu*. 2008, roč. 13, č. 4, s. 20-25. DOI: 121-4278.
Dostupné z: <http://www.klimakterickamedicina.cz/KM4-08.pdf>
18. GÄRTNER, M. Syndrom deficitu estrogenů a uroinfekce v postmenopauze. *Medicína po promoci*, 2007, roč. 8, Suppl. 3, s. 37-40. ISSN: 1212-9445.
19. HRUŠKOVÁ, H., Fyziologie klimakteria. *Medicína po promoci*, 2007, roč. 8, Suppl. 3, s. 4-8. ISSN: 1212-9445.
20. HRUŠKOVÁ, H., Klinické příznaky klimakteria. *Medicína po promoci*, 2007, roč. 8, Suppl. 3, s. 9-13. ISSN: 1212-9445.

21. CHMEL, R., Malá dávka vaginálního estradiolu – velká pomoc zvyšující kvalitu života v postmenopauze a v séniu! – PR. *Klimakterická medicína: Časopis pro menopauzu a andropauzu* [online]. 2009, roč. 14, č. 4, s. 39-41 [cit. 2014-04-26]. DOI: 1211-4278.
Dostupné z: http://www.klimakterickamedicina.cz/KM04_09.pdf
22. JENÍČEK, J., Tibolon jako alternativa klasické HRT – PR. *Klimakterická medicína* [online]. 2008, roč. 13, č. 1, s. 39 [cit. 2014-03-28]. DOI: 1211-4278.
Dostupné z: http://www.klimakterickamedicina.cz/KM01_08.pdf
23. JONÁŠ, J., Menopauza. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2009, č. 6 [cit. 2014-04-18].
Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/menopauza-429760>
24. KABELKOVÁ, M., Klimakterium a homeopatické léky. *Klimakterická medicína: časopis pro menopauzu a andropauzu*. Hradec Králové: Domena, 2008, roč. 13, č. 4, s. 18-20. DOI: 1211-4278.
Dostupné z: <http://www.klimakterickamedicina.cz/KM4-08.pdf>
25. KIM, D. I., J. C. JEONG, K. H. KIM, J. J. RHO, M. S. CHOI, S. H. YOON, S.-M. CHOI, K. W. KANG, H. Y. AHN a M. S. LEE. Acupuncture for hot flushes in perimenopausal and postmenopausal women: a randomised, sham-controlled trial. *Acupuncture in Medicine* [online]. 2011-11-23, vol. 29, issue 4, s. 249-256 [cit. 2014]. DOI: 10.1136/aim.2011.004085. Dostupné z: <http://aim.bmj.com/cgi/doi/10.1136/aim.2011.004085>
26. *Kniha knih o menopauze*. 1. vyd. Editor Robin N Phillips. Praha: Fortuna Print, c2005, 256 s. ISBN 80-7321-163-7.

27. KOC, Z., SAGLAM, Z., & TOPATAN, S. (2013). Determination of the use of complementary and alternative medicine by women in the climacteric period in the turkish city of samsun. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, 45(2), 197-209.
Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1470886918?accountid=16730>
28. KOLIBA, P., Možnosti alternativní léčby klimakterických obtíží. *Medicína po promoci*, 2007, roč. 8, Suppl. 3, s. 21-28. ISSN: 1212-9445.
29. KOLIBA, P., International Menopause Society – všeobecný konsenzus k užívání menopauzální hormonální terapie. *Praktická gynekologie*, 2013, roč. 17, č. 2, s. 163-164. ISSN: 1211-6645
30. KOVÁŘ, P., Osteoporóza jako jeden z hlavních projevů deficitu estrogenů a její léčebné ovlivnění. *Medicína po promoci*, 2007, roč. 8, Suppl. 3, s. 41-47. ISSN: 1212-9445.
31. LEXOVÁ, H., Klimakterium (klíčovou dírkou v ordinaci gynekologie). In: *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: Levret, [2003]-. 2009, č. 18, s. 34-37. ISSN: 1214-5572.
32. MORAVCOVÁ, J. a O. LAPČÍK., Vliv fytoestrogenů na symptomy menopausy. *Moderní babičtví: Odborný časopis pro porodnictví a gynekologii* [online]. 2009, roč. 17, s. 42-49 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-17/?pdf=1>

33. NIR, Yael, Mary I. HUANG, Rosa SCHNYER, Bertha CHEN a Rachel MANBER. Acupuncture for postmenopausal hot flashes. *Maturitas* [online]. 2007, vol. 56, issue 4, s.383-395. DOI: 10.1016/j.maturitas.2006.11.001.
34. O'MATHUNA, D., Use of CAM for Menopause. *Alternative Therapies in Women's Health*. 2008, 10: 69-70. ISSN: 1522-3396
Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512206003744>
35. PINKERTON, J., STOVALL, D., KIGHTLINGER, S. Advances in the treatment of menopausal symptoms. *Women's Health*. 2009, 5(4): 361-384. ISSN: 1745-5057.
36. REES, M., Alternative treatments for the menopause. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2009, 23: 151-161.
37. ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K., a kol. *Gynekologie*. 2 vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
38. SINGH, A., KAUR, S, WALIA, I., A historical perspective on menopause and menopausal age. *Bulletin of the Indian Institute of History of Medicine (Hyderabad)*. 2002, 121-135. ISSN: 0304-9558.
39. SLONKOVÁ, J., SLONKA, J. Klimakterium a poruchy spánku. *Medicina po promoci*, 2007, roč. 8, Suppl. 3, s. 52-55. ISSN: 1212-9445.

40. TAAVONI, S., DARSAREH, F., JOOLAEI, S., HAGHANI, H. The effect of aromatherapy massage on the psychological symptoms of postmenopausal Iranian women. *Complementary Therapies in Medicine*. 2013, 21: 158-163. ISSN: 0965-2299.
41. TURČAN, P., Klimakterium, včelí produkty a fytoestrogeny. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2011, č. 9 [cit. 2014-04-18].
Dostupné z: [http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/klimakterium-vceli-produkty-a-fytoestrogeny -461369](http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/klimakterium-vceli-produkty-a-fytoestrogeny-461369)
42. VERMA, D. (2004, Aug 31). Tackle menopause the ayurvedic way. *The Hindu*.
Dostupné z <http://search.proquest.com/docview/286488759?accountid=16730>
43. VON STUDNITZ, F., EULENBURG, C., The value of complementary and alternative medicine in the treatment of climacteric symptoms: Results of a survey among German gynecologists. *Complementary Therapies in Medicine*. 2013, 21: 492-495.
44. WATHEN, N., Alternatives to hormone replacement therapy: A multi method study of women's experiences. *Complementary Therapies in Medicine*. 2006, 14: 185-192. ISSN: 0965-2299.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

BMI Body Mass Index

CAM Complementary and alternative medicine

EMAS Evropská menopauzální a andropauzální společnost

EPT Estrogen-progesteronová léčba

ET Estrogenní léčba

FSH Folikulostimulační hormon

HRT Hormonal replacement therapy

HST Hormonal substitution therapy

CH Centizimální podle Hahnemanna

CHOICE Clinical Study on Hormone Dose Optimisation in Climacteric Symptom Evaluation

IMS Mezinárodní menopauzální společnost

LH Luteinizační hormon

LIBERATE Livial Intervention following Brestcancer, Efficacy, Recurrence And Tolerability Endpoints

MENQOL Menopause-Specific Quality of Life

MRS Menopause Rating Scale

MWS British Million Women Study

NAMS Severoamerická menopauzální společnost

NCCAM National Center for Complementary and Alternative Medicine

SSRI Selective serotonin reuptake inhibitors

STEAR Selective issue estrogenic activity regulators

SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv

THEBES Tibolone Histology of the Endometrium and Breast Endpoints Study

TSH Thyroid stimulating hormone

WHI Women's Health Initiative

WHO World Health Organization

WHQ Women's Health Questionnaire

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Kuppermanův index 55

Příloha 2 Léčivé přípravky 56

PŘÍLOHA 1

Kuppermanův index

SYMPTOM	Index	Míra obtíží:
návaly horka	4	silné 3 lehké 1
zvýšené pocení	2	střední 2 žádné 0
poruchy spánku	2	Výsledek je součtem násobků: index symptomu x míra obtíží
podrážděnost	2	
deprese	1	Hodnocení: > 35 těžký klimakterický syndrom 20-35 střední klimakterický syndrom 15-20 lehký klimakterický syndrom
poruchy soustředění	1	
závratě	1	
bolesti hlavy	1	
bolesti kloubů	1	
bušení srdce	1	

Kuppermanův index. In: *Klimakterická medicína* [online]. 2008, roč. 13, č. 1, s. 30-35 [cit. 2014-04-30]. DOI: 1211-4278.

Dostupné z: http://www.klimakterickamedicina.cz/KM01_08.pdf

PŘÍLOHA 2

Nejčastěji používané homeopatické léky (Kabelková, 2008, s. 18).



Léčivý přípravek. In: Léky na dosah [online].

Dostupné z: <http://www.lekynadosah.cz/thuya-occidentalis-ch30-gra-4g~z3352710735138.html>



Léčivý přípravek. In: Léky na dosah [online].

Dostupné z: <http://www.lekynadosah.cz/sepia-officinalis-ch15-gra-4g~z3352710677124.html>



Léčivý přípravek. In: Léky na dosah [online].

Dostupné z:<http://www.lekynadosah.cz/lachesis-mutus-ch15-gra-4g~z3352710414125.html>



Léčivý přípravek. In: Léky na dosah [online].

Dostupné z:<http://www.lekynadosah.cz/sulfur-ch15-gra-4g~z3352710712122.html>