

AVRUM BLUMING | CAROL TAVRIS

Estrogen: kobieca siła

Dlaczego hormonalna
terapia menopauzalna
chroni zdrowie, wydłuża życie
i dodaje sił

sensus

Tytuł oryginału: Estrogen Matters: Why Taking Hormones in Menopause Can Improve and Lengthen Women's Lives — Without Raising the Risk of Breast Cancer

Tłumaczenie: Krzysztof Krzyżanowski

ISBN: 978-83-289-2874-9

Copyright © 2018, 2024 by Avrum Bluming, MD, and Carol Tavris, PhD

This edition published by arrangement with Little, Brown and Company, New York, New York, USA. All rights reserved.

Polish edition copyright © 2026 by Helion S.A.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or by any information storage retrieval system, without permission from the Publisher.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Nieautoryzowane rozpowszechnianie całości lub fragmentu niniejszej publikacji w jakiegokolwiek postaci jest zabronione. Wykonywanie kopii metodą kserograficzną, fotograficzną, a także kopiowanie książki na nośniku filmowym, magnetycznym lub innym powoduje naruszenie praw autorskich niniejszej publikacji.

Wszystkie znaki występujące w tekście są zastrzeżonymi znakami firmowymi bądź towarowymi ich właścicieli.

Autor oraz wydawca dołożyli wszelkich starań, by zawarte w tej książce informacje były kompletne i rzetelne. Nie biorą jednak żadnej odpowiedzialności ani za ich wykorzystanie, ani za związane z tym ewentualne naruszenie praw patentowych lub autorskich. Autor oraz wydawca nie ponoszą również żadnej odpowiedzialności za ewentualne szkody wynikłe z wykorzystania informacji zawartych w książce.

Książka ta powstała z myślą o zapewnieniu użytecznych, obfitujących w informacje treści zawierających też opinie i wnioski autorów dotyczące niezwykle istotnych, aczkolwiek kontrowersyjnych kwestii medycznych. Ten tekst nie ma jednak zastępować porad lekarza. Pamiętaj, by przedyskutować z lekarzem lub wykwalifikowanym specjalistą wszelkie zagadnienia związane z Twoim zdrowiem, zanim zdecydujesz się wdrożyć w życie jakiegokolwiek sugestie zawarte w tej książce lub zaczniesz wyciągać na podstawie tego tekstu jakieś wnioski.

Autorzy i wydawca nie biorą na siebie odpowiedzialności za problemy lub zagrożenia wynikające bezpośrednio albo pośrednio ze stosowania porad przedstawianych w tej książce.

Drogi Czytelniku!

Jeżeli chcesz ocenić tę książkę, zajrzyj pod adres

sensus.pl/user/opinie/estrog

Możesz tam wpisać swoje uwagi, spostrzeżenia, recenzję.

Helion S.A.

ul. Kościuszki 1c, 44-100 Gliwice

tel. 32 230 98 63

e-mail: sensus@sensus.pl

WWW: sensus.pl (księgarnia internetowa, katalog książek)

Printed in Poland.

- Kup książkę
- Poleć książkę
- Oceń książkę

- Księgarnia internetowa
- Lubię to! » Nasza społeczność

Spis treści

Wstęp. Kto wykończył HTZ?	11
1. Menopauza a jakość życia	25
2. Czy estrogen powoduje raka piersi?	59
3. Czy kobiety, które pokonały raka piersi, mogą przyjmować estrogen?	103
4. Sprawy sercowe	141
5. Zły do szpiku kości	162
6. Nie trać głowy	183
7. Progesteron a tabletki antykoncepcyjne.....	222
8. Dyskusje na temat HTZ i wnioski końcowe.....	239
Epilog. Martha, medycyna i proces podejmowania decyzji.....	267
Podziękowania.....	270
Przypisy	274
O autorach	319

*Walczysz nie z logiką, lecz z ludźmi,
którzy nie potrafią zmienić swoich poglądów.*

Grace Murray Hopper,
kontradmirał marynarki wojennej Stanów Zjednoczonych,
matematyczka i pionierka informatyki

*Nigdy nie przeceniaj wiedzy opinii publicznej na dany temat,
ale nie pozwalaj sobie na bagatelizowanie inteligencji innych ludzi.*

sir Denis Forman,
założyciel brytyjskiej sieci telewizyjnej Granada Television

Menopauza a jakość życia

Gdy Oprah Winfrey miała 46 lat, zaczęła się zmagać z silnymi palpitacjami serca. Odwiedziła co najmniej pięciu kardiologów, którzy zgodnie zapewniali ją, że jej serce jest całkowicie zdrowe. Żaden nie potrafił jednak wyjaśnić, co było przyczyną nękających ją dolegliwości. W swoim programie dzieliła się z rzeszami fanów odczuwaną frustracją, którą potęgowała zwłaszcza świadomość tego, że w przypadku pacjentki takiej jak Oprah żaden lekarz nie chciałby postawić błędnej diagnozy. Kwestia kołatania serca budziła w niej niepokój i irytację, aż wreszcie jej trener zasugerował, że mogą to być objawy wczesnej menopauzy¹.

— Oczywiście, że to nie jest menopauza — odpowiedziała. — Wciąż miesiączkuję. Okres pojawia się niczym w zegarku!

Potem natknęła się jednak na popularną książkę *Mądrość menopauzy* doktor Christiane Northrup, gdzie palpitanie serca wymieniano jako często spotykany objaw menopauzy.

Tego rodzaju problemy niewątpliwie przyciągają uwagę kobiety, w przeciwieństwie do innych objawów, które również towarzyszą klimakterium. Do tej kategorii zaliczają się chociażby suchość oczu i suchość w ustach, które pojawiają się u wielu pań, gdy wciąż mają

jeszcze regularne miesiączki, a także bóle stawów i mięśni. Lista objawów łączonych z menopauzą obejmuje zarówno dobrze znane, jak i zaskakujące dolegliwości:

uderzenia gorąca,
nocne poty,
problemy ze snem,
bezsenna noc,
problemy z koncentracją,
pogorszenie się pamięci krótkotrwałej,
spadek energii,
ból pęcherza / dyskomfort towarzyszący oddawaniu moczu,
częstsze infekcje układu moczowego,
suchość pochwy,
upławy,
krwawienia z dróg rodnych,
utrata popędu płciowego,
ból podczas stosunku,
depresja / smutek,
niepokój,
napięcie / nerwowość,
wahania nastroju,
bóle głowy,
wzdęcia,
opuchnięte dłonie lub stopy,
tkliwość piersi,
bóle stawów,
wypadanie włosów,
palpitacje (przyspieszone lub nieregularne bicie serca),
ból w klatce piersiowej podczas wysiłku,
suchość w ustach (zmniejszone wydzielanie śliny),
odkładanie się tkanki tłuszczowej w okolicach talii.

Ostatnia pozycja z tej listy powoduje oczywiście narzekanie wielu pań, które muszą się zmierzyć z dylematem: pogodzić się ze zmianą

obwodu w talii i kupnem nowych ubrań, czy wypowiedzieć wojnę biologii, jeść tylko białko i trenować trzy razy dziennie? Ludzie żartują sobie, że w wieku średnim człowiek „rośnie w siłę i potęgę” — zazwyczaj łączą ten proces z lenistwem, żywnością typu fast food i nadmiarem cukru, ale w przypadku kobiet istotnym czynnikiem jest też menopauza.

— Ważę tyle samo co zawsze — stwierdziła z niezadowolaniem jedna z pacjentek Ava — ale moje komórki tłuszczowe najwyraźniej postanowiły zebrać się w okolicach brzucha.

Objawy menopauzy często zaczynają się na kilka lat przed ustaniem miesiączkowania (cały ten okres nazywany jest perimenopauzą) i mogą się potem utrzymywać przez wiele kolejnych lat. Tak się jednak składa, że mnóstwo kobiet w ogóle nie wspomina o nich lekarzom, nie mówiąc już o ich szczegółowym opisywaniu. Czasami wynika to ze wstydu lub zakłopotania, ale zdarza się, że pacjentki (tak jak opisywana wcześniej Oprah Winfrey) nie kojarzą tych problemów z menopauzą. Palpitacje serca skłaniają wiele pań do odwiedzenia kardiologa, ze względu na bóle mięśni i stawów zapisują się na wizytę do reumatologa, z powodu bezsenności trafiają do klinik leczących zaburzenia snu, a depresja sprawia, że szukają pomocy u psychoterapeutów lub psychiatrów. Pewna pięćdziesięciolatka, z którą rozmawialiśmy, powiedziała:

— Od lat cierpiałam na bezsenność, którą łączyłam ze stresem w pracy i wychowywaniem dzieci. Po rozpoczęciu HTZ okazało się jednak, że po raz pierwszy od czterech lat jestem w stanie przespać całą noc. Praca nadal jest stresująca, a dzieci wciąż sprawiają problemy, ale teraz przynajmniej normalnie śpiam.

Inna kobieta opowiedziała, że gdy w wieku około 50 lat weszła w okres perimenopauzy, nie doświadczała żadnych problemów, z którymi borykały się jej przyjaciółki — nie miała uderzeń gorąca, problemów ze snem ani bólów głowy — w związku z czym w ogóle nie rozważała przyjmowania hormonów.

— Którejś nocy przyśniło mi się, że jestem naprawdę szczęśliwa — wspominała. — Gdy się obudziłam, zdałam sobie sprawę, że od zbyt dawna nie czułam takiej radości. Nie wiedziałam, że jednym

z objawów menopauzy może być depresja. Zadzwoiłam do swojej lekarki i od razu rozpoczęłam HTZ, dzięki czemu znów stałam się sobą i odzyskałam pogodę ducha. Brałam hormony przez wiele lat, lecz przerwałam kurację, ponieważ zasugerowała mi to lekarka po tym, jak opublikowano wyniki badania WHI. Wciąż żałuję, że zrezygnowałam z tej terapii.

Pewna psychoterapeutka podzieliła się z nami swoimi spostrzeżeniami, powtarzając poniekąd skargi i obawy wielu pacjentek Ava:

Każdego dnia mam w swoim gabinecie do czynienia z kobietami, które — czy to zniechęcone przez swoich lekarzy, czy też z powodu własnych obaw i szerzącej się dezinformacji — nie przyjmowały estrogeneru i nie doświadczały zapewnianych przez niego korzyści. Obserwuję u pań ciężkie depresje i zespół lęku uogólnionego, widzę też zniszczone relacje seksualne i emocjonalne z partnerami, a wszystko to prowadzi ostatecznie do rozpadu małżeństw i tworzy rozbite rodziny. Oczywiście spadek poziomu estrogeneru w okresie przekwitania nie jest jedyną przyczyną tych problemów, ale jestem pewna, że odgrywa istotną rolę, gdy mowa o nagłym pogorszeniu się po menopauzie jakości życia tych kobiet (i ich rodzin).

To bardzo trafne podsumowanie całej sytuacji. W książce *The Madwoman in the Volvo: My Year of Raging Hormones* Sandra Tsing Loh w zabawny sposób opisuje swój kryzys wieku średniego wywołany menopauzą. Autorka przedstawia związane z niedoborem estrogeneru udręki, które często okazują się komiczne (a w każdym razie wydają się takie po fakcie i wtedy, gdy opisuje je ktoś, kto potrafi je zaprezentować w dowcipny sposób). W którymś momencie zjeżdża samochodem na pobocze, żeby się wypłakać — „wyrzucić z siebie morze słonej wody niczym wieloryb, który połknął Jonasza” — po śmierci chomika swoich dzieci: „Jestem czterdziestodzieciuletnią kobietą, która we wtorkowe popołudnie siedzi w swoim brudnym volvo zaparkowanym pod drzewem i zanosi się płaczem z powodu chomika. Jak nisko musiałam upaść?”. (Aczkolwiek dodaje, że był to

uroczy chomik o pogodnym usposobieniu). Gdy o całej tej historii dowiaduje się jej przyjaciółka, Ann, delikatnie sugeruje, że Loh może wkraczać w okres perimenopauzy. Rygorystyczny plan działania, na jaki zdecydowała się Ann, żeby pokonać depresję i ataki wściekłości — „mieszanka antydepresantów, hormonów bioidentycznych, spacerów, zabiegów kosmetycznych, masaży, ciemnej czekolady i działań motywowanych zabobonami” — nie pomaga jednak Loh. Ostatecznie wybawieniem (i środkiem pozwalającym zachować zdrowie psychiczne) okazuje się w jej przypadku wcierany w nadgarstki krem z estrogenem².

Doświadczenia poszczególnych osób bywają pouczające, ale nie są jeszcze dowodami z punktu widzenia nauki. Przede wszystkim ludzie często popełniają poważne błędy, gdy próbują zidentyfikować przyczyny swoich problemów fizycznych i emocjonalnych. Na przykład u osób po pięćdziesiątce (zarówno pań, jak i panów) dochodzi do głosu tendencja do tycia. Wiele kobiet wykazuje się w odniesieniu do tej kwestii tak wielką czujnością, że szuka winowajcy, gdzie tylko się da. Panie, które nie stosują HTZ, mogą przynajmniej wykluczyć z listy potencjalnych przyczyn tego typu leki. „Kobiety powszechnie uważają, że hormony stosowane w okresie menopauzy przyczyniają się do wzrostu masy ciała (te poglądy podziela nawet część lekarzy). Dane naukowe wcale tego nie potwierdzają”³, napisała Tara Parker-Pope w książce *The Hormone Decision*. Podczas realizacji dużego, trwającego cały rok projektu naukowego, który porównywał kobiety w wieku menopauzalnym przyjmujące albo hormony, albo placebo, większość badanych przytyła. W grupie stosującej hormony wzrost masy ciała był jednak mniejszy niż w grupie, która przyjmowała placebo. Podczas badania Women’s Health Initiative okazało się z kolei, że odsetek badanych, które *schudły*, był wśród kobiet stosujących HTZ większy niż wśród pań otrzymujących placebo⁴.

Choć powszechnie wiadomo, że depresja, lęk, niezadowolenie z małżeństwa i problemy seksualne mogą wynikać z wielu różnych czynników — kwestii fizjologicznych i psychologicznych oraz konfliktów z partnerem — to w tym rozdziale spróbujemy wykazać, iż spadek poziomu estrogenu jest często pomijaną przyczyną rozmaitych

symptomów dających o sobie znać w okresie menopauzy. Przeanalizujemy dowody pokazujące, dlaczego estrogen pozostaje najskuteczniejszym lekiem na te objawy, a także ocenimy twierdzenia, zgodnie z którymi produkty bioidentyczne lub terapie alternatywne są równie skuteczne jak estrogen (choć są pozbawione domniemanego ryzyka). Najpierw chcielibyśmy jednak zwrócić uwagę na historyczny, kulturowy i społeczny kontekst tej kontrowersyjnej kwestii.

ESTROGEN — DOKTOR JEKYLL I PAN HYDE WŚRÓD TERAPII

Na przestrzeni swojej długiej historii estrogen był postrzegany na wiele sposobów — widziano w nim wszystko, od cudownego leku na wszelkie dolegliwości kobiece po niebezpieczny, a nawet wywołujący fatalne skutki farmaceutyk; od dobrotliwego doktora Jekylla po złowrogięgo pana Hyde'a; od rozwiązania do problemu. Elizabeth Siegel Watkins zaprezentowała losy HTZ w Ameryce w fascynującej książce zatytułowanej *The Estrogen Elixir*. Napisała w niej, że „na historię estrogenu składa się wiele wątków: ślepa wiara w zdolność nauki i techniki do rozwiązywania przeróżnych problemów zdrowotnych i społecznych, kulturowa i społeczna stygmatyzacja starzenia się, zmiany znaczenia i interpretacji kobiecości i tożsamości pań, a także problemy wynikające z pychy XX-wiecznej medycyny”⁵. Kobiety, które chcą podjąć decyzję co do stosowania hormonalnej terapii zastępczej, mają trudności z oddzieleniem od siebie wszystkich wymienionych właśnie kwestii. Czy korzystanie z HTZ jest przejawem feminizmu, czy raczej antyfeminizmu? Dlaczego słowo „zastępcza” jest niewłaściwe, gdy odnosi się do terapii hormonalnej stosowanej w związku z menopauzą, natomiast nie budzi już kontrowersji, kiedy na przykład ktoś przyjmuje hormony tarczycy po usunięciu tego gruczołu? (Jeśli weźmiemy pod uwagę, że po ustaniu miesiączkowania poziom estrogenu u wielu kobiet spada nawet do 1 procenta wartości sprzed menopauzy, słowo „zastępcza” wydaje się jak najbardziej na miejscu⁶). Czy HTZ medykalizuje problem,

który lepiej byłoby rozwiązać, odwołując się do psychoterapii lub znajdując nową pracę? Czy zdrowiej jest znosić dolegliwości w milczeniu, czy może lepiej spróbować terapii hormonalnej?

Gdy w latach 70. XX wieku doszło do narodzin nowoczesnego ruchu feministycznego, wśród aktywistek zaznaczyły się ostre podziały dotyczące kwestii estrogenu. Wspomniana dekada rozpoczęła się z przytupem od opublikowania książki *Our Bodies, Ourselves* (wydanej wiele lat później również w Polsce, pod tytułem *Nasze ciała, nasze życie*), która w 1971 roku została przyjęta z zasłużonym entuzjazmem. Zachęcała ona kobiety do zdobywania wiedzy na temat własnego ciała, zdrowia i seksualności, a także do przejęcia kontroli nad sposobem, w jaki są leczone. W 1977 roku ukazały się dwie popularne książki, które ugruntowały feministyczne stanowisko zwalczające estrogen: *Menopause: A Positive Approach* Rosetty Reitz oraz *Women and the Crisis in Sex Hormones* Barbary i Gideona Seamanów. Jak napisała Watkins, „te dwie książki odzwierciedlały ówczesne krytyczne podejście do służby zdrowia i przemysłu farmaceutycznego oraz obserwowane w tym samym czasie zainteresowanie tak zwanymi naturalnymi metodami leczenia”⁷. Te naturalne metody, które wciąż są zalecane, obejmowały aktywność fizyczną, przyjmowanie wapnia, „dobre odżywianie” (jakkolwiek definiowano je w tamtym okresie), a w przypadku Reitz (co być może mówi więcej o niej niż o całym społeczeństwie) regularne uprawianie seksu i dbałość o zdrowe relacje. Obie te popularne książki przedstawiały terapię hormonalną jako coś niepotrzebnego lub szkodliwego, a ich głównym atutem było wzywanie kobiet do sprzeciwu wobec powszechnie pantującego paternalizmu. Te publikacje zachęcały też panie do odrzucenia zarówno obraźliwego języka opisującego menopauzę w kategoriach „choroby spowodowanej niedoborami”, jak i powszechnego, seksistowskiego przekonania o tym, że po menopauzie kobiety są (dosłownie i w przenośni) „skończone”.

Jeśli spojrzeć na sytuację z innej strony, sukcesy święcone przez feminizm sprawiły, że coraz więcej kobiet wkraczało do świata nauki, badań i medycyny. W tym samym roku, w którym Reitz i Seamanowie opublikowali swoje książki, Lila Nachtigall — związana

z Uniwersytetem Nowojorskim ginekolożka i położniczka, która była wówczas w połowie swojego 22-letniego projektu badawczego — wydała *The Lila Nachtigall Report*. Zachęcała w swojej publikacji kobiety do zdobywania wiedzy oraz dostarczała im mnóstwo informacji na temat menopauzy i terapeutycznych korzyści płynących ze stosowania estrogenu. Nachtigall rozpoczęła studia medyczne w 1956 roku jako jedna z czterech kobiet na roku i od tamtej pory nieustannie podejmuje działania na rzecz kobiet. Jak jednak zauważyła Watkins, w atmosferze rozentuzjasmowanego feminizmu lat 70. „*The Lila Nachtigall Report* nie miał szans. Ta książka nie pasowała do tamtych czasów — została napisana przez lekarzkę promującą stosowanie leku, który był wówczas skrajnie niepopularny i spotykał się z krytyką zarówno ze strony naukowców, jak i feministek”⁸. Gdy dziewięć lat później (czyli w 1986 roku) Nachtigall napisała *Estrogen: The Facts Can Change Your Life*, klimat zdążył się już zmienić. Naukowcy wielokrotnie wykazywali, że estrogen zapewnia korzyści związane z zapobieganiem osteoporozie (stanowiącej jedną z kwestii, na których skupiała się Nachtigall) i wspieraniem prawidłowego działania serca. Sytuacja zmieniła się ponownie dopiero wtedy, gdy głos zabrali naukowcy związani z Women’s Health Initiative.

Wiele feministek i aktywistek zdrowotnych nadal zwalczą HTZ z powodów społecznych, politycznych i zdrowotnych. Po opublikowaniu w 2002 roku komunikatu prasowego WHI Cynthia Pearson, ówczesna dyrektorka wykonawcza National Women’s Health Network, wspominała podczas rozmowy z Ginią Kolatą z „New York Timesa”, że jest bardzo zadowolona z tego, iż projekt WHI potwierdził zasadność jej sprzeciwu wobec HTZ. Pearson stwierdziła, że promowanie HTZ było „przejawem seksizmu i ageizmu. Towarzyszyło mu przesłanie, zgodne z którym kobiety powinny pozostać zdrowe i aktywne seksualnie, a do tego być mniej uciążliwe dla swoich mężów”⁹.

Czy naprawdę powinniśmy łączyć terapię hormonalną z seksizmem i ageizmem? Podczas konferencji poświęconej leczeniu objawów niedoboru estrogenu Nachtigall zauważyła: „Jeśli przyjrzymy się grupie 2000 kobiet po menopauzie, w ciągu roku u 20 z nich roz-

winą się choroby układu krążenia, u 11 wystąpi utrata masy kostnej, u 6 pojawi się rak piersi, a u 3 rak endometrium, ale prawie wszystkie doświadczą atrofii urogenitalnej. Atrofia urogenitalna nie jest pierwszym objawem menopauzy, lecz rozwija się stopniowo po jej rozpoczęciu”¹⁰. Jej objawy obejmują świąd pochwy, pieczenie podczas oddawania moczu, częstomocz, nawracające infekcje układu moczowego i ból w trakcie stosunku. Tkanki, które potrzebują do prawidłowego funkcjonowania estrogenu, podczas menopauzy stają się cieńsze i tracą elastyczność — właśnie dlatego nieleczona atrofia urogenitalna będzie się utrzymywać i pogłębiać wraz z upływem lat. Termin *atrofia urogenitalna* zastąpił przynajmniej okropne i mylące określenie *atrofia pochwy*. Atrofia oznacza po prostu utratę lub zmniejszenie grubości tkanki, natomiast atrofia urogenitalna dotyczy pęcherza i innych narządów, a także pochwy i sromu.

Oboje znamy wiele kobiet i mężczyzn, których podejście do seksu w późniejszym wieku sprowadzić można do stwierdzenia: „wreszcie możemy się cieszyć wolnością”. Nie chcemy sugerować, że wszyscy ludzie chcą być aktywni seksualnie (lub powinno im na tym zależeć). Dla części osób lepszym źródłem przyjemności zmysłowych będzie coś innego, chociażby gra w golf, wizyta w operze czy tańczenie tanga. Uważamy jednak, że równie błędne jest założenie, zgodnie z którym większość kobiet w średnim i starszym wieku *nie chce* być aktywna seksualnie. Aby dostrzec tę stronniczość, przeczytaj ponownie listę objawów z początku tego rozdziału (pomijając tkliwość piersi oraz dolegliwości związane z pochwą) i pomyśl, że dotyczy ona mężczyzn. Spróbuj sobie wyobrazić, jak zareagowaliby oni w obliczu przesłania: „Odwagi, panowie! To normalne objawy starzenia się! Nie przejmujcie się tymi bólami w klatce piersiowej, wzdęciami, bólami głowy, bezsennością i problemami z pamięcią! Nie jesteście już zainteresowani seksem? Współżycie okazuje się bolesne? Cóż, jesteście już facetami po pięćdziesiątce i zdążyliście się nacieszyć seksem. Mówicie, że wasze żony wciąż czerpią z niego przyjemność? Trudno, spróbujcie być dla nich mniej uciążliwi w tej kwestii. Poza tym te objawy będą się utrzymywać tylko przez kilka lat, choć ponad połowa z was będzie je odczuwać przez kolejną dekadę

lub nawet dłużej, a dla części z was stosunek będzie od tego momentu źródłem bólu. Lubrykant okaże się pomocny, jeśli zdecydujecie się na seks, ale nie sprawi, że będziecie mieli na niego ochotę”.

Trudno sobie wyobrazić, by większość mężczyzn była skłonna zaakceptować takie przesłanie.

Wiemy oczywiście, co Pearson miała na myśli, wspominając o ageizmie: chodziło jej o wszechobecny kulturowy przekaz, zgodnie z którym starość jest zła, młodość dobra, a wszyscy (zarówno mężczyźni, jak i kobiety) powinni walczyć z oznakami starzenia się, odwołując się przy tym do wszelkich dostępnych środków. Przeciwnie ageizmowi podejście, którego trzyma się wiele feministek, zakłada, że objawy menopauzy są tak normalną częścią życia jak pierwsza miesiączka i należy je po prostu znosić, powtarzając za królem Salomonem: „To też minie”. Jeśli symptomy są uciążliwe, zawsze można się odwołać do rozwiązań konkurujących z lekami. Jeżeli przyjmiemy ten punkt widzenia, z menopauzą można sobie radzić tak samo jak z innymi oznakami starzenia się, chociażby siwymi włosami czy zmarszczkami — wystarczy wypróbować specyfiki dostępne bez recepty albo po prostu nic nie robić. Nasza znajoma, która ma tytuł profesorski i wykląda na uniwersytecie, nienawidziła uderzeń gorąca i towarzyszącego im pocenia się, ale podchodziła do tych objawów w bardzo rzeczowy sposób. Pewnego razu oznajmiła swoim studentom:

— Tak właśnie wyglądają uderzenia gorąca. Nie, nie mam zamiaru mdleć ani umierać. A teraz oddajcie, proszę, swoje prace.

Co więcej, podzielamy krytykę wysuwaną przez Pearson i innych rzeczników konsumentów pod adresem niepodlegających kontroli działań Big Pharmacy, do których zaliczają się bezpośrednio reklamowanie leków wśród pacjentów, tworzenie nowych farmaceutyków poprzez nieznaczne modyfikowanie receptur starszych, skutecznych preparatów, a także promowanie leków tam, gdzie nie są one potrzebne. My również popieramy ruch „mniej znaczy więcej”, którego przedstawiciele starają się edukować społeczeństwo, zachęcając do rezygnacji z niepotrzebnych leków i badań diagnostycznych. Potępiamy także „kreowanie chorób”, czyli arbitralne tworzenie

nowych jednostek chorobowych, zazwyczaj poprzez rozszerzanie definicji rzeczywistych schorzeń fizycznych tak, aby obejmowały one różne „stany przedchorobowe”, które nie wymagają i mogą nigdy nie wymagać leczenia. (W rozdziale 5. będzie jeszcze mowa o tym, że jednym z takich sztucznie stworzonych terminów jest *osteopenia*, która zwiastuje rzekomo nadejście osteoporozy. Jak ujęła to jedna z osób zajmujących się historią medycyny, *osteopenia* zawdzięcza swój status „agresywnemu marketingowi i żywemu zainteresowaniu określonych podmiotów”¹¹).

Nie da się ukryć, że estrogen również był przedmiotem agresywnego marketingu, gdyż jego promowanie leżało w interesie różnych firm. W 1942 roku naukowcy opracowali metodę pozyskiwania dużych ilości estrogenu z moczu żrebnych kłaczy, a firma Ayerst Laboratories wyprodukowała pierwsze tabletki z estrogenem, którym nadano nazwę Premarin (od angielskiego *pregnant mares' urine*, czyli „mocz ciężarnych kłaczy”). W latach 50. wspomniane przedsiębiorstwo zaczęło promować ten lek jako specyfik łagodzący objawy menopauzy, a efektywność tej kampanii została spotęgowana przez wydaną w 1966 roku bestsellerową książkę *Feminine Forever* nowojorskiego ginekologa Roberta Wilsona¹². Można w niej było przeczytać, że kobiety w wieku menopauzalnym są w stanie zapewnić sobie dzięki estrogenowi młodość, piękno i bogate życie seksualne. Syn Wilsona, Ronald, wyznał później reporterce „New York Timesa”, Ginie Kolacie, że firma Ayerst pokryła wszystkie koszty związane z napisaniem książki i finansowała organizację jego ojca, Wilson Research Foundation¹³.

Po opublikowaniu tej książki wielu lekarzy chętnie przepisywało hormony i wywierało na pacjentki presję, by przyjmowały te leki bez zadawania niewygodnych pytań. Trudno się dziwić, że ci lekarze często byli aroganccy i seksistowscy, skoro w podręcznikach, z którymi mieli do czynienia na studiach, menopauza była opisywana jako „choroba spowodowana niedoborami” lub „niewydolność jajników”¹⁴. Nie jest też zaskoczeniem, że wiele feministek spoglądało ze sceptycyzmem na korzyści płynące z HTZ: trudno było oddzielić kwestię hormonów od protekcyjnego podejścia, jakie przejawiali

przepisujący je lekarze — głównie mężczyźni. Matka Carol, Dorie, często opowiadała historię o tym, co się wydarzyło, gdy ginekolog zapytał ją o datę ostatniej miesiączki.

— Hmm — zaczęła się zastanawiać. — Gdy teraz o tym myślę, wydaje mi się, od tego momentu minął już chyba rok.

— Czy ma pani uderzenia gorąca, problemy ze snem, bóle i inne dolegliwości? — zapytał lekarz.

— Nie — odpowiedziała Dorie — aczkolwiek pewnego razu w kinie zrobiło mi się zimno.

— Proszę zrealizować tę receptę — powiedział, nie słuchając. — To pani pomoże.

Od tamtej rozmowy minęło wiele lat, a porady dotyczące estrogeneru diametralnie się zmieniły: o ile wcześniej był zalecany, o tyle teraz jest odradzany. W tym momencie żywimy jednak przekonanie, że w ostatecznym rozrachunku realizacja takiej recepty często *okazuje się pomocna*.

MENOPAUZA I PÓŹNIEJSZE LATA

Menopauza — ustanie płodności u samic, które potem żyją jeszcze wiele lat — jest swoistą zagadką ewolucyjną. Jak pisze neurobiolożka Lisa Mosconi w książce *Twoja psychika w menopauzie*, jedynymi znanymi gatunkami zwierząt, które żyją dłużej, niż trwa okres ich płodności, są „niektóre wieloryby, część słoni azjatyckich, prawdopodobnie niektóre żyrafy, a także jeden owad — japońska odmiana mszycy”¹⁵. W 2023 roku naukowcy odkryli, że menopauza występuje również u naszych najbliższych krewnych — szympansov. W grupie 185 samic szympansov w Ugandzie płodność zaczynała spadać po 30. roku życia (podobnie jak u ludzi i innych podgatunków szympansov), a menopauza, czyli koniec płodności, następowała około 50. roku życia. Wiele szympansic żyło jednak znacznie dłużej niż 50 lat, a w ich organizmach dochodziło do podobnego spadku poziomu estrogeneru i progesteronu, jaki obserwujemy u kobiet¹⁶.

W ten sposób powszechne niegdyś przekonanie o tym, że menopauza jest ewolucyjnym przypadkiem, ustępuje miejsca „hipotezie babci”, czyli pogładowi uznającemu klimakterium za adaptację ewolucyjną. Zgodnie z tą hipotezą w czasach prehistorycznych niemowlęta i dzieci miały większe szanse na przeżycie, jeśli mogły się nimi opiekować ich babcie, które nie konkurowały seksualnie ze swoimi córkami i nie rywalizowały z nimi o partnerów czy zasoby¹⁷. Ewolucyjne wytłumaczenie menopauzy u szympanśów wygląda nieco inaczej, ponieważ starsze samice szympanśów żyją z dala od swoich córek i przenoszą się do nowej grupy. Menopauza sprawia, że nie konkurują one z młodszymi, płodnymi samicami i nie stanowią dla nich zagrożenia. Niezależnie jednak od tego, jak przedstawiają się ewolucyjne przyczyny menopauzy, dzięki niezwykłym postępom w dziedzinie zdrowia i higieny w ostatnim stuleciu kobiety przeżywają średnio trzy dekady od momentu ustania miesiączkowania, co sprawia, że kwestia zadbania o ich zdrowie i jakość życia staje się problemem niecierpiącym zwłoki.

Niektóre kobiety praktycznie nie doświadczają żadnych objawów menopauzy — podobnie jak miało to miejsce w przypadku Carol i jej matki, cykl menstruacyjny po prostu u nich ustaje i tyle. Te panie stanowią jednakże mniejszość. Projekt SWAN (Study of Women’s Health Across the Nation) — inicjatywa naukowa, która obejmowała wiele grup etnicznych, prowadzona w latach 1996–2013 i polegająca na monitorowaniu losów ponad 3000 kobiet zbliżających się do menopauzy — wykazał, że około 80 procent pań doświadczało przynajmniej części objawów, a u połowy badanych utrzymywały się one latami. Okres, w którym wśród tych kobiet utrzymywały się uderzenia gorąca i inne objawy wazomotoryczne, wynosił średnio 7,4 roku; u czarnoskórych pań wydłużał się do 10 lat, natomiast u badanych, u których objawy zaczęły się w okresie perimenopauzy, trwał nawet powyżej 12 lat¹⁸. Trzeba też dodać, że Afroamerykanki i Latynoski zazwyczaj zaczynają perimenopauzę zdecydowanie wcześniej, czasem nawet w wieku trzydziestu kilku lat, więc objawy pojawiają się u nich dużo wcześniej i mogą być bardziej nasilone. Co oczywiste — aczkolwiek warto to podkreślić — wielu lekarzy nie jest świadomych

tych ważnych informacji ani swoich uprzedzeń wobec kobiet z mniejszości etnicznych, które wreszcie zaczynają otwarcie mówić o swoich doświadczeniach i potrzebach¹⁹.

Naukowcy związani z WHI nie chcieli nawet przyznać, że HTZ może pomóc w łagodzeniu tych nieprzyjemnych objawów. W 2003 roku informowali, że estrogen nie ma „istotnego klinicznie wpływu na jakość życia wynikającą z kwestii zdrowotnych” nawet wśród kobiet, które przyjmowały go przez trzy lata²⁰. Kiedy żona Ava, Martha, przeczytała tę informację, wybuchnęła śmiechem. W wieku 46 lat przeszła chemioterapię, która zapoczątkowała u niej menopauzę. Niemal od razu zaczęła doświadczać uderzeń gorąca, nocnych potów, silnego bólu pęcherza i problemów ze snem. Gdy zdecydowała się na terapię estrogenową, symptomy osłabły w ciągu kilku dni, a następnie całkowicie zniknęły. Większość kobiet z objawami menopauzy doświadcza poprawy stanu zdrowia w ciągu tygodnia od rozpoczęcia HTZ — jak to w ogóle możliwe, że badacze związani z WHI uzyskali tak zaskakujące wyniki?

Kiedy ta grupa naukowców zaczynała swoje badania, nie była zainteresowana tym, jak hormony wpływają na objawy towarzyszące menopauzie. Badacze skupiali się głównie na analizie oddziaływania hormonów w kontekście poważnych problemów zdrowotnych, przede wszystkim chorób serca, a także raka piersi i zaburzeń poznawczych. Dlaczego więc opublikowali artykuł poświęcony objawom menopauzy, którymi początkowo nie zamierzali się zajmować? Nie znamy odpowiedzi na to pytanie, ale odnosimy wrażenie, że nie mieli ochoty przyznać, iż HTZ może zapewniać kobietom *jakiegokolwiek* korzyści.

Wspominamy o tym, ponieważ naukowcy związani z WHI wyraźnie zaznaczyli, że zniechęcali do udziału w projekcie kobiety zgłaszające „umiarkowane lub poważne” objawy menopauzy. W rezultacie panie z takimi symptomami stanowiły zaledwie 13 procent uczestniczek badania (co więcej, średnia wieku wynosiła 63 lata, a zatem większość objawów, które mogły im towarzyszyć na początku menopauzy i przez kolejną dekadę, już minęła). Jeśli jednak przyjrzemy się tym 13 procentom kobiet z objawami menopauzy, ponad

trzy czwarte pań przydzielonych losowo do grupy przyjmującej hormony, a nie placebo, informowało o wyraźnym spadku dokuczliwości tych problemów — podobnie jak podczas wszystkich innych badań. Reszta badanych, czyli kobiety, u których nie występowały żadne objawy lub były one bardzo słabe, nie zgłaszała złagodzenia dolegliwości. Chcielibyśmy to powtórzyć: *kobiety niewykazujące objawów donosiły, że estrogen nie złagodził dolegliwości, których nie miały.* W taki oto sposób narodził się „wniosek” naukowców realizujących badania WHI — stwierdzenie o tym, że HTZ nie ma „istotnego klinicznie wpływu na jakość życia wynikającą z kwestii zdrowotnych”²¹. Wystarczyło skupić się na 87 procentach kobiet, które od początku nie miały objawów i były już dawno po menopauzie. Sami autorzy zauważyli, że ich dane „mogą nie znajdować zastosowania [w odniesieniu do pań z umiarkowanymi lub poważnymi objawami], ponieważ kobiety przekonane o tym, że potrzebują terapii hormonalnej, prawdopodobnie nie zgodziłyby się na randomizację”.

Nie, wcale sobie tego wszystkiego nie zmyśliśmy.

Kolejnym czynnikiem, dzięki któremu naukowcy związani z WHI mogli twierdzić, że HTZ nie poprawia jakości życia, była wykorzystywana przez badaczy metoda oceniania tej kwestii. Panie uczestniczące w tym projekcie nie otrzymywały listy konkretnych objawów z prośbą o ocenę intensywności każdego z nich w skali od „nienastęrczający problemów” poprzez „akceptowalny” aż po „nie do zniesienia”. Naukowcy nie pytali, czy i jak każdy z symptomów wpływa na życie badanych. Zamiast tego polegali na ogólnych szacunkach, prosząc uczestniczki o ocenę dobrostanu, nastroju, sposobów radzenia sobie z trudnościami i ogólnego stanu zdrowia. Kiedy ludzie są proszeni o dokonanie takiej całościowej oceny, zazwyczaj odpowiadają tak jak Ty, gdy znajomi pytają Cię, jak się miewasz. Najprawdopodobniej mówisz wtedy: „W porządku. Wszystko gra”. Nie wspominasz o potach, bezsenności, palpatacjach serca ani o problemach z partnerem, szefem, dziećmi czy hałaśliwymi sąsiadami. (Na podobnej zasadzie gdy ludzie są pytani podczas badań opinii publicznej o ogólne zadowolenie z życia, znaczna część — jakieś dwie trzecie — utrzymuje, że jest „bardzo szczęśliwa”. Prawda wychodzi na

jaw, gdy zapytasz o konkretne aspekty ich życia: „Ból barku w końcu minął, ale odczuwam silny stres z powodu zachowań mojego przełożonego i jestem o krok od wysłania mojej wiecznie nadąsanej, nastoletniej pociechy na szkolenie wojskowe dla rekrutów”). Krótko mówiąc, takie ogólne oceny sprzyjają wykorzystywaniu skłonności kobiet do stawiania czoła problemom i nienarzekania na konkretne dolegliwości, które mają negatywny wpływ na ich życie zawodowe lub rodzinne.

Jednak nawet naukowcy zaangażowani w projekt WHI nie mogli obalić powszechnego przekonania o tym, że estrogen jest najskuteczniejszym sposobem leczenia objawów trapiących Marthę i miliony innych kobiet, gdyż eliminuje lub wyraźnie zmniejsza intensywność tych problemów u zdecydowanej większości pań stosujących HTZ lub sam estrogen. Elizabeth Watkins napisała w 2007 roku: „Estrogen wciąż jest najefektywniejszym środkiem pozwalającym leczyć uderzenia gorąca w okresie menopauzy, a niewielu krytyków kwestionuje jego wartość jako metody terapeutycznej stosowanej na krótką metę”²². Po przeanalizowaniu wielu randomizowanych badań specjalizująca się w onkologii Heidi Nelson z Kliniki Mayo wykazała, że estrogen zazwyczaj zmniejsza częstotliwość występowania uderzeń gorąca o ponad 75 procent²³.

Projekt WISDOM (Women’s International Study of Long-Duration Oestrogen After the Menopause) był randomizowanym badaniem, podczas którego grupa kontrolna otrzymywała placebo. Inicjatywa objęła 3721 kobiet po menopauzie z Australii, Nowej Zelandii oraz Wielkiej Brytanii. Badane były w różnym wieku, od 50 do 69 lat, i zostały losowo przydzielone do grup otrzymujących albo HTZ, albo placebo. W porównaniu z paniami dostającymi placebo kobiety przyjmujące HTZ doświadczyły poprawy jakości snu, miały mniej problemów z uderzeniami gorąca i nocnymi potami, nie cierpiały tak bardzo z powodu bólu stawów i mięśni oraz suchości pochwy, a do tego cieszyły się poprawą funkcji seksualnych²⁴. Badacze podkreślali pozytywne oddziaływanie HTZ zwłaszcza w zakresie jakości snu i walki z bezsennością — zwracali uwagę na to, że niewystarczająca ilość snu jest „łączona ze zwiększonym ryzykiem

występowania problemów takich jak otyłość, cukrzyca, nadciśnienie i choroby układu krążenia. Uporanie się z niedoborami snu może zatem zapewniać wyraźne korzyści zdrowotne”.

Co więcej, ponieważ znaczna część kobiet przechodzących menopauzę wspomina o bólach stawów i mięśni oraz nasileniu dolegliwości związanych z artretyzmem — jak już pisaliśmy, to kolejne objawy rzadko kojarzone z klimakterium — badacze realizujący projekt WISDOM podkreślali swoje spostrzeżenia dotyczące tego, że panie po roku stosowania HTZ zgłaszały złagodzenie dolegliwości bólowych. Naukowcy powoływali się nawet na inicjatywę WHI, podczas której zaobserwowano takie same rezultaty (choć nikt głośno o nich nie mówił): „Dodatkowe badania przeprowadzone wśród uczestniczek Women’s Health Initiative z myślą o przyjrzeniu się problemom ze stawami wykazały, że u kobiet, które przestały przyjmować łączoną HTZ, częściej obserwowano występowanie bólu lub sztywności w porównaniu do grupy otrzymującej placebo”²⁵. Badacze dodali, że badania na zwierzętach sugerują, iż estrogen „ma również działanie znieczulające i może zapobiegać uszkodzeniom chrząstki towarzyszącym chociażby osteoartrozie”²⁶.

Mimo że projekt WISDOM nie wykazał, aby wśród uczestniczek doszło do złagodzenia objawów depresji, to dwa randomizowane badania terapii estrogenowej przyniosły niezwykle rezultaty. Kobiety cierpiące na epizody depresyjne przyjmowały przez 4 – 12 tygodni estrogen lub placebo. Wyniki w grupie stosującej estrogen poprawiły się o 60 – 75 procent, natomiast wśród przyjmujących placebo o 20 – 30 procent²⁷. To, że estrogen okazał się znacznie skuteczniejszy niż antydepresanty (i nie towarzyszyły mu skutki uboczne, które często wiążą się z przyjmowaniem takich leków²⁸), powinno było wzbudzić sensację. Katie Taylor z Wielkiej Brytanii wystąpiła w roli własnej grupy kontrolnej, sprawdzając na własnej skórze różnicę między działaniem antydepresantów i HTZ:

Kilka lat temu wróciłam do pracy po długiej przerwie związanej z wychowywaniem czwórki dzieci. Miałam 43 lata

i kochałam swoje życie, ale byłam wyczerpana, płacziwa i przygnębiona bez wyraźnego powodu. Moja lekarka rodzinna stwierdziła, że cierpię na depresję, i przepisała mi antydepresanty. Jak się okazało, była to błędna diagnoza. Po sześciu miesiącach czułam się jeszcze gorzej. Zmagałam się z mgłą mózgową, nie potrafiłam wykazać się w pracy klarownością myślenia, płakałam w najbardziej nieodpowiednich momentach, miałam uderzenia gorąca i nie chciałam wychodzić z domu [...]. Antydepresanty zamieniły mnie w zombie. Niczego nie czułam — to nie tak powinno wyglądać życie. Obawiałam się, że problemem jest presja związana z łączenia życia rodzinnego z wymagającą pracą [...]. Ponownie porozmawiałam z lekarką rodzinną, która zgodziła się, że powinnam przestać pracować, by móc się skupić na zdrowiu i rodzinie²⁹.

Sugestia rezygnacji z pracy zawodowej była kolejną złą radą, choć większość kobiet i tak nie może sobie pozwolić na wdrożenie jej w życie. Na szczęście dla Katie Taylor jej ojcem był Michael Baum, jeden z czołowych naukowców zajmujących się w Anglii badaniem nowotworów. Zasugerował on córce, że pomimo młodego wieku może przechodzić menopauzę. Ta diagnoza okazała się trafiona — istotnie, była to menopauza. Katie rozpoczęła HTZ, odstawiła antydepresanty i znów stała się sobą, odzyskując dawną radość życia i energię. Założyła nawet internetową grupę wsparcia, żeby dostarczać informacje kobietom przechodzącym menopauzę.

Wielu ginekologów i onkologów wciąż ma problemy z pogodzeniem swojego przeświadczenia o tym, że estrogen jest niebezpieczny i nie poprawia jakości życia, z jasnymi dowodami potwierdzającymi korzyści, jakie niesie ten lek. Ci lekarze wymyślili osobliwy kompromis: *niektóre* kobiety z poważnymi objawami mogą przyjmować hormony bez narażania się na niebezpieczeństwo, o ile tylko będą to robić jak najkrócej, ograniczając się do najmniejszej możliwej dawki. Ta sugestia jest swoistym kompromisem między twierdzeniami: „To niebezpieczne, nie należy tego zażywać” a „Ten lek jest bezpieczny i pacjentka można go przyjmować tak długo, jak zechce”. Oczywiście

jeśli lekarze naprawdę wierzą, że estrogen jest rakotwórczy, nie powinni nikomu doradzać stosowania tego hormonu. To tak, jak gdyby ktoś powiedział: „Proszę palić pół paczki papierosów dziennie, ale tylko przez rok. Taka kuracja pozwala cieszyć się lepszym snem”.

W tym miejscu przechodzimy do sedna sprawy: *nie ma naukowych podstaw, by zalecać kobietom po menopauzie przyjmowanie jak najmniejszej dawki hormonów i jak najkrótsze ich stosowanie*. Wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów zawierają informację o tym, że „ponieważ niektóre kobiety powyżej 65. roku życia mogą nadal potrzebować HTZ w celu łagodzenia objawów wazomotorycznych, nie należy rutynowo przerywać takiej terapii, gdy pacjentka przekracza granicę 65 lat. Podobnie jak u młodszych kobiet, należy dopasowywać leczenie do indywidualnych potrzeb pacjentek”³⁰. Północnoamerykańskie Towarzystwo Menopauzy zajmuje podobne stanowisko: „Koncepcja stosowania »jak najmniejszej dawki przez jak najkrótszy czas« może być w przypadku niektórych kobiet niewystarczająca lub wręcz szkodliwa [...]. [N]ie ma danych, które przemawiałyby za rutynowym przerywaniem [HTZ], gdy pacjentka osiąga wiek 65 lat”³¹.

W 2012 roku, czyli 10 lat po publikacji pierwszych alarmujących doniesień, naukowcy związani z WHI przyznali, że estrogen rzeczywiście znacząco łagodzi objawy wazomotoryczne w rodzaju zawrotów głowy, omdleń czy uderzeń gorąca. Te symptomy powracają, gdy tylko kobiety przestają przyjmować estrogen³². Jedna z osób kierujących tymi badaniami, JoAnn Manson, stwierdziła, że kobiety mogą teraz bezpiecznie stosować HTZ i nie muszą się obawiać, iż kuracja doprowadzi do przedwczesnego zgonu: „To dobra wiadomość dla kobiet”, powiedziała Manson brytyjskiemu dziennikowi „The Times”. „Zasadniczo podnosi ona na duchu panie, które chcą skorzystać z terapii hormonalnej, by złagodzić uciążliwe objawy menopauzy, chociażby uderzenia gorąca czy nocne poty”³³. („The Times” zdecydował się opatrzyć cały artykuł odważnym tytułem: „Kobiety dowiadują się, że hormonalna terapia zastępcza nie prowadzi do przedwczesnej śmierci”. Musimy jeszcze poczekać, aż podobne nagłówki zaczną się ukazywać również w amerykańskiej prasie). Trzy

lata później, w 2015 roku, Manson i jej koleżanka, Gloria Richard-Davis, poszły o krok dalej. W artykule, który nosił tytuł *Research Overturns Dogma* (Badania obalają dogmat) i był komentarzem do zakrojonej na szeroką skalę inicjatywy SWAN, pochwaliły naukowców za rozprawienie się z „przeświadczeniem, że [objawy wazomotoryczne] trwają krótko, mają niewielki wpływ na zdrowie i jakość życia kobiet oraz można się z nimi łatwo uporać dzięki stosowaniu krótkoterminowych rozwiązań”³⁴.

A zatem panie chwaliły obalenie dogmatu, który same stworzyły? Choć ubolewamy, że Manson i jej współpracownicy promowali początkowo przesadnie alarmistyczne interpretacje wyników badań WHI, nie dostrzegając nawet korzyści z HTZ związanych z łagodzeniem objawów menopauzy, to cieszy nas, iż byli w stanie zmienić swoje zdanie — przynajmniej do pewnego stopnia. „Ta kwestia budziła wiele obaw”, powiedziała Manson w rozmowie z „The Timesem”, nie przyznając wprost, że to głównie inicjatywa WHI wywołała ten strach.

Z zadowoleniem odnotowujemy również to, że w 2021 roku Manson i jej współpracownicy stali już na stanowisku, iż „w przypadku zdecydowanej większości pań z objawami korzyści wynikające ze stosowania HTZ przewyższają ryzyko. Kluczową kwestią jest dopasowanie terapii do indywidualnych potrzeb pacjentek oraz udział tych kobiet w procesie podejmowania decyzji”³⁵.

Całkowicie się z tym zgadzamy i w związku z tym z przykrością obserwujemy, jak badacze zaangażowani w projekt WHI wciąż zmieniają zdanie, gdy mowa o ryzyku i korzyściach związanych z HTZ. We wspomnianym artykule z 2021 roku napisali, że po 13 latach monitorowania losów badanych *nie* stwierdzili, by HTZ przekładała się na podwyższone ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył albo udaru. Zaledwie dwa lata później poinformowali jednak, że hormony *zwiększają* prawdopodobieństwo rozwinięcia się tych chorób, w związku z czym oznajmili, iż „objawy wazomotoryczne powinny być leczone tylko wtedy, gdy są uciążliwe”. Objawy, które mogą przez wiele lat zakłócać sen i pogarszać jakość życia, określono zaledwie mianem „uciążliwych”? Czy nie był to właśnie ten dogmat, którego obalenie

budziło taką radość tych naukowców? Ponadto badacze związani z WHI nie zgodzili się z wytycznymi Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów oraz Północnoamerykańskiego Towarzystwa Menopauzy i oznajmili, że „lekarze powinni przepisywać najmniejszą skuteczną dawkę hormonów i stosować ją przez najkrótszy okres wpisujący się w potrzeby pacjentki, regularnie oceniając konieczność kontynuowania terapii hormonalnej w celu łagodzenia objawów”³⁶.

Jeśli czołowi naukowcy odpowiedzialni za projekt WHI nie potrafili zdecydować, czy korzyści z hormonalnej terapii zastępczej przewyższają ryzyko, czy może ryzyko jest większe od korzyści, a potem uciekają się do tych mało satysfakcjonujących zaleceń sugerujących stosowanie HTZ w minimalnych dawkach i przez jak najkrótszy czas, to nie ma się co dziwić dezorientacji, z jaką boryka się wielu lekarzy i opinia publiczna.

A CO Z ALTERNATYWNYMI ROZWIĄZANIAMИ?

Nietrudno dostrzec, jak wielkim biznesem stała się menopauza. W 2022 roku globalny rynek związanych z nią produktów wyceniany był na niemal 17 miliardów dolarów, a do 2030 roku jego wartość ma przekroczyć według prognoz 24 miliardy dolarów³⁷. Obserwujemy prawdziwy wysyp stron internetowych, podcastów, usług telemedycznych i konferencji oraz powstawanie nowych nisz zagospodarowywanych potem przez branżę wellness. Rynek zalewany jest starymi produktami promowanymi jako nowe, „specjalistyczne” terapie. Centra odnowy biologicznej i kurorty oferują kosztowne programy dla pań w wieku menopauzalnym — zapewniają takim klientkom masaże, medytacje, porady i możliwość porozmawiania z innymi kobietami doświadczającymi podobnych problemów. Media z głównego nurtu, które przespały okres, kiedy WHI prezentowała swoje przesadnie alarmistyczne komunikaty, wreszcie zaczynają publikować artykuły na temat menopauzy i leczenia

jej objawów. Określamy te nowe rozwiązania mianem podejścia WBNE — „wszystko, byle nie estrogen” — ponieważ wykorzystują one obawy kobiet dotyczące tego hormonu do promowania niezwiązanych z HTZ interwencji, które najczęściej nie są pomocne, a niekiedy okazują się wręcz szkodliwe.

Przykładem wyjątkowego cynizmu twórców niektórych tego typu kuracji jest lek zatwierdzony w 2023 roku przez FDA jako środek, który ma „przynosić ulgę kobietom zmagającym się podczas menopauzy z irytującymi uderzeniami gorąca”. Fezolinetant (Veozza) to „pierwszy lek stworzony specjalnie z myślą o zmniejszeniu częstotliwości i intensywności uderzeń gorąca oraz napadów pocenia się, które są następstwem spadku poziomu estrogenu w organizmie kobiety”. Czy to pierwszy taki lek? Niekoniecznie, ale przynajmniej nie zawiera hormonów. Kosztuje też około 550 dolarów miesięcznie i w przeciwieństwie do estrogenu nie ma korzystnego wpływu na serce i kości ani nie łagodzi innych objawów menopauzy. A teraz przyjrzyjmy się skutkom ubocznym stosowania fezolinetantu: bóle brzucha, biegunki, problemy ze snem (bezsenna noc), bóle pleców i... uwaga... uderzenia gorąca! Tabletki na bezsenność, która może powodować bezsenność? Lek, który ma osłabiać uderzenia gorąca, ale tak naprawdę je wywołuje?

Wszystkie leki, od aspiryny po zyrtec, mają też działania niepożądane i mogą być źródłem potencjalnych zagrożeń, a HTZ nie jest pod tym względem wyjątkiem. Do skutków ubocznych hormonalnej terapii zastępczej mogą się zaliczać suchość oczu, upławy i tkliwość piersi — objawy, które u niektórych kobiet utrzymują się nawet przez rok. Stosowaniu HTZ towarzyszy też niewielkie prawdopodobieństwo występowania poważniejszych problemów, w tym chorób pęcherzyka żółciowego i zakrzepów krwi w żyłach (do oceny zagrożeń na tle korzyści wrócimy jeszcze w rozdziale 8.). Nie ma się co dziwić, że wiele pań nie chce przyjmować żadnych leków na receptę, o ile nie jest to konieczne, inne zaś uważają, iż HTZ jest bardziej ryzykowna niż inne metody leczenia. Przyjrzyjmy się tym rozwiązaniom.

Część kobiet może się zdecydować na rezygnację z dodatkowych działań i cierpliwie znoszenie objawów. Inne chcą coś zrobić, ale nie

mają ochoty przyjmować estrogeny (w połączeniu z progesteronem lub bez niego) — w tej sytuacji mogą albo sięgnąć po leki na receptę łagodzące konkretne objawy menopauzy, albo wypróbować któryś z niezliczonych preparatów ziołowych czy innych „naturalnych” produktów promowanych jako środki dla pań w okresie przekwitania. Nie będziemy tu w ogóle omawiać cieszących się nieustającą popularnością, ogólnikowych zaleceń „modyfikowania stylu życia zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentek i stosowania terapii niefarmakologicznych” — do tej kategorii zaliczają się rekomendacje przedstawione na łamach czasopisma „Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism”: kobiety powinny rzucić palenie, schudnąć, ograniczyć spożycie alkoholu, przyjmować witaminę D i wapń, stosować zdrową dietę, używać lubrykantów dopochwowych, a także regularnie podejmować aktywność fizyczną. Autorzy tego artykułu dodali, że jeśli chodzi o silne uderzenia gorąca i bezsenność, do pomocnych rozwiązań mogą się zaliczać terapia poznawczo-behawioralna, hipnoza i akupunktura³⁸. Wszystko to są rozsądne rady (poza sugestią zażywania witaminy Dⁱ i wapnia — najczęściej okazują się one bezużyteczne, a w przypadku kobiet, które przeszły menopauzę i nie przyjmują estrogeny, nie zapewniają korzyści nawet wtedy, gdy mowa o zapobieganiu złamaniom kości, o czym będziemy jeszcze pisać w rozdziale 5.). Niestety, skuteczność tych rozwiązań w kontekście łagodzenia objawów menopauzy nie przewyższa efektywności placebo.

Niektórym pacjentkom przepisuje się gabapentynę (Neurontin), lek stosowany przede wszystkim w leczeniu padaczki i neurobólów, ale coraz częściej używany też do leczenia uderzeń gorąca. Gabapentyna rzeczywiście pozwala jej nieznacznie osłabić — choć nie robi tego tak skutecznie, jak estrogen — lecz nie łagodzi innych objawów menopauzy, a na liście jej skutków ubocznych pojawiają się chociażby

ⁱ W warunkach polskich, zwłaszcza w porze jesienno-zimowej, suplementowanie witaminy D bywa potrzebne. Rozsądnym postępowaniem jest badanie poziomu witaminy D w osoczu i suplementowanie jej w zależności od potrzeby — *przyj. red.*

zawroty głowy, senność, zmęczenie, zaburzenia równowagi, nudności, biegunka, zaparcia, bóle głowy, obrzęk piersi i suchość w ustach. Ponieważ jest to lek działający depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy, może wzmacniać działanie innych farmaceutyków z tej grupy, w tym zolpidemu czy diazepamu. Ponadto może uzależniać, a w przypadku nagłego przerwania leczenia prowadzić do zespołu odstawiennego i napadów drgawkowych. FDA odmówiła zatwierdzenia gabapentyny i paroksetyny jako środków używanych do leczenia uderzeń gorąca, zwracając uwagę na to, że podczas badań oba te leki cechowały się bardzo niewielką skutecznością³⁹. Nie powstrzymuje to jednak lekarzy przed przepisywaniem ich kobietom, które nie chcą lub nie mogą przyjmować estrogenu. Ponieważ te leki nie zostały zatwierdzone przez FDA do stosowania w takim celu, źródłem informacji na ten temat są jedynie doświadczenia lekarzy i obserwacje kliniczne. Właśnie dlatego sugerowane dawkowanie jest bardzo zróżnicowane, podobnie jak przewidywany czas, po jakim uderzenia gorąca powinny osłabnąć — szacunki wahają się od czterech tygodni do trzech miesięcy!

Antydepresanty są często przepisywanymi lekami — mogą też skutecznie łagodzić uderzenia gorąca i problem bezsenności. Szeroko zakrojona analiza, która miała ocenić skuteczność antydepresantów, doprowadziła jednak do sformułowania wniosku, zgodnie z którym „dane na temat korzyści [płynących z przyjmowania tych leków] są sprzeczne”⁴⁰. Oczywiście antydepresantom towarzyszy też oddzielna lista (często nieprzyjemnych) skutków ubocznych i zagrożeń, a ponadto farmaceutyki tego typu nie łagodzą żadnych innych objawów menopauzy.

Panie, które nie chcą stosować HTZ, często sięgają po najpopularniejsze zamienniki leków hormonalnych, czyli produkty ziołowe i naturalne, chociażby zioła chińskie, pluskwicę groniastą, żeń-szeń, dziurawiec czy miłorząb japoński. Niektórzy specjaliści (nawet ci, którzy uważają HTZ za bezpieczne rozwiązanie) sugerują, że pacjentki, które nie chcą przyjmować hormonów, mogą wypróbować mieszankę różnych ziół pozwalających uporać się z poszczególnymi objawami. Lekarze z Well Woman Centre w Dublinie uznają HTZ za „najskuteczniejszy lek, jaki można przepisać w celu łagodzenia

objawów menopauzy”, ale dodają, że jeśli kobiety odmawiają przyjmowania hormonów, mogą wziąć pod uwagę „kwasy omega-3, pozwalające zadbać o funkcjonowanie mózgu, witaminę D, przyjmowaną z myślą o zdrowych kościach, i olej z ogórecznika, łagodzący tkliwość piersi. Olej z witaminą E może z kolei pomagać w przypadku suchości pochwy”⁴¹. Niezliczone poradniki poświęcone menopauzie zalecają przyjmowanie tych produktów ziołowych (rynek takich specyfików warty jest wiele miliardów dolarów), lecz kolejne randomizowane badania z grupą kontrolną wykazują, że jeśli chodzi o łagodzenie objawów menopauzy, żaden z tych środków nie przewyższa pod względem skuteczności placebo. Oto kilka przykładów:

- Projekt Isoflavone Clover Extract Study dowiódł, że dwa suplementy diety zawierające ekstrakt z czerwonej koniczyny (sprzedawane pod nazwami Promensil i Rimostil) nie były skuteczniejsze od placebo, gdy mowa o łagodzeniu uderzeń gorąca i poprawie jakości życia w okresie menopauzy⁴².
- Profesor medycyny z Centrum Badań Klinicznych nad Zdrowiem Kobiet na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco doszła do wniosku, że „nie ma przekonujących dowodów świadczących o tym, iż akupunktura, joga, zioła chińskie, dzięgiel chiński, olej z wiesiołka, żeń-szeń, kawa czy ekstrakt z czerwonej koniczyny łagodzą problem uderzeń gorąca”⁴³.
- Metaanaliza publikacji dotyczących stosowania niehormonalnych terapii w leczeniu uderzeń gorąca wykazała, że większość tych badań pozostawia sporo do życzenia, jeśli chodzi o ich jakość, co ogranicza możliwość wyciągania uogólnionych wniosków. Ustalono jednak, że te produkty „nie są optymalnym wyborem w przypadku większości kobiet”⁴⁴.
- Podczas badań poświęconych skuteczności pluskwicy gronistej, mieszanek ziołowych i soi nie zaobserwowano istotnego zmniejszenia liczby lub intensywności objawów u kobiet przyjmujących suplementy ziołowe albo placebo. Skutecznym środkiem łagodzącym te problemy była natomiast terapia hormonalna⁴⁵.

- Projekt, podczas którego naukowcy badali działanie pluskwicy groniastej, nie dowiódł, aby ta roślina eliminowała problem uderzeń gorąca skuteczniej niż placebo⁴⁶.

Moglibyśmy kontynuować tę wyliczankę, ale wiesz już, o co nam chodzi: badania raz za razem pokazują, że ustąpienie problemów zgłaszało mniej więcej 20 procent kobiet przyjmujących preparaty ziołowe — koniczynę czerwoną, soję, siemię lniane, dzięgiel chiński, olej z wiesiołka, żeń-szeń, dziki pochrzyn, niepokalanek pospolity, chmiel i szalwię. Ta wartość pokrywa się z odsetkiem pań, które informowały o spadku nasilenia objawów w związku ze stosowaniem placebo. (Ucieszyliśmy się natomiast z tego, że ktoś bada niepokalanek pospolity, który tradycyjnie uznawany jest za środek obniżający libido). W jednej z analiz oprócz informacji o tym, że zapewnienia na temat skuteczności i bezpieczeństwa ziół stosowanych z myślą o leczeniu objawów menopauzy są w dużej mierze niepotwierdzone, znalazło się także ostrzeżenie na temat możliwej hepatotoksyczności pluskwicy groniastej⁴⁷. Właśnie dlatego w wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów wyraźnie zaznaczono, że nie dowiedziono skuteczności preparatów roślinnych i naturalnych, w tym dostępnych bez recepty izoflawonów, ziół chińskich, pluskwicy groniastej, żeń-szenia, dziurawca zwyczajnego i miłorzębu japońskiego. To preparaty, na które nie warto wydawać pieniędzy.

Na koniec chcielibyśmy się zająć hormonami bioidentycznymi. Opublikowany na łamach „Wall Street Journala” felieton *The Truth about Hormone Therapy* (Prawda na temat terapii hormonalnej) trojga lekarzy — Eriki Schwartz, Kenta Holtorfa i Davida Brownsteina — zaczyna się od bezkrytycznej akceptacji wyników projektu WHI. „Hormonalna terapia zastępcza stała się podręcznikowym przykładem tego, w jaki sposób dążenia różnych podmiotów, dezorientacja panująca w środowisku medycznym i działania oportunistów mogą sumarycznie skomplikować sprawę, blokując pacjentom dostęp do bezpiecznych i skutecznych terapii”⁴⁸, napisali. Na szczęście projekt Women’s Health Initiative „zdecydowanie położył kres” popularności

HTZ, ponieważ „dowiódł jednoznacznie, że te leki były *niebezpieczne* i znacząco zwiększały ryzyko wystąpienia zawału serca, udaru oraz raka piersi u ponad 16 000 uczestniczek badania”. Co kobiety miały zrobić w tej sytuacji? Czują się okropnie po odstawieniu HTZ, a ich lekarze, zakładnicy establishmentu medycznego, nie mieli im do zaoferowania nic poza antydepresantami. Na całe szczęście na ratunek pacjentkom przyszły leki bioidentyczne! Z jednej strony są identyczne z hormonami, więc działają. Z drugiej strony nie są do końca identyczne, a zatem nie trzeba się obawiać, że okażą się szkodliwe. W tym miejscu trzeba dodać, że trójka autorów cytowanego artykułu należy też do grona założycieli Bioidentical Hormone Initiative.

Jak to możliwe, by leki były identyczne, a zarazem się od siebie różniły? *Bioidentyczność* jest sprytnym sloganem marketingowym, który sugeruje, że pacjentka może sobie zagwarantować wszystkie korzyści zapewniane przez estrogen, a zarazem uniknąć... no właśnie — czego? Zagrożeń towarzyszących przyjmowaniu estrogenu? Bioidentyczne hormony, które tak samo jak HTZ dostępne są wyłącznie na receptę, zawierają zwykle estradiol, czyli postać estrogenu, która krąży w organizmach kobiet w największych ilościach. (Estradiol można też znaleźć w bulwach pochryznu, ale nawet nie myśl o konsumowaniu ich w celach terapeutycznych — coś takiego wymagałoby spożywania ich w *ogromnych* ilościach). Premarin zawiera co najmniej 10 związków chemicznych z grupy estrogenów, w tym estradiol, ale w skład tego leku wchodzi też ekwilina, czyli odmiana estrogenu, która powinna zapewniać najwięcej korzyści w zakresie prawidłowego funkcjonowania mózgu⁴⁹. Tak czy inaczej, zarówno syntetyczny, jak i bioidentyczny estrogen (zazwyczaj estradiol) zaliczają się do leków dopuszczonych do obrotu przez FDA.

Z kolei *hormony bioidentyczne*, które należą do leków recepturowych i cieszą się w Stanach Zjednoczonych dużą popularnością, są przygotowywane przez lokalną aptekę na podstawie recepty wystawionej przez lekarza. Nie są to standaryzowane leki, nie podlegają działaniom regulacyjnym FDA, a wszystkie najważniejsze towarzystwa medyczne odradzają stosowanie ich zamiast dopuszczonych do obrotu

odmian estrogeneru i progesteronu⁵⁰. W 2020 roku Narodowe Akademie Nauk (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine) potwierdziły zarzuty dotyczące efektywności leków recepturowych zawierających hormony bioidentyczne (ang. *compounded bioidentical hormones*, cBHT). Po 21 miesiącach gromadzenia i analizowania danych, komisja badawcza przedstawiła swoje wnioski: „Jeśli wziąć pod uwagę niewielką ilość danych na temat bezpieczeństwa i skuteczności cBHT [...], nie ma wystarczających dowodów potwierdzających ogólną użyteczność kliniczną cBHT jako metody leczenia objawów menopauzy”⁵¹.

W swojej znakomitej analizie zagrożeń związanych z recepturowymi lekami zawierającymi hormony bioidentyczne dziennikarka śledcza Cathryn Jakobson Ramin przestrzegła również przed stosowaniem wszczepianych peletek, które zyskały popularność w Stanach Zjednoczonych po tym, jak projekt WHI odwiódł kobiety od korzystania z HTZ. Pacjentki płacą nawet po 3000 dolarów rocznie „klinikom hormonalnym”, które wszczepiają takie mikrokulki z hormonami. „Żadna z firm farmaceutycznych cieszących się aprobatą FDA nie produkuje peletek hormonalnych”, napisała Ramin. „Tylko nieliczni producenci mają sprzęt pozwalający przygotować produkt, który się nie rozpadnie i będzie się powoli rozpuszczał, zamiast gwałtownie uwolnić całą swoją zawartość. Pojawiły się doniesienia o niewłaściwie przygotowanych peletkach, które uwalniały do organizmów kobiet szokująco duże ilości hormonów”. Wulf H. Utian, założyciel Północnoamerykańskiego Towarzystwa Menopauzy, powiedział w rozmowie z Ramin: „Nie tylko mogą dostarczać organizmowi niebezpieczne dawki hormonów — nie sposób wykluczyć także obecności zanieczyszczeń, które będą groziły infekcją. Do zakażenia może dojść również podczas chirurgicznego zabiegu wszczepiania peletki pod skórę. Jeśli nie liczyć korzyści finansowych czerpanych przez lekarza i aptekę przygotowującą lek, nie widzę żadnych powodów, by stosować takie produkty niezatwierdzone przez FDA”⁵².

Dlaczego zatem leki recepturowe zawierające hormony nadal są tak popularne? Podczas nieformalnych badań fokusowych naukowcy zapytali 21 kobiet stosujących te preparaty o powody, które skłoniły

je do unikania konwencjonalnej HTZ. Panie wspominały o obawach przed ryzykiem towarzyszącym takiej terapii, o niechęci do moczu klaczy, a przede wszystkim o ogólnej nieufności wobec służby zdrowia, która ich zdaniem lekceważy ich obawy i w nadmiernym stopniu polega na farmaceutykach. Pacjentki doceniały również to, co opisywały jako lepszą opiekę medyczną i większą uwagę ze strony lekarzy medycyny alternatywnej. Badacze podsumowali swoje spostrzeżenia w następujący sposób: „Odkryliśmy, że kobiety nie tylko poszukują środków, które mogłyby zastąpić konwencjonalne leki — próbują również znaleźć specjalistów, którzy byliby gotowi wziąć pod uwagę ich doświadczenia związane z menopauzą, uwzględnialiby cele, które panie chcą osiągnąć dzięki terapii, a do tego pozwoliliby pacjentkom na sprawczość w zakresie łagodzenia dokuczających im objawów menopauzy”⁵³. Można odnieść wrażenie, że jest to niefortunny kompromis: żeby zapewnić sobie opiekę lekarza, który będzie gotów słuchać, udzielić wyjaśnień i współpracować z pacjentkami, panie wybierają ryzykowne lub nieskuteczne metody leczeniaⁱⁱ.

Podobnie jak w przypadku wszystkich ziół i leków dostępnych bez recepty konsumenci muszą sobie zdawać sprawę z tego, że za częścią interwencji, których opisy brzmią niezwykle uczenie, nie kryją

ⁱⁱ Cena, jaką trzeba zapłacić za wybór medycyny alternatywnej tylko dlatego, że robi ona dobre wrażenie lub zapewnia pozytywne odczucia, bywa wysoka. W 2018 roku „Journal of the National Cancer Institute” opublikował rezultaty badań dotyczących liczby zgonów wywołanych w ciągu 5,5 roku przez nowotwory niedające przerzutów. Naukowcy porównali wyniki 280 pacjentów, którzy wybrali medycynę alternatywną zamiast chemioterapii, radioterapii i operacji, z wynikami 560 pacjentów leczonych w tradycyjny sposób. W grupie pacjentów polegających na niesprawdzonych metodach ryzyko zgonu we wspomnianym okresie było średnio 2,5 raza wyższe, choć w przypadku niektórych nowotworów medycyna alternatywna stanowiła jeszcze poważniejsze zagrożenie. Prawdopodobieństwo zgonu wśród pacjentek z rakiem piersi było niemal sześciokrotnie wyższe, natomiast w przypadku pacjentów z rakiem jelita grubego rosło czterokrotnie (Johnson S.B., Park H.S., Gross C.P., Yu J.B., *Use of alternative medicine for cancer and its impact on survival*, „JNCI”, 2018, 110, s. 121 – 124).

się wcale naukowe podstawy — a to, że takie rozwiązanie polecają lekarze podający się za specjalistów zajmujących się objawami menopauzy, nie powinno w żaden sposób zmieniać oceny takich terapii. Jedna z takich lekarek napisała do Avruma, chwalać go za krytykę Women’s Health Initiative, ale potem dodała, że i tak pozostaje przeciwna HTZ. Stwierdziła, że sama preferuje „bioidentyczną hormonalną terapię zastępczą i protokół Wiley”, które jej zdaniem są bezpieczniejsze i skuteczniejsze od konwencjonalnej HTZ. Gdy Av poprosił ją o podzielenie się wynikami badań potwierdzających to ogólne „bezpieczeństwo i efektywność” wspomnianych rozwiązań, nie doczekał się żadnej odpowiedzi.

Protokół Wiley to wykorzystujący hormony bioidentyczne system opracowany przez Teresę S. Wiley, która nie posiada ani kwalifikacji naukowych, ani wykształcenia medycznego. Wiley twierdzi, że jej metoda nie tylko łagodzi objawy menopauzy, ale także ma pozytywny wpływ na ogólny stan zdrowia. Kto wie — może nawet sprawi, że wzbogacisz się w czasie snu⁵⁴? Najlepszym opisem tej terapii jest podsumowanie, które znalazło się na Wikipedii: „Ten protokół spotkał się z krytyką środowiska medycznego w związku ze stosowanymi dawkami hormonów, skutkami ubocznymi terapii, potencjalnymi reakcjami fizjologicznymi, brakiem medycznych lub klinicznych kwalifikacji Wiley pozwalających opracować zasady takiego protokołu, brakiem empirycznych dowodów potwierdzających jego bezpieczeństwo i skuteczność, problemami etycznymi dotyczącymi badań klinicznych nad tą terapią, a także potencjalnymi konfliktami interesów spowodowanymi kwestiami finansowymi”. Czy trzeba tu jeszcze cokolwiek dodawać?

Wnioski

Kwestia tego, czy stosować HTZ, nie jest już wyłącznie problemem, który każda kobieta musi rozwiązać we własnym zakresie — powinniśmy też wziąć pod uwagę koszty ekonomiczne ponoszone przez społeczeństwo w sytuacji, w której wiele pań w średnim wieku

ogranicza aktywność zawodową lub całkowicie rezygnuje z pracy z powodu uciążliwych objawów (warto przypomnieć, że mogą się do nich zaliczać depresja, palpacje serca, infekcje, dolegliwości bólowe, a także uderzenia gorąca). W 2020 roku Brytyjskie Stowarzyszenie Medyczne (British Medical Association, BMA) przeprowadziło badania obejmujące 2000 angielskich lekarek. Okazało się, że panie „przechodzące menopauzę spędzają w pracy mniej godzin, przenoszą się na gorzej płatne stanowiska lub całkowicie rezygnują z praktyki z powodu seksizmu i ageizmu, z jakimi mają do czynienia w przychodniach i szpitalach”⁵⁵.

BMA odkryło wyraźną prawidłowość: kobiety z dużym stażem i doświadczeniem zawodowym porzucały posady, w tym stanowiska dyrektorskie, w klinikach albo całkowicie rezygnowały z praktykowania medycyny, ponieważ nie radziły sobie z silnymi objawami menopauzy w sytuacji, w której nie miały zapewnionego wsparcia ze strony kierownictwa lub współpracowników. Ponad 90 procent badanych stwierdziło, że symptomy wpływały na ich życie zawodowe, ale 38 procent nie było w stanie zmodyfikować swoich harmonogramów pracy i obowiązków tak, by zapanować nad dolegliwościami, a zarazem kontynuować praktykę. Prawie połowa ankietowanych chciała omówić swoje objawy z przełożonymi, jednak na ten krok zdecydowało się tylko 16 procent, reszta zaś obawiała się, że zostanie „wyśmiana lub ośmieszona”. Dla niektórych lekarek stres towarzyszący objawom oraz konieczność radzenia sobie z seksizmem pracodawców i skostniałymi strukturami szpitalnymi okazały się przeszkodami nie do pokonania. Jedna z lekarek stwierdziła: „Odeszłam z pracy, którą kochałam”. Oto historia innej lekarki:

Doktor Anne Carson, przewodnicząca komisji konsultantów BMA w Irlandii Północnej i specjalistka radiologii w szpitalu w okolicach Craigavon, od pięciu lat zмага się z objawami menopauzy. „Nigdy nie sądziłam, że objawy menopauzy mogą być tak uciążliwe — zawsze radziłam sobie z wymaganiami swojego życia zawodowego, ale menopauza okazała się w moim

przypadku prawdziwą jazdą bez trzymanki. Mówienie o menopauzie, gdy jesteś lekarką, stanowi swoiste tabu. Jakoś sobie radziłam przez dwa lata, ale był to okres, w którym z powodu niezwykle intensywnych nocnych potów doskwierały mi chroniczne niedobory snu. Mogłam przespać tylko kilka godzin, potem musiałam wstać, żeby wziąć prysznic. Wszystkie te problemy zaczęły wpływać na moją zdolność podejmowania decyzji, więc nie miałam wyboru: musiałam powiedzieć o tym przełożonym. Nie chciałam tego robić, gdyż stygmatyzacja jest bardzo silna, ale osoba, której bezpośrednio podlegam, okazała się bardzo wyrozumiała”.

Doktor Carson nie miała jednak szczęścia — Krajowa Służba Zdrowia (National Health Service) nie pozwoliła jej na samodzielne ustalanie harmonogramu i godzin pracy. Jeśli doktor chciała zadbać o swój sen, jedyną opcją było ograniczenie czasu, w którym dyżurowała pod telefonem, co skutkowałoby obniżeniem wynagrodzenia. Jako samotna matka nie mogła sobie na to pozwolić.

Ponieważ kobiety w wieku menopauzalnym stanowią w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych najszybciej rosnącą grupę demograficzną na rynku pracy, sytuacja, w której decydują się pracować krócej lub rezygnują z aktywności zawodowej, ma niekorzystny wpływ na ich pracodawców i całą gospodarkę. Nic dziwnego, że korporacje zwracają uwagę na to zjawisko i podejmują coraz więcej wysiłków w zakresie tworzenia rozwiązań „przyjaznych kobietom przechodzącym menopauzę” (co jest też oczywiście okazją do tego, by się wypromować i spróbować zapewnić sobie dodatkowe zyski). W 2023 roku burmistrz Nowego Jorku, Eric Adams, obiecał „pokonać problem stygmatyzacji menopauzy w tym mieście” i „dzięki zmienianiu na lepsze zasad i budynków tworzyć środowiska pracy skuteczniej wpisujące się w potrzeby pracowników miejskich w wieku menopauzalnym”. (To brzmi bardzo pięknie, ale jeśli firmy naprawdę troszczą się o produktywność i dobrostan swojej kadry, dlaczego nie mogą też opracować rozwiązań wspierających kobiety wychowujące dzieci?).

Oczywiście z zadowoleniem przyjmujemy różne działania prowadzące do wyeliminowania stygmatyzacji towarzyszącej menopauzie, cieszy nas również przekazywanie kobietom wiedzy na temat najskuteczniejszych metod leczenia oraz większa elastyczność, na jaką mogą liczyć w swoim środowisku pracy. Oprócz tego zgadzamy się jednak ze Stephanie Faubion, dyrektorką medyczną Północnoamerykańskiego Towarzystwa Menopauzy, która powiedziała w rozmowie z dziennikarką „New York Timesa”: „Ostatnią rzeczą, jakiej potrzebujemy, jest kolejny powód do dyskryminacji kobiet w miejscu pracy i utrudnianie im życia twierdzeniami o tym, że w okresie menopauzy coś jest z nimi nie tak, w związku z czym wymagają specjalnego traktowania”⁵⁶. Faubion i Chrisandra Shufelt argumentowały, że „pustkę, która daje o sobie znać, gdy mowa o systemowym radzeniu sobie menopauzą” należy zapełnić nie tyle placebo, fotelami z podnóżkiem lub specjalnymi wyjazdami, ile edukowaniem lekarzy (na uczelniach medycznych, w ramach doskonalenia zawodowego i poprzez stosowne wytyczne) na temat menopauzy, kobiecej anatomii i skutecznych terapii hormonalnych, usunięciem barier, które uniemożliwiają finansowanie terapii hormonalnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i zasadzają się na nieaktualnych twierdzeniach WHI o szkodliwości takich leków, zadbanie o to, by dyskusja na temat objawów menopauzy była równie akceptowalna i pozbawiona stygmatyzacji jak rozmowy o zaburzeniach erekcji u mężczyzn⁵⁷.

W związku z tym choć zgadzamy się z feministyczną krytyką, zgodnie z którą problemy życiowe kobiet są często nadmiernie medykaliżowane, to jednocześnie uważamy, że rozwiązaniem nie jest ograniczanie w tym kontekście wpływu medycyny i ignorowanie lub niewłaściwe leczenie objawów o wyraźnym podłożu fizjologicznym. Celem powinno być niewątpliwie to, co będzie najlepsze dla danej pacjentki. W przypadku Katie Taylor rozwiązaniem nie były ani antydepresanty, ani rezygnacja z wymagającej pracy, lecz przyjmowanie hormonów. Często się zdarza, że pacjentki Avruma tuż po rozpoczęciu HTZ dzwonią do niego, wyraźnie wytrącone z równowagi.

— Czulałam się stara i bezużyteczna — powiedziała jedna z nich — ale kiedy zaczęłam przyjmować estrogen, odzyskałam swoje dawne „ja”, które uważałam za dawno utracone. Jestem zła, że zmarnowałam tyle czasu, zmagając się z poczuciem niedoli.

Gdyby HTZ przynosiła korzyści tylko kobietom takim jak ta pacjentka, byłby to wystarczający argument za popieraniem tej metody leczenia. Jak wykazaliśmy w tym rozdziale, poglądy opinii publicznej rzeczywiście zaczynają się zmieniać, sprzyjając ponownej akceptacji dowodów świadczących o tym, że HTZ pozwala skutecznie łagodzić najpoważniejsze objawy menopauzy, a zarazem pociąga za sobą bardzo niewielkie ryzyko.

W tym momencie dyskusja przeniosła się na kolejny poziom: czy kobieta, u której niepokojące objawy menopauzy nie dochodzą w ogóle do głosu lub zdążyły już osłabnąć, powinna stosować HTZ w celu zapobiegania przyszłym chorobom i dolegliwościom? Według JoAnn Manson związanej z WHI odpowiedź nadal brzmi „nie”. Ta specjalistka przyznała, że spadek popularności HTZ, który był następstwem publikacji pierwszych wniosków wyciągniętych z badania WHI, „nie był optymalny”, ponieważ kobiety cierpiały z powodu objawów wpływających niekorzystnie na sen i jakość życia, co z kolei odbijało się na ich zdrowiu. Manson dodała jednak: „To nie oznacza, że wracamy do sytuacji sprzed 25 lat, kiedy terapia hormonalna była stosowana w celu zapobiegania chorobom układu krążenia”⁵⁸.

W rozdziałach 4., 5. i 6. będziemy polemizować z tym zaleceniem, ponieważ obecnie wydaje się, że oddziaływanie HTZ nie ogranicza się do poprawy jakości życia kobiet w okresie menopauzy. Ta terapia ratuje też i przedłuża życie, znacząco zmniejszając prawdopodobieństwo występowania chorób serca, osteoporozy, raka jelita grubego i cukrzycy. Zanim jednak przejdziemy do tych kwestii, musimy się zmierzyć z szalenie niewygodnym tematem: najpoważniejszymi obawami kobiet i jedynym twierdzeniem, z którego naukowcy związani z WHI się nie wycofali, czyli tezą, zgodnie z którą HTZ zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi.

PROGRAM PARTNERSKI

— GRUPY HELION —



1. ZAREJESTRUJ SIĘ
2. PREZENTUJ KSIĄŻKI
3. ZBIERAJ PROWIZJĘ

Zmień swoją stronę WWW w działający bankomat!

Dowiedz się więcej i dołącz już dzisiaj!

<http://program-partnerski.helion.pl>

GRUPA
Helion 

Menopauza. Niektórzy oczekują, że powinnaś jakoś przetrwać czas przekwitania i znosić cierpliwie wszystkie jego uciążliwe objawy, od uderzeń gorąca począwszy, a na problemach z koncentracją skończywszy. Powinnaś się też pogodzić z naturalną utratą „ochrony estrogenowej” i ze wzrostem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, osteoporozy, demencji, choroby Alzheimera. W końcu hormonalna terapia zastępcza (HTZ) wywołuje raka, prawda?

Oto drugie, uzupełnione i zaktualizowane wydanie książki, która obala te mity i przedstawia najnowsze odkrycia naukowe w sposób rzetelny, przystępny, z uwzględnieniem statystyki. Jeśli wraz ze swoim lekarzem rozważasz wdrożenie HTZ, znajdziesz tu wiele kluczowych informacji. Dowiesz się, jaki jest jej związek z rozwojem wielu groźnych schorzeń, w tym nowotworów piersi, a także jak HTZ wpływa na jakość i długość życia i na ile słuszne jest zalecenie, aby „terapię estrogenami prowadzić jak najkrócej i w jak najmniejszej dawce”. Przekonasz się też, co nauka mówi o skuteczności popularnych suplementów diety „na menopauzę”.