

A hormonpótló kezelés hatása betegeink pszichés panaszaira.

PETRÓCZI ISTVÁN DR.*, BAGDÁNY SÁNDOR DR.*,
SZÁSZNÉ DR. BÁN JUDIT**, PETRÓCZI ISTVÁN OH.

*A Fővárosi Önkormányzat Csepeli „Baba-barát” Kórház Szülészeti és
Nőgyógyászati Osztálya (főorvos: Bagdány Sándor dr.)* és a SOTE II. Szülészeti
és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Paulin Ferenc dr.)** közleménye*

Összefoglalás: A szerzők a hrt* pszichés panaszokra gyakorolt hatásáról szerzett tapasztalataikat írják le. A változaskori elváltozások, panaszok kezelése az egész medicinát felöleli, nemcsak a nőgyógyászatot. A petefészekhormon hiány a primum movens, és a következmények az egész szervezetet érintik. Betegeinknek a pszichés zavarok és a magánéleti problémák sok szenvedést okoznak, és a hrt jótékony hatásai közül talán az ezzel kapcsolatos javulást érzékelik és értékelik leginkább. Szerzők betegei első felvételkor, és féléves hormonpótló kezelés után kérésünkre önexplorációs módszerrel kérdőívet töltenek ki szubjektív észleléseikről, így a személyes pszichés gondjaikról is. Szerzők ennek alapján elemzik a hormonkezelés hatását a pszichés elváltozásokra. Első jelentkezéskor fáradékonyságra illetve ingerlékenységre enyhébb, vagy súlyosabb formában betegek kilencven százaléka panaszkodott, ezt követte az alvászavar (84%), az emlékezet zavar (72%), a szorongás (64%) és a depresszió (52%). Munkaképesség csökkenését otthon, illetve a munkahelyén betegek 54, illetve 42 százaléka panaszolta. A féléves kezelés után fáradékonyságra, ingerlékenységre illetve alvászavarra betegek 58, 54 illetve 52 százaléka panaszkodott. A további sorrend: emlékezetzavar (46%), szorongás (48%), depresszió (30%), munkaképesség csökkenés otthon (24%), illetve a munkahelyén (16%). Megítélésük szerint azonban nemcsak csökkennek a panaszok, hanem a betegek sokkal toleránsabbá is válnak panaszaiikkal szemben. A kezelés után is megmaradt minden második betegünkönél az alvászavar, mégis a háromnegyedük „nem”-mel válaszolt az alvászavar kellemetlen voltát tudakoló „Igazán zavarja?” kérdésre.

Kulcsszavak: menopausa, hormonpótlás, kérdőíves adatgyűjtés,
pszichés hatások

Anyag és módszer

A Klimax Ambulanciánkon jelentkező betegek a kezelés elkezdése előtt alapos kivizsgáláson esnek át.

* hrt: hormon replacement therapy

Ez az általánosan elfogadott hazai ajánlások szerint történik, a járóbeteg rendelésen vagy a kórházi ambulancián [1].

A panaszok súlyosságát az előző cikkünkben ismertett menopausa-syndroma score kérdőívvel [1] kérésünkre a betegek mérték fel, válaszoltak a célzatos kérdésekre (I. táblázat), pontozták 0–1–2 értékkel pana-

szaik súlyosságát és egyben arra is válaszoltak, az illető jelenség kellemetlen-e számukra vagy sem. A kérdések a testi történések mellett a hangulati ingadozás jellegére, valamint ezek szubjektív megítélésére vonatkoztak.

A 100 betegen történő adatfelvételt fél éves hormonkezelés után megismételtük. Jelen cikkünkben a kérdőív pszichés panaszokkal foglalkozó kérdéseire kapott válaszokat értékeljük, a hormon kezelés előtt, és fél éves kezelés után.

Eredmények

Menopauza Ambulanciánkon a felmérésbe bevont jelentkezők átlagéletkora: 52,75 év volt, meglévő munkahellyel és emelett saját háztartásukat is ellátták.

A kezelés hatásosságának értékelése az ismeretett, speciális kérdőívvel történt, az első jelentkezéskor, illetve a későbbiekben kapott pontszámok összehasonlítása alapján. Az általunk vizsgált, a hangulati állapotot leginkább befolyásoló tényezőket, az 1. táblázat tünteti fel.

1. táblázat

A betegeinknek feltett kérdések:

1.) Az elmúlt hónapban észlelt-e...

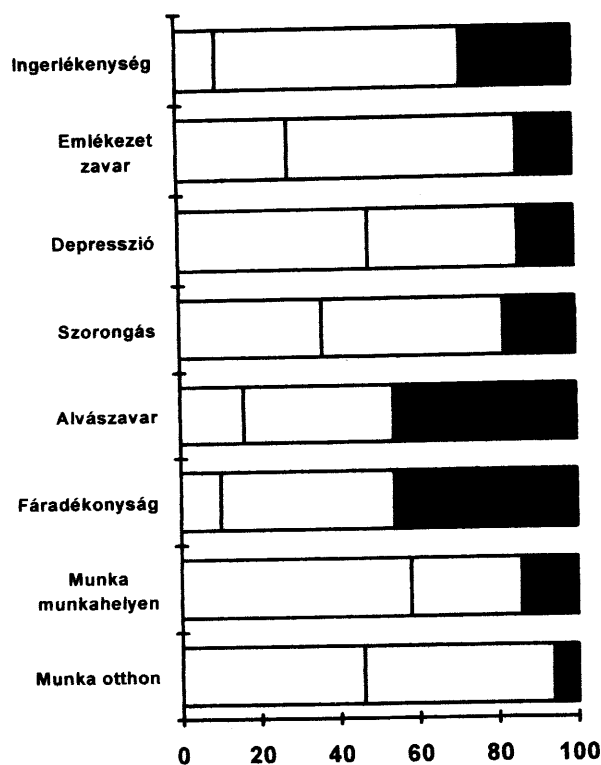
- ingerlékenységet?
- emlékezetzavart?
- depressziót?
- szorongást?
- alvászavart?
- fáradékonyságot?
- hogy az eddigi munkáját nem tudja ellátni munkahelyén?
- hogy az eddigi munkáját nem tudja ellátni otthonában?

0 = nem 1 = esetenként 2 = rendszeresen

2.) Igazán zavarja az életvitelét?

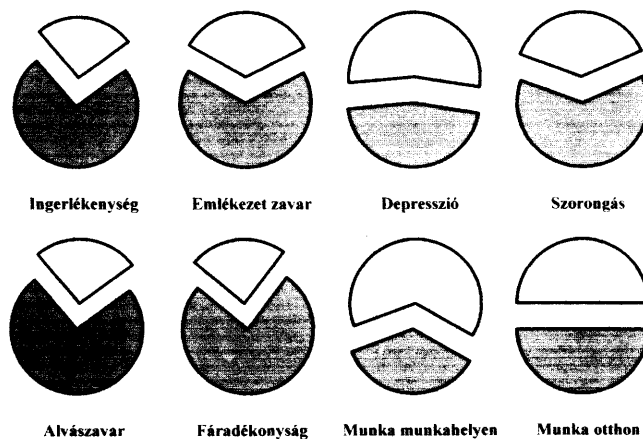
I=igen N=nem

Első jelentkezéskor fáradékonyságra illetve ingerlékenységre enyhébb, vagy súlyosabb formában betegeink kilencven százaléka panaszkodott, ezt követte az alvászavar (84%), az emlékezetzavar (72%), a szorongás (64%) és a köznapi értelemben vett depresszió (52%). Munkaképesség csökkenését otthon, illetve a munkahelyén betegeink 54, illetve 42 százaléka panaszolta (1. ábra).



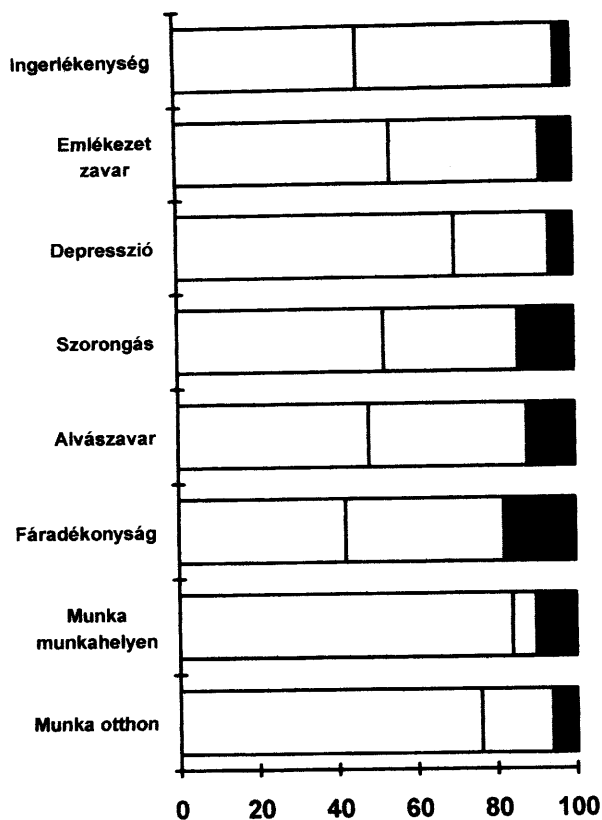
1. ábra A vizsgált jellemzők a beteg első jelentkezésekor. (fehér: nincs panasz; szürke: esetenként érzi; fekete: rendszeresen érzi)

Az „Igazán zavarja?” kérdésre adott „Igen” válaszok hasonlóan alakultak, a válaszolók a fáradékonyságot (76%), az alvászavart és az ingerlékenységet (74-74%) jelölték meg legkínzóbb panaszként. Az emlékezetzavart (66%), a szorongást (62%), a depressziót (46%) a munkaképesség csökkenését otthon, illetve a munkahelyén betegeink 50, illetve 36 százaléka érezte zavarónak (2. ábra).



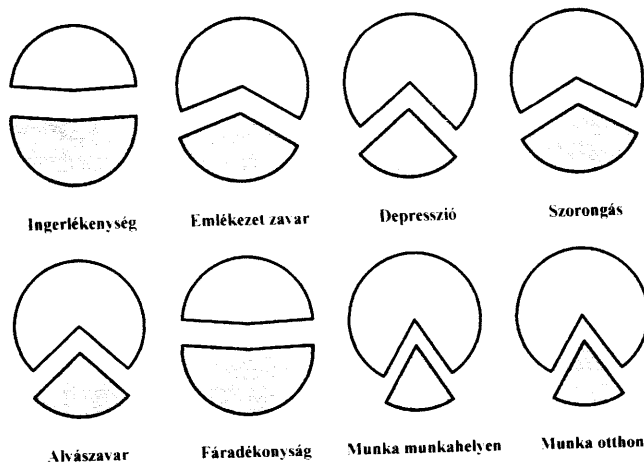
2. ábra „Igazán zavarja?” kérdésre adott válaszok a beteg első jelentkezésekor. (fekete: „igen”, fehér: „nem”)

A fél éves kezelés után fáradékonyságra, ingerlékenységre illetve alvászavarra betegek 58, 54 illetve 52 százaléka panaszkodott, ezt követte (46%) az emlékezet zavar, a szorongás (48%) és a depresszió (30%). Munkaképesség csökkenését otthon, illetve a munkahelyén betegeknek csak 24, illetve 16 százaléka panaszolta (3. ábra). Adatainkat Solo 4.0 programmal elemeztük, az χ^2 teszt segítségével. Szignifikancia szintnek a $p < 0.05$ -öt tekintettük. Az elemzés szerint a fenti és az ezután következő adataink is szignifikánsak.



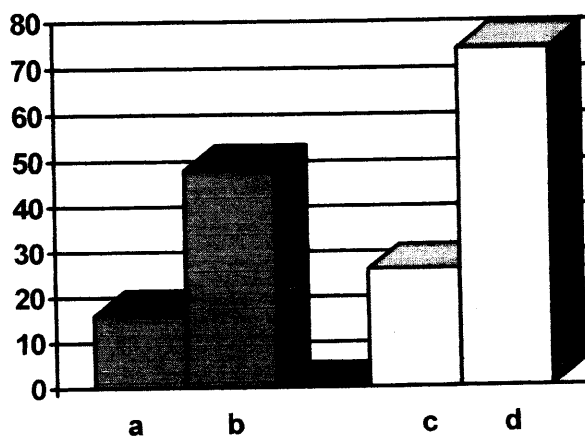
3. ábra A vizsgált jellemzők a fél éves hormonpótlás után (fehér: nincs panasz; szürke: esetenként érzi; fekete: rendszeres érzi). Jól látható a fehér terület („nem érzi a megjelölt panaszt”) térhódítása és sötét területeken belül a feketével jelölt terület („a kérdezett jelenség súlyos panaszt okoz”) megfogyatkozása.

A panaszok objektív javulásánál még jelentősebb volt a szubjektív változás, mert az „Igen” válaszok szerint a fáradékonyságot és az ingerlékenységet csak a betegek 52 százaléka érezte még mindig kízósnak. Az emlékezet zavarát (36%), a szorongást (34%), a depressziót (26%), az alvászavart, a munkaképesség csökkenését otthon, illetve a munkahelyén betegek 18, illetve 14 százaléka érezte zavarónak (4. ábra).

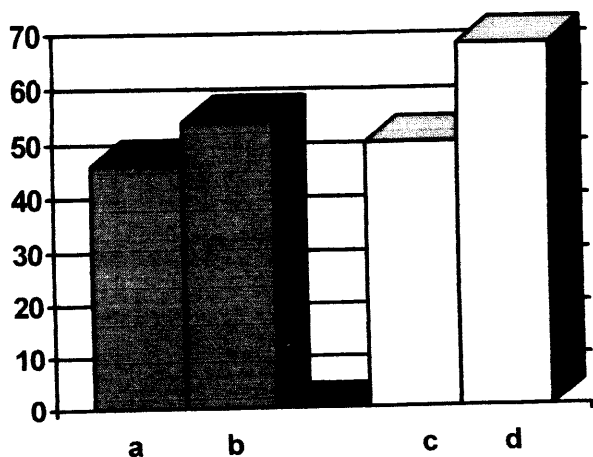


4. ábra „Igazán zavarja” kérdésre adott válaszok a fél éves hormonpótlás után. (fekete: „igen”, fehér: „nem”)

Adataink szerint a hormonpótlás valóban hatásos a menopausa pszichés panaszaira, csökkenti azokat. Megfigyelhető azonban egyfajta szedatív hatás is, az objektív javuláson túl a betegek toleránsabbak lesznek panaszaiikkal szemben. Példa erre, hogy bár a kezelés után is megmaradt minden második betegünkél az alvászavar, mégis háromnegyedül „nem”-mel válaszolt az alvászavar kellemetlen voltát tudakoló „Igazán zavarja?” kérdésre (5. ábra). Még jobban demonstrálja állításunkat a felmérésben szereplő, de itt nem tárgyalt incontinencia kérdése (6. ábra). Mint látszik, anyagunkban alig javult az inkontinencia a hormonpótlástól, mégis betegeinket sokkal kevésbé zavarta, mint megelőzőleg.



5. ábra Az alvászavar objektív és szubjektív megítélése. (Baloldalt: a betegek közül nem volt alvászavara: a) a kezelés előtt; b) a kezelés után. Jobbra: alvászavar nem okozott kellemetlenséget a betegek számára: c) a kezelés előtt; d) a kezelés után.)



6. ábra Az incontinencia objektív és szubjektív megítélése. (Baloldalt: a betegek közül nem volt incontinens: a) a kezelés előtt; b) a kezelés után. Jobbra: incontinencia nem okozott kellemetlenséget a betegek számára: c) a kezelés előtt; d) a kezelés után.) Az incontinencia alig javult, de a betegek kevésbé tartották kellemetlennek.

Megbeszélés

Az elmúlt évtizedekben a hormonpótló kezelés mind szélesebb körben terjedt el a mindennapi gyakorlatban. Jelentőségét fokozza, hogy a korszerű orvosi ellátásban a megelőzés mind fontosabb szerepet kap. Minden megelőző programban, és így a menopausa ambulanciákon is nagyon lényeges a panaszok gondos felmérése a kezelés előtt és a gyógyszer hatására. Mi felmérésünket a tartós kezelés kezdetén lévő betegeken végeztük.

A menopausa testi-lelki problémáit az adott életkor társadalmi-szociális nehézségei súlyosbítják [2].

Ebben az időben zajlik a nyugdíjazás, vagy a rettegés a nyugdíjba küldéstől, ami az addigi életszínvonal feladását jelenti. Jön a betegeskedés, takarékoskodni kell gyógyszerre. Sokszor diétát kellene tartani, ami külön kiadás. Ezzel szemben a nyugdíj reálértéke egyre csökken, beköszönt a nélkülözés. Az addig éveken-évtizedeken át megszokott életritmus felborul, nem kell megadott időben a munkahelyen megjelenni, elmúlik az érzés, hogy számítanak a munkájára. Jó esetben megtörténik az ünnepélyes búcsúztatás, aztán a nő sokszor céltalannak érzi az életét. Mindez fokozza a pszichés problémákat, és ez fordítva is igaz: az elfoglalt, munkahelyükön legalább 2 órát dolgozó nők könnyebben élik meg a menopausát [3].

Valamivel jobb a nő helyzete, ha a férjével él együtt [3], vagy vannak unokái. A nyugdíjas házaspár többet van együtt, mint korábban. Ez lehet szerencsés, amennyiben van közös érdeklődésük és testileg egészségesek, el tudnak menni kirándulni, múzeumba, színházba. Sajnos, sokszor ilyenkor tömrek felszínre a házasságot már régóta feszítő problémák,

például a férj italozása. A rég elköltözött gyerekek gyakoribb meglátogatása, az unokák felügyelete nem mindig segít ezen. A gyerekek sokszor idegesek, türelmetlenek az addigi tekintélyüket lassan elvesztő szülőkkel szemben, az unokák felügyelete pedig fárasztó is lehet. Viszont Kirchengast szerint minél több gyermeke van a házaspárnak, illetve ezek közül minél kevesebb él együtt a szülőkkel, annál súlyosabbak a menopauza tünetei [4].

A párkapcsolatot rontják a menopausa testi gondjai a gyakori hőhullámoktól a hátfájáson át a hüvely szárazságig. Utóbbi a férj csökkenő potenciájával együtt ritkává, vagy lehetetlenné teszi a közösülést.

Jól jellemzi ezt a helyzetet Hilbourne: „Az ötvenedik születésnapja körüli öt évben az átlagos asszony elveszíti az anyját a halál és leányát a házasság révén. Megéli a menopausát és először lesz nagymama. Ezalatt férje nemcsak a potenciájáért, hanem a karrierjéért is aggódik.” [4]

Napjaink Magyarországon és szerte a világon, a férfiak halandóbbak és a megözvegyült nő élete még nehezebbé válik. Az ember társas lény és a magányt nagyon nehéz megélni. Új párkapcsolat ritkán sikeres, többnyire hasonló sorsú barátnőkkel összejárás, közös programok, esetleg a vallás segít valamit enyhíteni a társ elvesztésén. Kirchengast szerint az elváltaknál és az özvegyeknél a menopauza tünetei súlyosabbak, mint a házasságban élőknel [4]. A gyerekek esetleg felajánlják az összeköltözést, a saját lakás feladása, a függetlenség elvesztése azonban legtöbbször kiszolgáltatottság érzést teremt. Az életút végének érzése, a halál várása indokolatlanul korán megjelenő élménnyé válik.

A leírt történeteket egy hosszú élet során a legtöbb nő kénytelen átélni, elviselni. Mit tud enyhíteni a menopausa szociál-pszichológiai nehézségein az orvostudomány? Véleményünk szerint a hormonpótlás sokat segít, enyhíti a panaszokat és elviselhetőbbé teszi az érintettek életét.

A nemi hormonok az idegrendszer működésére gyakorolt hatását bizonyítja, hogy a szorongásos zavarok (pl. fóbiák, pánikbetegség) és a kedélybetegségek (depressziók) előfordulása nőkben 2–3-szor gyakoribb, mint a férfiakban. Életük során a nők mintegy 20%-a szenved valamilyen szorongásos zavarban és legalább 10%-a depresszióban [5, 6, 7]. Joggal tételezhető fel, a zavarok gyakoribb előfordulásáért a két nem eltérő hormonális környezete a felelős. Az endokrin tényezők szerepére utalnak a ciklus közben jelentkező, illetve a terhesség-szoportás alatt megfigyelhető közismert hangulati változások is [5, 6, 7]. Sherwin szerint premenstruumban a nők 35%-a mutat depresszív beállítottságot (de csak

3% súlyos depressziót), és szülés után is 80%-uk depressziós (de klinikailag csak 10–15% jelenik meg). A menopauzában fellépő enyhébb depressziót a hormonkezelés önmagában is megszünteti. Ennek oka, hogy bár az agy egésze ösztrogén célszerv, de ez a hormon különösen a hangulatot és emóciókat szabályzó agyi struktúrákra (hypothalamus, amygdala stb.) fejt ki erős hatást a szerotonin termelés fokozásával [8, 9].

Az ösztrogéneknek jelentős szerepük van az Alzheimer kór megelőzésében. Az ösztrogének vasodilatator hatásúak, hiányukban jelentősen csökken az agyi erek és a koronáriák elasztikussága. Myokardiális infarktus után ötször gyakrabban fordul elő az Alzheimer kór, melynek életkorral járó gyakorisági görbéje a két nem között meglepő hasonlatosságot mutat a közismert combnyaktörés előfordulási görbével [10]. Az ösztrogének befolyásolják az agyi neurotranszmitter rendszereket. Ovariectomia után ösztrogént adva emelkedik a kolinerg transzmitterek szintje a hippocampusban és a parahippocampális régióban, melyek igen jelentősek az Alzheimer kórban [10]. Emellett az említett hormon csökkenti az amyloid lerakódást az agyban, és ezáltal is késlelteti vagy megakadályozza a kórkép kialakulását [11, 12].

Häfner és munkatársai hívták fel a figyelmet az alacsony ösztrogén szint és a schizophrenia közötti összefüggésre. A nőknél ugyanis 45 éves kor után halmozottan fordul elő ez a betegség. A schizophrenia „ösztrogén elmélete” szerint a nőket a pubertás kortól a menopausáig a magas ösztradiol szint megvédi a betegségtől, de ezután emelkedik a rizikó. Ezt azzal magyarázzák, hogy az ösztrogének modulálják az agyi D2 receptorok érzékenységét, és ez klinikailag egy neuroleptikum-szerű hatásban nyilvánul meg. Riecher Rössler és munkatársai szerint utóbbira bizonyíték az is, hogy ciklusban menstruáló nőknél rendszerint a ciklus végén szokott a schizophreniás akut történés fellépni, tehát amikor az ösztrogén szint a legalacsonyabb. Különösen gyakori ez anovulatorikus ciklusok esetén, illetve olyanoknál, akiknek az átlag népességnél alacsonyabb az ösztrogén termelésük [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

Az elmondottak alapján érthető, hogy a hormonhiány által kiváltott változáskori lelki zavarok enyhülnek a hormonpótlás hatására (ami természetesen nem teszi feleslegessé adott esetben a pszichológus vagy a pszichiáter közreműködését a kezelésben), de sok a társadalmi tennivaló is. Követendő példának tartjuk a távol-keleti hozzáállást, ahol a menopauzában a nőt fokozott tisztelet veszi körül, nem úgy, mint az európai társadalomban [21] és ez könnyebbé teszi a testi-lelki bajok elviselését.

- [1] *Petróczi I, Bagdány S, Jámbor É, et al.* Egy éve működő menopausa ambulanciánkon szerzett tapasztalataink. I. Magy Nőorv L 1996; 59:153–158.
- [2] *Aszódi Á, Aszódi I, Berkő P.* A klimaktérium szociológiai vonatkozásai. Orvosképzés 1993; 68:115–120.
- [3] *Baum E.* Psychosociale Einflüsse auf den Menopausenzeitpunkt und Beschwerden in den frühen Postmenopause. Psychother Psychosom Med Psychol 1990; 40:200–6.
- [4] *Kirchengast S.* Der Einfluss socioökonomischer Faktoren auf den Zeitpunkt der Menopause und den Verlauf des Klimakteriums. Z Gerontol 1992; 25: 128–133.
- [5] *Arató M.* A menopauza pszichoendokrinológiája. Orv Hetil Suppl I 1995; 136:462–465.
- [6] *Arató M, Somogyi A.* Pszichoginekológia: a „női” affektív zavarokról. Psychiat Hung 1994; 9:83–90.
- [7] *Arató M.* A depressziók neuroendokrin vizsgálati lehetőségei. Orv Hetil 1983; 124:927–934.
- [8] *Sherwin BB.* Menopause und Depression. (interview by C. Staehr) Geburtsh Frauenheilk 1994; 54:8–9.
- [9] *Michelson D, Stratakis C, Hill L, et al.* Bone mineral density in women with depression. N Engl J Med 1996; 335:1176–81.
- [10] *Brincat M, Galea R, Muscat Baron Y.* Menopausal connective tissue changes and Alzheimer’s disease. Europ Menop J 1995; 2:31–36.
- [11] *Tang MX, Jacobs D, Stern Y, et al.* Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer’s disease (see comments). Lancet 1996; 348:429–32.
- [12] *Paganini Hill A, Hengerson VW.* Estrogen replacement therapy and risk of Alzheimer disease. Arch Intern Med 1996; 156:2213–7.
- [13] *Riecher Rössler A, Häfner H, Strumbaum M, et al.* Wirken Östrogene antipsychotisch? Forsch Neurol Psychiatr 1994; 62:22–8.
- [14] *Häfner H, an der Heiden W, Hambrecht M, et al.* Ein Kapitel systematischer Schizophrenieforschung – Die Suche nach kausalen Erklärungen für den Geschlechtsunterschied im Ersterkrankungsalter. Nervenarzt 1993; 64:706–716.
- [15] *Riecher Rössler A, Häfner H.* Schizophrenia and Oestrogens – is There an Association? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993; 242:323–328.
- [16] *Fink G, Summer BE, Rosie R, et al.* Estrogen control of central neurotransmission: effect on mood, mental state and memory. Cell. Mol. Neurobiol. 1996; 16: 325–344.
- [17] *Riecher Rössler A.* Hat das weibliche Sexualhormon Östradiol eine Bedeutung bei schizophrenen Erkrankungen? In: Häfner H. Was ist Schizophrenie? Stuttgart–Jena–New York: Gustav Fischer Verlag, 1995:131–146.
- [18] *Riecher Rössler A, Häfner H, Dütsch Strobel A, et al.* Further evidence for a specific role of estradiol in schizophrenia? Biol Psychiatry 1994; 36:492–495.
- [19] *Gattaz WF, Vogel P, Riecher Rössler A.* Influence of the menstrual cycle phase on the therapeutic response in schizophrenia. Biol Psychiatry 1994; 36:137–139.
- [20] *Riecher Rössler A, Häfner H, Strumbaum M, Can*

estradiol modulate schizophrenic symptomatology?
Schizophrenia Bulletin 1994; 20:203–214.
[21] Check AW. Az elgondolkoztató menopauza. Orvgy
1996; 3:2–7.

Petróczi I, Bagdány S, Szászné Bán J,
Petróczi I. *Effect of HRT on psychic complaints
of our patients*

The authors report their experiences regarding the effect of HRT on psychological complaints. Menopausal changes, complaints and their treatment cover not only the field of gynecology but the whole of medicine. Though the "primary culprit" is an ovarian hormone deficiency the consequences effect the whole organism. Our patients suffer a lot from psychological and private life disturbances and these taking a better turn following HRT treatment are the points that our patients most appreciate. The patients at the time of inclusion and after a 6 months HRT therapy were asked to answer a questionnaire using a self exploratory method regarding their subjective observations and personal psychological problems. Based on these the authors analyze the effect of hormonal treatment on

psychic changes. At the time of inclusion the patients complained of tiredness, irritability (mild, moderate or severe) in about 90%, insomnia (84%), memory disturbances (72%), anxiety (64%), depression (52%). 54% complained of decreased capacity to work at home and at the office (42%). After a 6 months treatment 58% complained of tiredness, 54% of irritability, 52% of insomnia, 46% of memory disturbances, 48% of anxiety, 30% of depression, decreased working capacity at home 24% – at the office 16%. However we feel that not only the complaints decrease but the patients' tolerance towards these complaints increase, too. For example even with treatment every alternate patient still complained of sleep disturbances. Our results were evaluated using the solo 4.0 program, χ^2 test. Significance was considered with $p < 0.05$. Based on our analysis our data proved statistically significant.

Key words: menopause, hormonal replacement, questionnaire-based data collection, psychological effects

Közlésre elfogadva: 1997. június 12.

FEMTONE

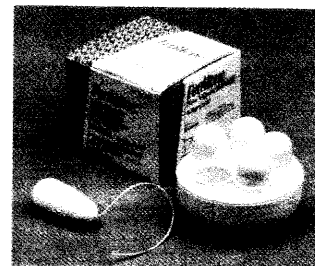


**EGY RÉGI MEGOLDÁS
új formában**

Ezt a terméket speciálisan nők számára fejlesztették ki évezredek tapasztalatok felhasználásával. A Femtone amerikai gyártmányú hüvelysúly sorozat kitűnő megoldást kínál:

- szülés előtt, illetve után a gátizomzat erősítésére
- klimax idején kialakuló inkontinencia megelőzésére
- intim tornához, kiegészítő eszközként
- a fiatalos nőiesség megőrzésére
- enyhe stressz inkontinencia esetére

Amennyiben kérdése merül fel a termékkel kapcsolatban vagy rendelni szeretne, kérjük hívja a Pharmavit Rt. ConvaTec divíziójának Tanácsadó-Szolgálatát a 06 (28) 387-961-es, vagy a 06 (80) 201-201-es ingyenesen hívható zöld számon. A termékhez kapcsolódó szakemberek neve és elérhetősége szintén lekérhető Tanácsadó Szolgálatunktól.



ConvaTec

Pharmavit Rt. A Bristol-Myers Squibb Co. 1112 Vörösmarty u. 11. sz. 1.