



VILNIAUS UNIVERSITETAS MEDICINOS FAKULTETAS

Medicina

VU MF Klinikinės medicinos institutas, Akušerijos ir ginekologijos klinika

Vėtra Kentraitė, VI kursas, 8 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Pakeičiamoji hormonų terapija: nuo pacientų atrankos iki gydymo parinkimo

Hormone Replacement Therapy: from Patient Screening to Treatment Selection

Darbo vadovas

Doc. dr. Virginija Paliulytė

Klinikos vadovas

Prof. dr. Diana Ramašauskaitė

Vilnius, 2026.

Studento elektroninio pašto adresas: vetra.kentraite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

1. SANTRUMPOS.....	3
2. SANTRAUKA.....	3
3. SUMMARY.....	4
4. RAKTAŽODŽIAI.....	5
5. ĮVADAS.....	5
6. LITERATŪROS APŽVALGA.....	6
6.1. Kas yra PHT.....	6
6.2. PHT vartojimo tikslai.....	8
6.3. PHT indikacijos ir kontraindikacijos.....	10
6.4. PHT formos.....	11
6.5. Gydomo parinkimo principai.....	14
6.6. PHT ir vėžio ryšys.....	16
7. METODAI.....	19
7.1. Tyrimo metodas ir jo pagrįstumas.....	19
7.2. Duomenų apdorojimas ir analizė.....	19
8. TYRIMO REZULTATAI.....	19
8.1. Tyrimo rezultatų aprašymas.....	19
8.2. Tyrimo rezultatų koreliacijos tarp įvairių kintamųjų.....	30
9. APTARIMAS.....	32
10. IŠVADOS IR PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	36
10.1. Išvados.....	36
10.2. Praktinės rekomendacijos.....	37
11. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	38
12. PRIEDAI.....	44

1. SANTRUMPOS

PHT - Pakeičiamoji hormonų terapija;
MSI - Moterų Sveikatos Iniciatyva (angl.: Women's Health Initiative);
KAE - konjuguotu arklių estrogenų;
MPA - medroksiprogesterono acetatu;
MHT - Menopauzinė hormonų terapija;
GnRH - gonadotropiną atpalaiduojančio hormono;
PKN - priešlaikinis kiaušidžių nepakankamumas;
VMS - vazomotoriniai simptomai;
GMS - genitourinariniu menopauzės sindromu;
ŠTI - šlapimo takų infekcijas;
ŠKL - širdies ir kraujagyslių ligomis;
GVT - giliųjų venų trombozė;
PE - plaučių embolija;
ŠAMD - Šiaurės Amerikos menopauzės draugija;
NSPMI - Nacionalinis Sveikatos ir Priežiūros Meistriškumo Institutas;
BMD - Britų menopauzės draugija;
SERM - selektyviais estrogenų receptorių modulatoriais;
LS - libido sutrikimai;
NVR - nepageidaujamas vaistų reakcijas.

2. SANTRAUKA

Darbo pagrindimas: pakeičiamoji hormonų terapija (PHT) yra vienas pagrindinių klimakterinių simptomų gydymo būdų, tačiau jos taikymas iki šiol yra apsuptas diskusijų dėl galimų terapijos rizikų ir visuomenėje išplitusių prieštaringų nuomonių.

Tikslas: atlikti pastarųjų 10-ies metų literatūros apžvalgą apie PHT skyrimo gaires, indikacijas, būdus, pacienčių atranką ir su gydymu susijusias kontraversijas, taip pat atlikus apklausą išsiaiškinti, ką apie PHT žino ir galvoja Lietuvos moterys bei nustatyti veiksnius, darančius įtaką jų informuotumui ir gydymo pasirinkimui.

Uždaviniai: 1. Išanalizuoti PHT skyrimo principus: indikacijas, kontraindikacijas, pacienčių atranką, vartojimo būdus ir su gydymu susijusias kontraversijas, remiantis pastarųjų 10 metų literatūra; 2. Įvertinti Lietuvos moterų žinias ir požiūrį į menopauzę ir PHT, nustatant jų informuotumo lygį apie simptomus, terapijos naudą, rizikas ir vartojimo formas; 3. Nustatyti

veiksnius, darančius įtaką moterų informuotumui ir sprendimui dėl PHT pasirinkimo; 4. Pacientės, kuriai PHT bus tinkamas gydymo būdas, atranka.

Metodika: atlikta literatūros apžvalga nagrinėjant straipsnius, sisteminės analizes, kohortinius tyrimus ir kt., naudojant PubMed, Google Scholar ir ScienceDirect duomenų bazines. Atrinkti straipsniai buvo parašyti nuo 2016 m. iki dabar. Atliktas anketinis Lietuvos moterų tyrimas. Rezultatai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$, o kintamųjų sąsajoms nustatyti naudotas Pirsono chi-kvadratu (χ^2) kriterijus.

Rezultatai ir išvados:

1. PHT yra efektyvus klimakterinių simptomų gydymo būdas, kurio skyrimas turi būti pagrįstas individualizuota moterų atranka ir naudos bei rizikos santykio vertinimu.
2. Lietuvos moterys menopauzę dažniausiai supranta kaip natūralų gyvenimo etapą, turi bazinių žinių apie PHT, tačiau gilesnis išmanymas yra fragmentiškas ir apsuptas klaidinančios informacijos.
3. Išmanymui apie menopauzę ir PHT didžiausią įtaką daro moterų išsilavinimas, informacijos šaltiniai, kontaktas su sveikatos priežiūros specialistais ir asmeninė menopauzės patirtis.
4. Pacientė, kuri greičiausiai sutiks vartoti PHT, yra ta, kuri patiria gyvenimo kokybę bloginančius klimakterinius simptomus, yra gavusi išsamią informaciją apie menopauzę ir PHT iš sveikatos priežiūros specialisto dar prieš perimenopauzę ir neturi absoliučių kontraindikacijų arba kai reliatyvių kontraindikacijų rizika yra mažesnė nei tikėtina terapijos nauda.

3. SUMMARY

Background: Hormone replacement therapy (HRT) is one of the principal treatment modalities for climacteric symptoms; however, its use remains surrounded by ongoing debate due to potential therapy-related risks and the persistence of conflicting perceptions within the public domain.

Aim: To conduct a review of the literature from the past ten years on HRT prescribing guidelines, indications, administration methods, patient selection, and treatment-related controversies, as well as to perform a survey assessing the knowledge and attitudes of Lithuanian women toward HRT and to identify factors influencing their awareness and treatment choices.

Objectives: 1. To analyze the principles of HRT prescription, including indications, contraindications, patient selection, methods of administration, and treatment-related controversies, based on literature from the past decade; 2. To evaluate Lithuanian women's knowledge and attitudes toward menopause and HRT by assessing their level of awareness regarding symptoms, therapeutic benefits, risks, and forms of administration; 3. To identify factors influencing women's

awareness and decision-making regarding the use of HRT; 4. Selection of a patient for whom HRT is an appropriate treatment option.

Methods: A literature review was conducted using articles, systematic reviews, cohort studies, and other relevant publications retrieved from PubMed, Google Scholar, and ScienceDirect databases. Selected articles were published between 2016 and the present. The empirical component consisted of a quantitative study—an anonymous online survey created using Google Forms—in which 92 Lithuanian women participated. Statistical analysis was performed using a significance level of $p < 0.05$, and associations between variables were assessed using Pearson's chi-square (χ^2) test.

Results and Conclusions:

1. HRT is an effective method for treating climacteric symptoms, and its prescription should be based on individualized patient selection and an evaluation of the benefit–risk ratio.
2. Lithuanian women generally perceive menopause as a natural stage of life and possess basic knowledge about HRT; however, more in-depth understanding remains fragmented and influenced by misleading information.
3. Knowledge about menopause and HRT is most strongly influenced by women's level of education, sources of information, contact with healthcare professionals, and personal experience of menopause.
4. A patient most likely to accept HRT is one who experiences climacteric symptoms that negatively affect quality of life, has received comprehensive information about menopause and HRT from a healthcare professional prior to perimenopause, and has no absolute contraindications, or when the risks associated with relative contraindications are outweighed by the expected benefits of therapy.

4. RAKTAŽODŽIAI

Pakaitinė hormonų terapija; menopauzinė hormonų terapija; menopauzė; apklausa; žinios; nuomonė.

5. ĮVADAS

Menopauzė yra mažai tyrinėtas moters gyvenimo laikotarpis – tiek mokslinėje literatūroje, tiek kasdienybėje. Vis dėlto pastaraisiais metais ši tema vis dažniau analizuojama, didėjant moterų atvirumui kalbant apie menopauzės patirtis. Mokslškai ji siejama su sumažėjusia estrogeno ir progesterono sekrecija, atsirandančia dėl išsekusio riboto kiaušidžių folikulų rezervo. Menopauzinio pereinamojo laikotarpio pradžia ir trukmė skiriasi kiekvienai moteriai. Natūrali menopauzė diagnozuojama praėjus 12 mėnesių nuo amenorėjos pradžios. Šis hormoninis pokytis natūraliai įvyksta vidutiniškai apie 51-uosius metus. Tačiau, menopauzės pradžia varijuoja priklausomai nuo

rasės, tautybės ar regiono. Procesas nėra staigus – jam iš pradžių būdingas pereinamasis laikotarpis, vadinamas perimenopauze, kuri pasižymi palaipsniui oocitų nykimu, dideliais hormonų svyravimais ir nereguliaria menstruacijų eiga (1–4). Pakaitinė hormonų terapija (PHT) yra gydymo metodas, taikomas vidutinio sunkumo ir sunkiems vazomotoriniams simptomams valdyti, kuriuos moterys dažnai patiria menopauzės pereinamuoju laikotarpiu ir ankstyvuoju pomenopauzės laikotarpiu. Menopauzės simptomai – įskaitant vazomotorinius simptomus (pvz., karščio pylimus ir naktinį prakaitavimą), genitourinarinius simptomus, miego sutrikimus ir nuotaikos pokyčius – yra paplitę ir žymiai paveikia moterų gyvenimo kokybę (5). PHT įprastai derina estrogeną ir progesteroną, siekiant atkartoti kiaušidžių hormonų poveikį (6). Po 2002 m. Moterų Sveikatos Iniciatyvos (MSI) studijos rezultatų pasikeitė gydytojų ir visuomenės požiūris į PHT. Šį pokytį lėmė paskelbti saugumo nuogastavimai, susiję su konjuguotu arklių estrogenu (KAE) ir medroksiprogesterono acetatu (MPA). MSI tyrimas buvo nutrauktas anksčiau laiko. Tai nutiko dėl padidėjusios širdies ir kraujagyslių ligų bei krūties vėžio rizikos, susijusios su KAE ir MPA derinio vartojimu. (6,7). Nors nuo MSI paskelbimo atlikta daug naujų tyrimų, rodančių, kad PHT vartojimas menopauzės simptomams malšinti nėra toks pavojingas, kaip manyta anksčiau, vis dėlto baimė ir stigmatizacija šio gydymo atžvilgiu išlieka. Šio mokslinio darbo tikslas - atlikti pastarųjų 10-ies metų literatūros apžvalgą apie pakaitinės hormonų terapijos skyrimo gaires, indikacijas, būdus, pacienčių atranką ir su gydymu susijusias kontraversijas. Taip pat, atlikti apklausą siekiant išsiaiškinti ką apie PHT žino ir galvoja Lietuvos moterys, kas daro įtakos jų žinioms ir gydymo pasirinkimui bei pacientės, kuriai PHT bus tinkamas gydymo būdas, atranka.

6. LITERATŪROS APŽVALGA

6.1. Kas yra PHT

Pakeičiamoji hormonų terapija (PHT) yra gydymo metodas, taikomas vidutinio sunkumo ir sunkiems vazomotoriniams simptomams valdyti, kuriuos moterys dažnai patiria menopauzės pereinamuoju laikotarpiu ir ankstyvuoju pomenopauzės laikotarpiu (6). Menopauzės simptomai – įskaitant vazomotorinius simptomus (pvz., karščio bangas ir naktinį prakaitavimą), genitourinarinius simptomus, miego sutrikimus ir nuotaikos pokyčius – yra paplitę ir žymiai pablogina moterų gyvenimo kokybę (5). Kai kuriais atvejais PHT terapija skiriama osteoporozės profilaktikai (8). Ši terapija apima estrogenų, kartu su progesteronu arba be jo, skyrimą, siekiant kompensuoti menopauzės metu mažėjančią endogeninių hormonų kiekį (9). Istoriskai, dar XIX a. pab. Vokietijos gydytojai pripažino, kad egzistuoja ryšys tarp menopauzės simptomų ir kiaušidžių funkcijos. 1896 m. Vokietijoje buvo atlikti keturi nepriklausomi klinikiniai tyrimai, rodantys, kad moterys peroraliai gavusios džiovintų jaunų suaugusių karvių ar kiaulių patelių kiaušidžių audinių,

patyrė menopauzės simptomų palengvėjimą. Netrukus, 1899 m. JAV buvo aprašyti panašūs gydymo metodai. 1920-aisiais JAV dr. Edgaras Alenas atrado pirminį kiaušidžių hormoną (vėliau pavadintą estrogenu) bei buvo išsiaiškinta, kad kiaušidėse esantis hormonas sukelia rujos būseną žinduolių patelėms. Apie 1930 m. aprašytas estrogenų kompleksas „Emmenin“, išgaunamas iš žmogaus placentos ir nėščių moterų šlapimo. Tačiau, dėl apsunkinto nėščių moterų šlapimo rinkimo, pradėtas naudoti nėščių kumelių šlapimas, kaip alternatyvus estrogenų šaltinis. Taip buvo sukurtas „Premarin“, kuris 1942 m. JAV pristatytas kaip vaistas menopauzės simptomams gydyti (10). XX a. antroje pusėje PHT įsitvirtino kaip veiksminga simptominė terapija, o 1990-aisiais jos vartojimas pasiekė kulminaciją. Iš dalies, tai buvo dėl lūkesčio, kad hormonų terapija gali turėti platesnę ir ilgalaikę naudą sveikatai, kas skatino atsitiktinių imčių klinikinių tyrimų poreikį (11). Šių preparatų vartojimo istorijoje lūžis įvyko 2002m., kai buvo paskelbti pirmieji Moterų Sveikatos Iniciatyvos (MSI) rezultatai. Dėl iškilusių dvejonių apie preparatų saugumą, MSI anksčiau laiko nutraukė kombinuotos terapijos (konjuguoto arklių estrogeno (KAE) ir medroksiprogesterono acetato (MPA)) tyrimo dalį (6). Studijos duomenys teigė, kad kombinuotos PHT vartojimas susijęs su padidėjusia krūties vėžio ir širdies ligų riziką moterims, todėl žala esą viršijanti naudą. MSI išvadose daugiausia buvo vertinama vyresnių nei 60 metų, dažnai besimptomų moterų grupė, tačiau šis amžiaus aspektas nebuvo pakankamai akcentuotas, o rezultatai klaidingai apibendrinti taip, tarsi jie galėtų visiems estrogenų preparatams, visoms menopauzės amžiaus grupėms ir visiems PHT vartojimo būdams. Tai plačiai ir supaprastintai nuskambėjo žiniasklaidoje, sukeliant paniką ne tik tarp moterų, bet ir gydytojų. Todėl PHT vartojimas daugelyje šalių staiga sumažėjo 30 – 50 proc., o visuomenėje įsitvirtino nuomonė, kad terapija yra pavojinga visoms moterims (3,6,11). Vėlesnės studijos pabrėžia, kad moterims, pradėjusioms PHT iki 60 metų arba per pirmuosius 10 metų nuo menopauzės pradžios, terapija gali būti naudinga širdies ir kraujagyslių sistemai, mažinti mirtingumą ir gerinti gyvenimo kokybę. Ši koncepcija tapo žinoma kaip „galimybių langas“ (11,12). Tačiau šios vėlesnės publikacijos, iš esmės patikslinusios ir dalinai perinterpretavusios pirmines MSI išvadas, nebuvo taip plačiai garsinamos, todėl neigiamas poveikis visuomenės ir gydytojų specialistų požiūriui apie PHT išliko ilgą laiką. Remiantis naujesne mokslinė literatūra, kiekvienos apžiūros metu iš naujo aptarus gydymo tęstinumo naudą ir riziką galima skirti ilgalaikę PHT terapiją. Nacionalinis Sveikatos ir Priežiūros Meistriškumo Institutas (angl. National Institute for Health and Care Excellence) teigia, kad 45+ amžiaus grupėje yra mažai tikėtina, kad PHT vartojimas turės įtakos gyvenimo trukmei, nors didina kai kurių vėžių riziką (13). Reikia pabrėžti, kad vis dažniau rekomenduojama vartoti terminą menopauzinė hormonų terapija (MHT). Terminas PHT siūlomas vartoti tais atvejais, kai hormonų terapija skiriama dėl priešlaikinio kiaušidžių nepakankamumo ar jatrogeninės menopauzės, o MHT – kai terapija taikoma natūraliu perimenopauziniu laikotarpiu.

6.2. PHT vartojimo tikslai

Klinikiniame ir moksliniame kontekste, norint aiškiai suformuluoti PHT vartojimo tikslus, reikia apibūdinti tris pagrindines reprodukcinio senėjimo sąvokas. Menopauzė apibrėžiama kaip nuolatinis kiaušidžių folikulų funkcijos ir estrogenų, ypač estradiolio, sintezės sumažėjimas, kuris retrospektyviai diagnozuojamas kliniškai, remiantis anamneze, kai stebima 12 mėnesių trunkanti amenorėja ir nėra kitų ją sukeliančių patologinių priežasčių. Menopauzė yra senėjimo procesas, pasireiškiantis visoms moterims, kuris žymi moters reprodukcinio amžiaus pabaigą (14). Šis apibrėžimas netaikomas moterims, kurių ciklai yra reti arba kurios patiria amenorėją iš karto prieš menopauzę, įskaitant moteris po histerektomijos, endometriumo abliacijos ar naudojančias intrauterinę hormoninę kontracepciją, taip pat tas, kurios vartoja kontraceptines priemones, slopinančias ovuliaciją (2). Premenopauzė – laikotarpis iki menopauzės, kai dar išlieka kiaušidžių ciklinė ir reprodukcinė funkcija, nors vėlyvuoju premenopauzės etapu dažnai pasireiškia menstruacinio ciklo variabilumas ir hormonų svyravimo požymiai (15). Perimenopauzė yra menopauzės pereinamasis laikotarpis, kuris prasideda nuo pirmųjų menstruacijų nereguliarumo požymių ir tęsiasi iki metų po amenorėjos pradžios. Perimenopauzė pasižymi ryškiais estrogenų ir gonadotropinų koncentracijų kraujyje svyravimais, tačiau šie svyravimai kiekvienai moteriai sukelia skirtingą klinikinę išraišką, todėl gydymas turi būti individualizuojamas. Reikia paminėti, kad menopauzė ne visuomet yra tik natūralus, savaime prasidedantis procesas, nes kiaušidžių funkcijos praradimas gali būti sukeltas dirbtinai ar jatrogeniškai. Pavyzdžiui, chirurginė menopauzė, išsivystanti po abipusės ooforektomijos, kurios metu vidutiniškai moterims testosterono koncentracija kraujyje sumažėja apie 50 proc., o estradiolio serume – apie 80 proc. Todėl, dėl staigaus estradiolio koncentracijos kritimo simptomai būna dažnesni ir sunkesni, dažnai reikalaujantys PHT (12,16). Menopauzė sukelia ir dėl onkologinių priežasčių skiriamas spindulinės terapijos ar chemoterapijos gydymas, kai gonadotoksinis poveikis pažeidžia folikulų rezervą (7,17,18). Laikina kiaušidžių funkcijos supresija gali būti pasiekama farmakologiškai, naudojant gonadotropiną atpalaiduojančio hormono (GnRH) agonistus, kurie slopina folikulus stimuliuojančio hormono ir liuteinizuojančio hormono išsiskyrimą iš hipofizės, mažindami GnRH receptorių ekspresiją terapiniais tikslais (19). Atskira kliniškai reikšminga būklė yra priešlaikinis kiaušidžių nepakankamumas (PKN), apibrėžiama, kaip klinikinė būklė, sukelianti amenorėją, hipergonadotropinį hipogonadizmą ir nevaisingumą jaunesnėms nei 40 metų moterims, turinti įvairias etiologijas, įskaitant idiopatinę priežastį, genetinius sutrikimus, kiaušidžių autoimuninę priežastį, infekcinius veiksnius, aplinkos toksinus ir jatrogeninius veiksnius (17). Nors šis PKN apibrėžimas netinka visoms šalims, pavyzdžiui, Indijai, kur vidutinis natūralios menopauzės amžius

yra 46 metai, taigi vis dar trūksta apibrėžimų, būdingų specifiniams regionams (2). Perimenopauzės metu dažniausiai pasireiškia kliniškai reikšmingi klimakteriniai simptomai ir požymiai, kurie daro ryškų neigiamą biopsichosocialinį poveikį moterų kasdienei gyvenimo kokybei, miegui, profesiniam darbingumui ir socialiniam funkcionavimui (15,20). Šie simptomai pasižymi didele įvairove ir priklauso nuo individualių bei populiacinių veiksnių; skiriasi jų pasireiškimo dažnis, intensyvumas ir trukmė (21,22). Tačiau viena simptomų grupė yra stipriausiai siejama su perimenopauze - vazomotoriniai simptomai (VMS). VMS apima karščio bangas, naktinį prakaitavimą, šalto prakaito pylimą, širdies palpitacijas ir termoreguliacijos disbalansą. Tyrimai rodo, kad VMS trukmė gali siekti net 10 metų ar ilgiau, ypač jei simptomai prasideda ankstyvose perimenopauzės stadijose (14). Kita didelė simptomų grupė vadinama genitourinariniu menopauzės sindromu (GMS), kuris apima vulvovaginalinius simptomus: makšties sausumas, deginimas, niežėjimas, šlapimo takų simptomus ir klinikinius reiškinius, įskaitant skubų norą šlapintis, padažnęjusi šlapinimąsi, dizuriją ir pasikartojančias šlapimo takų infekcijas (ŠTI). Taip pat apima ir seksualinius simptomus - dispareuniją, sumažėjusį libido, susijaudinimą ir orgazmą. Stebimi ir fizinės apžiūros pakitimai, pavyzdžiui lytinių lūpų ir klitorio atrofija, trapus makšties epitelis ir makšties įeigos stenozė (20,23,24). Moters reprodukcinio laikotarpio pabaiga sutampa su padidėjusia rizika sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis (ŠKL), o tai leidžia įtarti, kad menopauzės metu atsirandantis hormonų sumažėjimas gali daryti įtaką ŠKL vystymuisi (25). Studijos rodo, kad perimenopauzės metu būdinga padidėjusi depresijos, nerimo ir miego sutrikimų išsivystymo rizika. Vis tik moterys apskritai dažniau nei vyrai nurodo nemigą ir nespecifinius miego apnėjos simptomus, tokius kaip nuovargis ar nuotaikos sutrikimai (26,27). 70 proc. visų vidutinio amžiaus moterų patiria menopauzės muskuloskeletinį sindromą, apimančią, bet neapsiribojančią, raumenų ir kaulų skausmu, artralgią, liesosios raumenų masės mažėjimu, kaulų mineralinio tankio sumažėjimu, dėl kurio didėja lūžių rizika, padidėjusia sausgyslių ir raiščių pažeidimų rizika, sąauginiu kapsulitu bei kremzlės matrikso trapumu, progresuojant osteoartritui (28). Estrogenų kiekio mažėjimas menopauzės metu lemia struktūrinius ir funkcinis odos pokyčius, įskaitant sumažėjusią kolageno gamybą, sumažėjusį elastingumą ir drėgmės netekimą, dėl ko oda sausėja ir raukšlėjasi. Vis dėlto tikslūs biologiniai mechanizmai, kuriais hormonų svyravimai menopauzės laikotarpiu veikia šiuos senėjimo procesus, vis dar yra menkai suprasti (29). Taigi, nesvarbu kokia yra klimakterinių simptomų etiologija, tačiau jų įvairovė ir biopsichosocialinis poveikis moterų gyvenimo kokybei yra svari priežastis svarstyti galimą pakaitinės hormonų terapijos skyrimą, įvertinus rizikos ir naudos santykį.

6.3. PHT indikacijos ir kontraindikacijos

Šiuolaikinė medicinos praktika remiasi individualizuotu požiūriu į paciento gydymą. Tai taikoma ir skiriant pakaitinę hormonų terapiją. Kadangi klimakteriniai simptomai labai skiriasi priklausomai nuo individualių fizinių, psichologinių, socialinių, kultūrinių ir rasinių ypatumų, prieš pradedant PHT gydytojui rekomenduojama atlikti individualizuotą menopauzės konsultaciją ir ištyrimą, vadovaujantis bendraisiais klinikinio ištyrimo principais ir atsižvelgiant į asmens skirtumus. Turi būti įvertinama kiekvienos pacientės būklė, simptomų pobūdis ir intensyvumas. Pagrindinė PHT indikacija yra klimakteriniai simptomai, reikšmingai trikdančys kasdienį gyvenimą, kaip VMS, GMS ir osteoporozė.

Tuomet vertinama, ar nėra reliatyvių ir absoliučių gydymo kontraindikacijų, nes šis gydymas nėra tinkamas visoms moterims ir reikalauja rizikos–naudos santykio įvertinimo (12,30). Absoliučios kontraindikacijos, kai PHT yra griežtai draudžiama, išskyrus itin retus atvejus ir tik specialistui prižiūrint, apima žinomą, įtariama arba buvusią estrogenams jautraus krūties vėžio diagnozę. Taip pat priskiriamas esamas arba anksčiau buvęs endometriumo vėžys, nors moterys, kurioms atlikta histerektomija ir nelikę ligos požymių, vis dar gali būti kandidatėmis skirti PHT. Neaiškios kilmės kraujavimas iš makšties laikomas absoliučia kontraindikacija tol, kol neišsiaiškinta priežastis ir neatmesta galimybė, kad tai piktybinės kilmės procesas. PHT neskiriama, kai yra aktyvūs arba anamnezėje buvę tromboemboliniai sutrikimai: giliųjų venų trombozė (GVT), plaučių embolija (PE), ypač kai planuojama estrogenų monoterapija. Kraujo krešėjimo sutrikimų anamnezė, laikoma absoliučia kontraindikacija sisteminei PHT, tačiau gali būti svarstomas transderminio estrogeno vartojimas. Ankstesni kraujagysliniai įvykiai, pavyzdžiui išeminis insultas ar miokardo infarktas, taip pat priskiriami absoliučioms kontraindikacijoms dėl padidėjusios pasikartojančių įvykių rizikos. Nekontroliuojama arterinė hipertenzija, siekianti $\geq 180/110$ mmHg, aktyvi kepenų liga ar alergija PHT preparatams taip pat laikomos absoliučiomis kontraindikacijomis.

Reliatyvios kontraindikacijos, kai PHT skiriama tik įvertinus rizikos ir naudos santykį, apima migreną, ypač su aura, todėl rekomenduojama vengti sisteminių estrogenų ir teikti pirmenybę transderminiam vartojimui ar vietinei estrogenų terapijai (kremui, makšties ovulėms ir kt.) mažiausia veiksminga doze. Gerai kontroliuojama arterinė hipertenzija taip pat priskiriama reliatyvioms kontraindikacijoms, tačiau tokiu atveju būtinas reguliarius kraujospūdžio stebėjimas, ypač vartojant geriamąją estradiolį, kuris gali didinti sistolinį spaudimą. Hipertigliceridemija viršijanti 400 mg/dL, tulžies pūslės ligos, gimdos miomos ar fibromos bei endometrioze taip pat laikomos reliatyviomis kontraindikacijomis, reikalaujančiomis individualizuoto specialisto sprendimo.

Reikia pabrėžti, kad visos šios kontraindikacijos netaikomos transvaginalinėms vietinio poveikio estrogenų terapijoms, nes jų poveikis kraujyje yra minimalus (6,12). Tais atvejais, kai PHT yra kontraindikuotina arba moteris jos atsisako, gali būti svarstomos nehormoninės farmakologinės alternatyvos (14). Jungtinėje Karalystėje esančios klinikos pacientėms pateikia klausimynus, kurių tikslas yra palengvinti gydytojų specialistų darbą surenkant išplėstinę anamnezę, nustatant klimakterinių simptomų įtaką kasdieniam gyvenimui ir įvertinant esamas kontraindikacijas (31,32). Pagal Korėjos menopauzės draugijos pateiktas gaires rekomenduojama prieš pradedant PHT surinkti išsamią anamnezę, atlikti kepenų ir inkstų funkcijos, anemijos, gliukozės koncentracijos nevalgius bei serumo lipidų profilio kraujo tyrimus, po kurių siūloma atlikti mamografiją, kaulų masės tankio ir citologinį gimdos kaklelio tyrimus (30). Šiaurės Amerikos menopauzės draugija (ŠAMD), Nacionalinis Sveikatos ir Priežiūros Meistriškumo Institutas (NSPMI) ir Britų menopauzės draugija (BMD) rekomenduoja saugų hormonų pakaitinės terapijos skyrimą moterims, jaunesnėms nei 60 metų ar kurioms nepraėjo 10 metų nuo menopauzės pradžios. Šioms moterims PHT gali būti susijusi su nedidele rizika, tačiau VMS mažinimo ir osteoporozės profilaktikos nauda ją nusveria. Tarptautinės gairės taip pat rekomenduoja vartoti mažiausią veiksmingą dozę trumpiausią laiką. O moterims, kurioms pasireiškia ilgalaikiai simptomai arba yra padidėjusi osteoporozės rizika, PHT turėtų būti tęsiama atliekant kartotines konsultacijas su gydytą prižiūrinčiu specialistu. Ši terapija stipriai rekomenduojama moterims, turinčioms PKN ar atrogeniškai sukeltą menopauzę (12). Apibendrinant galima teigti, kad dėl didelės klimakterinių simptomų, rizikos profilio ir gretutinių ligų įvairovės pakaitinė hormonų terapija turi būti skiriama remiantis individualizuotu pacientės ištyrimu, užtikrinant nuolatinę stebėseną ir reguliariai atliekant rizikos bei gydymo tinkamumo įvertinimus.

6.4. PHT formos

Pakaitinė hormonų terapija pacientėms gali būti skiriama įvairiomis estrogenų ir progestogenų formomis, kurios skiriasi vartojimo būdu, dozėmis, saugumo profiliu, farmakokinetika ir cheminėmis savybėmis. Tai leidžia parinkti individualizuotą ir tinkamiausią gydymo metodą pagal pacientės klinikinę būklę ir rizikos veiksnius (5,6,33,34). Pavyzdžiui, estrogenai gali būti vartojami peroraliai, transdermine ar vietine (makšties) formomis (5,6). Klinikinėje praktikoje dažniausiai naudojami estrogenų tipai yra: 17 β -estradiolis, etinilestradiolis, konjuguoti kumelės estrogenai ir estriolis. Literatūroje pabrėžiama, kad labiausiai fiziologinis ir tinkamiausias PHT estrogenas, ypač moterims su PKN, yra 17 β -estradiolis (34).

Peroralinių estrogenų dozės skiriamos atsižvelgiant į klinikinius simptomus ir gydymo tikslus, ir yra klasifikuojamos kaip itin mažos, mažos ir standartinės, pavyzdžiui: konjuguotas estrogenas gali būti skiriamas 0,3 mg, 0,45 mg arba 0,625 mg per parą, o 17 β -estradiolis – 0,25 mg,

0,5 mg arba 1 mg per parą (6). Peroraliniai estrogenai yra patogūs vartoti ir gerai absorbuojasi, tačiau pirmo pasąžo metu, kepenyse, jie daro įtaką baltymų sintezei, didina tiroksiną surišančio globulino koncentraciją, keičia lipidų koncentracijas kraujyje ir aktyvina krešėjimo sistemą. Geriamojo estrogeno vartojimas yra susijęs su dažniais šalutiniais poveikiais: krūtų jautrumu, galvos skausmu, pilvo pūtimu, pykinimu, nuotaikų pokyčiais, taip pat su padidėjusia GVT, PE ir tulžies akmenų rizika. Be to, geriamasis estradiolis didina aktyvuoto baltymo C rezistentiškumą, o tai laikoma vienu pagrindinių mechanizmų, paaiškinančių didesnę tromboembolijų riziką, ypač vartojant didesnes estrogeno dozes. Geriamieji estrogenai turi dviejopą poveikį lipidų apykaitai - mažina mažo tankio lipoproteinų koncentraciją, tačiau kartu didina didelio tankio lipoproteinus ir trigliceridus (6,33). Kadangi estrogenai didina tiroksiną surišančio globulino koncentraciją, todėl gali prireikti koreguoti skydliaukės ir kitų vaistų dozes.

Priešingai, transdermine forma skiriami estrogenai apeina pirmąjį kepenų pasąžą, todėl nedaro tokios didelės įtakos GVT ir PE rizikai, taip pat nekeičia lipidų koncentracijos kraujyje, tačiau gali dirginti odą (5,6,33). Atliktų kohortinių tyrimų pagalba yra pastebėta, kad transderminė estrogenų terapija yra saugesnė trombozės požiūriu, įskaitant net moteris, turinčias papildomų protrombozinių rizikos veiksnių ar genetinių mutacijų (33). Transdermine forma vartojami estrogenai, apimantys estrogenų pleistrus, gelius ar purškalus, pasižymi absorbcijos nepastovumu. Transderminio estradiolio dozės, kaip ir peroralinių estrogenų, skirstomos į itin mažą, mažą ir standartinę - 0,014 mg, 0,025 mg ir 0,0375 - 0,05 mg per parą. Net mažos dozės padeda malšinti vazomotorinius simptomus. Vietine forma skiriami estrogenai, pavyzdžiui makšties ovulės, naudojami GMS gydymui, nes pasižymi minimalia sisteme absorbcija ir nedidina endometriumo hiperplazijos rizikos.

Estrogenai, ypač peroraliniai, moterims turinčioms gimdą turi būti derinami su progestogenais ar selektyviais estrogenų receptorių modulatoriais (SERM), siekiant apsaugoti endometriumą nuo hiperplazijos. Progestogenai, panašiai kaip estrogenai, gali būti vartojami peroraliai, transdermine, vaginaline ar intrauterine forma ir yra skirstomi į progesteroną ir progestinus. Klinikinėje praktikoje dažnai naudojamas mikronizuotas progesteronas ir jo cikliškas vartojamas geriamojoje formoje turi stipriausius endometriumo apsaugos įrodymus literatūroje (5,6,34). Progesteronas vartojamas tablečių ar vaginaline formomis. Progestinai, pavyzdžiui: didrogesteronas, noretisteronas, medroksiprogesterono acetatas, levonorgestrelis ir kt., paprastai vartojami per burną ar skiriami derinyje su estrogenais pleistrų formoje. Intrauterininė spirālė galėtų būti alternatyva sistemei progestogenų terapijai, tačiau toks spirālės vartojimas būtų ne pagal indikacijas, nes turi ribotus klinikinių tyrimų duomenis. 52 mg levonorgestrelio intrauterinis prietaisas per parą išskiria apie 20 µg levonorgestrelio. Nepaisant kokia forma vartojami progestogenai, jų dozė turėtų atitikti estrogenų dozes. Mikronizuotas progesteronas skiriamas 100 -

200 mg, noretisteronas mažiausiai 0,5 mg, medroksiprogesteronas mažiausiai 2,5 mg per parą. Ciklinis PHT vartojimas gali būti tinkamesnis pacientėms, kurios neseniai perėjo į menopauzę, pavyzdžiui per paskutinius 2 metus, nes nuolatinė PHT šiuo laikotarpiu gali lemti didesnę nereguliaraus ar neplanuoto kraujavimo riziką (35). Mažų dozių cikliniam vartojimui galimi šie variantai: 1 mg per parą noretisterono 10 dienų per mėnesį, 200 mg per parą geriamo mikronizuoto progesterono 12 dienų per mėnesį, 10 mg per parą medroksiprogesterono acetato 10 – 14 dienų arba 10 mg per parą didrogesterono 14 dienų. Esant standartinei 0,05 mg estradiolio paros dozei pleistro forma, 200 mg kasdien vartojamo mikronizuoto progesterono apsaugo endometriumą. Vartojant mažesnes estrogenų dozes, gali pakakti mažesnių progestogenų dozių (5,6,34).

Jeigu dėl kažkokių priežasčių pacientė negali vartoti progestogenų, endometriumo apsaugai, derinyje su estrogenais galima vartoti SERM, pavyzdžiui bazedoksifeną. Bazedoksifeno paros dozė yra 20 mg, vartojant kartu su 0,45 - 0,625 mg konjuguoto estrogeno. Bazedoksifenas pasižymi plačiu terapiniu indeksu, nes net iki 80 mg dozės nenustatytas toksinis poveikis, tačiau derinyje su estrogenais perdozavimas gali sukelti raumenų spazmus ir virškinamojo trakto simptomus, neturi specifinio antidoto ir dėl teratogeninio poveikio yra kontraindikuotinas nėštumo metu (36).

Moterų libido sutrikimai (LS) yra viena dažniausių seksualinių disfunkcijų pomenopauziniu laikotarpiu. Pacientei įtariant LS ir atmetus kitas galimas sutrikimo etiologijas, pavyzdžiui: sisteminės ligas, kitų vaistų šalutinį poveikį, nuotaikos sutrikimus ar tarpasmeninių santykių sunkumus, testosterono, kaip PHT vartojimas laikomas įrodymais pagrįsta gydymo priemone. Nustatyta, kad sisteminis testosteronas skatina klitorio hemodinamiką moterims su LS. Testosteroną rekomenduojama vartoti transdermiškai: pleistru, geliu ar purškalo forma. Intramuskulinės injekcijos ir poodiniai implantai nėra rekomenduojami dėl didesnių nei fiziologinių testosterono koncentracijų rizikos, o geriamieji preparatai gali turėti neigiamą poveikį lipidų apykaitai. Užsienio studijų rezultatai parodė, kad rekomenduojama testosterono dozė yra 300 µg per parą (atitinkanti priešmenopauzinį fiziologinį lygį). Testosterono taikymą riboja jo skyrimas ne pagal patvirtintas indikacijas, nes specifinės moterims skirtos testosterono formos nėra plačiai patvirtintos vaistų reguliavimo institucijų (37).

Reikia paminėti, kad vis dažniau aptariama vadinamoji bioidentinė hormonų terapija, apibrėžiama kaip hormonų terapija, kurios sudėtyje yra hormonai, chemiškai identiški žmogaus organizmo gaminamiems hormonams. Vaistinės, gaminančios individualizuotus preparatus, šį terminą naudoja kaip rinkodaros priemonę, siekdamos sudaryti įspūdį, kad tokie preparatai yra natūralūs ir todėl saugesni už vaistus, kurių sudėtyje gali būti tiek bioidentinių, tiek sintetinių hormonų ar jų derinių. Tačiau mokslinių įrodymų, pagrindžiančių tokius saugumo teiginius, trūksta (38). Kadangi PHT turi platų formų ir dozių pasirinkimo spektrą, tai leidžia skirti individualizuotą gydymą kiekvienai pacientei, atsižvelgiant į jų poreikius, naudos ir žalos santykį.

6.5. Gydytojo parinkimo principai

Kaip ir visose medicinos srityse, PHT gydymo parinkimo principas turi būti individualizuotas ir grindžiamas naudos ir rizikos santykio vertinimu. Atsižvelgiama į gyvenimo kokybės gerinimą ir simptomų kontrolę, taip pat galimą osteoporozės ir ŠKL teigiamą poveikį. Kartu vertinami įvairūs gyvenimo būdo rizikos veiksniai: rūkymas, alkoholio vartojimas, nutukimas ir kt (39). Sprendimas dėl PHT gydymo pradžios, formos, tęstinumo ar nutraukimo turi vykti bendru specialisto - paciento nutarimu (39,40). Gydytojo vaidmuo ir atsakomybė yra aiškiai, išsamiai ir nešališkai suteikti informaciją ir tikimybinį įrodymų pobūdį pacientei apie galimą gydymo naudą ir riziką. Tuomet specialistas kartu su paciete svarsto ir lygina alternatyvius gydymo variantus, jų naudos ir rizikos profilius. Galutinis sprendimas priimamas atsižvelgus į pacientės norus, vertybes ir požiūrį į gydymo riziką (39). Bendro sprendimo modeliu galima pasiekti didelį pacienčių pasitenkinimą gydymu ir konsultacijomis. Moterys vertina, kai su jomis elgiamasi kaip su lygiavertėmis partnerėmis sveikatos priežiūros procese.

Estrogenai, ypač peroraliniai, moterims turinčioms gimdą turi būti derinami su progestogenais ar SERM, siekiant apsaugoti endometriumą nuo hiperplazijos. Pacientėms po histerektomijos galima skirti tik estrogenų terapiją (6,33,34). Visais atvejais, siekiant sumažinti PHT sukeltą nepageidaujamą vaistų reakcijas (NVR), tarptautinės gairės rekomenduoja vartoti mažiausią veiksmingą dozę trumpiausią laiką (12,13). Jeigu pacientė serga gretutine liga, kuri gali būti paveikta pakaitinės hormonų terapijos, tuomet rekomenduojama kreiptis į tos srities specialistą, kad parinktų tinkamiausią gydymo metodą (13).

Gydymo tinkamumo stebėseną turi būti atliekama sistemingai. 3 mėnesiai nuo PHT pradžios reikia atlikti kartotinę pacientės konsultaciją, kurios metu stebima ar paskirtas gydymas yra veiksmingas, toleruojamas, ar tenkina pacientės poreikius mažinant klimakterinius simptomus ir įvertinamos NVR. Taigi minimali gydymo trukmė yra iki pirmojo PHT veiksmingumo ir toleravimo vertinimo, kitaip tariant, 3 mėnesiai. Vėliau tokios pacientės apžiūros turi būti atliekamos kasmet ar iškilus naujoms klinikinėms indikacijoms, pavyzdžiui gydymo neveiksmingumas, NVR ar atsiradus naujoms gydymo kontraindikacijoms. Pavyzdžiui, sisteminė PHT gydomos pacientės, kurioms naujai diagnozuotas krūties vėžys, turi nutraukti terapiją pagal atitinkamas NSPMI gaires (6,13). Folikulus stimuliuojančio hormono, estradiolio, progesterono ar kitų hormonų koncentracijos kraujyje matavimas nėra rutiniškai rekomenduojamas siekiant įvertinti PHT gydymo efektyvumą, o siūloma vertinti pagal klinikinių simptomų dinamiką, nes hormonų koncentracija kraujyje netiesiogiai atspindi biologinį poveikį audiniuose (6,34). Ilgalaikės stebėsenos eigoje svarbu ne tik atlikti medicininę apžiūrą, atnaujinti anamnezę ir įvertinti krūtis, bet reikia su paciete aptarti nacionaliniu mastu vykdomų ligų prevencijos programų laikymosi svarbą (13). Estrogenų vartojimas yra susijęs su dažniais šalutiniais poveikiais: krūtų jautrumu, galvos skausmu, pilvo

pūtimu, pykinimu, nuotaikų pokyčiais, taip pat su padidėjusiomis kitų ligų rizikomis (6). 90 proc. moterų nuolatinė sudėtinė PHT 12 mėn po gydymo pradžios lemia makšties kraujavimo nebuvimą. Protarpinis kraujavimas yra dažnas pirmaisiais gydymo mėnesiais, tačiau bet koks neplanuotas ar užsitęsęs kraujavimas po 3 – 6 mėnesių reikalauja ištyrimo (21). Maksimali PHT vartojimo trukmė nėra nustatyta. Kaip ir gydymo paskyrimas ar tęstinumas, sprendimas terapiją nutraukti turi būti pagrįstas specialisto - paciento bendru sprendimo priėmimu ir individualiu naudos ir rizikos santykio įvertinimu (39,40). Gydymo nutraukimą reikėtų apsvarstyti, kai pacientė pasiekia 60 m., nes būtent amžiaus didėjimas yra pagrindinis šalutinių reiškinių rizikos veiksnys. PHT galima nutraukti dviem būdais: laipsniškas dozės mažinimas ir staigus gydymo nutraukimas. Laipsniškas dozės mažinimas trumpuoju laikotarpiu gali sumažinti simptomų atsinaujinimo riziką, tačiau ilgalaikėje perspektyvoje skirtumas tarp šių dviejų nutraukimo būdų yra nenustatytas (13). Jeigu nutraukus gydymą simptomai grįžta, tuomet galima svarstyti kartotinę terapijos skyrimą arba ne hormoninio gydymo alternatyvas (40).

Prieš gydant moterų LS testosterono transderminiais preparatais rekomenduojama atlikti pradinį testosterono koncentracijos nustatymą periferiniame kraujyje, siekiant nustatyti pacientės, kurioms gydymas nebus veiksmingas, pavyzdžiui, kai koncentracija kraujyje jau yra viršutiniame kvartilyje. Klinikinių tyrimų metu nustatyta, kad apie 60 proc. dalyvių pastebi seksualinio potraukio sustiprėjimą per 6 – 8 savaites nuo gydymo pradžios. Tačiau kai kurioms moterims poveikis gali pasireikšti ir anksčiau – po 4 savaitių. Maksimalus poveikis libido pasiekiamas per 12 savaitių. Jei per 6 mėnesius nepasiekiamas kliniškai reikšmingas libido sustiprėjimas, testosterono terapija turi būti nutraukta (tai tikėtina apie 20 proc. pacienčių). Jei yra pasiekiamas kliniškai reikšmingas pagerėjimas, gydymas tęsiamas 6 – 12 mėnesių, po kurių daroma terapijos pertrauka siekiant iš naujo įvertinti gydymo poreikį. Jeigu terapija yra vartojama ilgiau nei 6 mėnesius, rekomenduojama tirti testosterono koncentraciją periferiniame kraujyje reguliariai, kas 6 mėnesius. Nors testosteronas yra veiksminga priemonė moterų LS gydyti, ilgalaikio saugumo duomenų stoka turi būti išsamiai aptarta su paciente prieš pradedant gydymą, taikant bendro sprendimų priėmimo principus, ypač atsižvelgiant į tai, kad specifinės moterims skirtos testosterono formos nėra plačiai patvirtintos vaistų reguliavimo institucijų. Pažymėtina, kad Lietuvoje registruotų moterims skirtų testosterono preparatų nėra (37).

Apibendrinant, pakaitinės hormonų terapijos skyrimas, tęstinumas ir nutraukimas turi būti pagrįsti individualizuota naudos ir rizikos santykio analize bei reguliariu, struktūrizuotu gydymo vertinimu. Pagrindinė gydytojo specialisto atsakomybė – pateikti visą, nešališką ir tikslią informaciją, sudarant sąlygas pacientei priimti informuotą, bendro nutarimo principu pagrįstą sprendimą, užtikrinantį maksimalų ilgalaikį saugumą ir naudą. Netinkamas MSI tyrimo rezultatų taikymas populiacijoms ir terapijos formoms, kurios nebuvo įtrauktos į tyrimą, lėmė išplitusią

klinicistų painiavą apie tikrąją PHT riziką ir naudą. Ši problema iki šiol nėra išspręsta. Todėl specialistų žinios apie PHT gydymo parinkimo principus yra itin svarbios.

6.6. PHT ir vėžio ryšys

Pakaitinė hormonų terapija ir vėžys yra neatsiejami dalykai. Viena amerikiečių studija parodė, kad pagrindinė priežastis, kodėl moterys atsisako vartoti PHT, yra vėžio baimė (41). PHT ir vėžio sąsaja yra daugialypė, kuriai daro įtaką PHT vartojimo forma, sudėtis, vartojimo trukmė, naviko histologinis tipas ir pacienčių individualios savybės. Plačiausiai ištirta PHT ir krūties vėžio sąsaja (6,42–44). Krūties vėžys yra dažniausias moterų onkologinis susirgimas, pagal moterų sergamumą pirmaujantis 157 šalyse, o mirtingumą - 112 šalių (45). 2002 m. paskelbtame MSI tyrime buvo nustatyta, kad kombinuota KAE ir MPA terapija susijusi su padidėjusia invazyvaus krūties vėžio rizika, net ir nutraukus gydymą, todėl tyrimas buvo nutrauktas anksčiau laiko. MSI studijoje daugiausia buvo vertinama vyresnių nei 60 metų, dažnai besimptomų moterų grupė. Vien KAE terapiją gaunančios grupės tyrimo dalis nebuvo nutraukta ir parodė, kad krūties vėžio sergamumas ir mirštamumas buvo mažesnis (6,43,44). Tačiau 2019 m. atlikta metaanalizė apėmusi 24-is prospektyvinius stebiamuosius tyrimus nurodė, kad visų tipų sisteminė PHT, bet ne transderminė, buvo susijusi su padidėjusia krūties vėžio rizika ir priklauso nuo vartojimo trukmės. Ilgėjant vartojimo trukmei rizika didėja. Taip pat pastebėta, kad kombinuota estrogenų ir progestogenų PHT kelia didesnę riziką, nei vartojant vien estrogenus. Absoliutus rizikos padidėjimas analizėje buvo vertinamas kaip retas NVR, nes per penkerius metus vartojant PHT kumuliacinė krūties vėžio rizika iki 79 metų padidėja nuo maždaug 6,1 proc. iki apie 6,3 proc. vartojant tik estrogenus arba iki apie 6,7 proc. vartojant kombinuotą terapiją (46). Suomijoje atliktas nacionalinis kohortinis tyrimas, apėmęs apie 700 000 asmenų 18-os metų trukmės duomenis, parodė, kad tiek estrogenų, tiek kombinuota terapijos per trumpesnę nei 5 m. vartojimą buvo siejamos su padidėjusia invazinio krūties vėžio rizika, kuri augo ilgėjant gydymo trukmei. Kai kurių PHT formų vartojimas buvo susijęs su padidėjusia rizika, kuri išliko net 5 – 10 metų po gydymo nutraukimo. Taip pat išskiriama, kad estrogenų ir didrogesterono derinio terapija buvo susijusi su mažesne rizika nei kitų kombinuotų PHT formų, o estrogenų ir noretisterono acetato derinio terapija pasižymėjo didžiausiu krūties vėžio rizikos padidėjimu. Praeityje vartojus didrogesterono ar kai kurių kitų progestogenų derinius, rizika neišliko padidėjusi. Nesvarbu kokia kombinuota PHT buvo vartota, stebima padidėjusi tiek lobulinės, tiek duktalinės karcinomų krūties vėžio rizika PHT vartojančiųjų grupėje, tačiau lobulinio tipo rizikos padidėjimas buvo ryškesnis, kas galėtų rodyti skirtingą hormoninį jautrumą tarp histologinių potipių (42). E3N kohortinėje studijoje duomenys nurodo, kad kombinuota PHT, kurios sudėtyje yra mikronizuotas progesteronas arba didrogesteronas, neturėjo reikšmingo poveikio krūties vėžio rizikai, priešingai nei PHT su

progestiniais. Tai rodo, kad progestogeno tipas gali būti esminis krūties vėžio rizikos veiksnys, tačiau ši išvada reikalauja patvirtinimo išsamesniais tyrimais (43). Viena iš absoliučių sisteminės PHT kontraindikacijų yra įtariamas ar buvęs estrogenams jautrus krūties vėžys (6). Šią rekomendaciją papildė HABITS studijos duomenys, kuri nurodė, kad moterims, persirgusioms krūties vėžiu ir vartojusioms PHT, nustatytas padidėjęs naujų krūties vėžio įvykių skaičius, tačiau šioje moterų grupėje mirtingumas nuo krūties vėžio nepadidėjo. Estrogenams nejautraus krūties vėžio pogrupyje reikšmingo rizikos padidėjimo nenustatyta (47). Klinikinėse rekomendacijose nurodoma, kad moterims, persirgusioms krūties vėžiu, varginamoms sunkių genitourinarinių simptomų galima svarstyti vietinių makštinių estrogenų terapiją (6,43,47). Reikia paminėti, kad nors šiuo metu testosterono terapija, skirta moterų LS, nėra siejama su padidėjusia krūties vėžio rizika, vis dar trūksta tyrimų, skirtų įvertinti ilgalaikę šios rizikos dinamiką (37).

Yra prognozuojama, kad endometriumo vėžys iki 2040 metų taps trečiu dažniausiu moterų vėžiu ir ketvirtu moterų mirtingumo statistikoje (48). Estrogenai, ypač peroraliniai, moterims turinčioms gimdą, didina endometriumo vėžio riziką, kurios dydis priklauso nuo dozės ir vartojimo trukmės, todėl, siekiant apsaugoti endometriumą šiai moterų grupei, estrogenai turi būti derinami su progestogenais ar SERM (6,43,44). Pakartotinė MSI tyrimo subjektų analizė po 13 metų parodė, kad kombinuotos PHT vartojimas mažina endometriumo vėžio riziką, lyginant su placebo grupe (43). Metaanalizės rezultatai parodė, kad moterims, kurioms dėl I stadijos endometriumo vėžio buvo atlikta histerektomija ir abipusė salpingoovarektomija, PHT nedarė įtakos recidyvo ar mirtingumo rizikai. Todėl esant vidutinio ar sunkaus laipsnio klimakteriniams simptomams šiai moterų grupei galima skirti PHT gydymą. Priešingai, moterims, kurioms dėl pažengusios stadijos endometriumo vėžio buvo atlikta histerektomija ir abipusė salpingoovarektomija, pavyzdžiui, stromos sarkomos ar lejomiosarkomų atvejais, sisteminė PHT nerekomenduojama. Taip yra dėl ribotų saugumo duomenų ir galimo hormoninio poveikio likutinei ligai (43,47). Endometriumo stromos sarkomoms būdinga padidėjusi estrogenų ir progesterono receptorių ekspresija, todėl PHT esantys estrogenai gali neigiamai veikti ligos progresavimą ir šiais atvejais rekomenduojama rinktis nehormonines gydymo alternatyvas (47,49). Kai kurios dalyvės, studijose vartojusios testosterono terapiją dėl LS, pranešė apie nenormalų kraujavimą iš gimdos, tačiau atlikus išsamesnius tyrimus nebuvo nustatyta padidėjusios endometriumo hiperplazijos ar vėžio rizikos (37).

Kiaušidžių vėžys apie 40 proc. pacienčių diagnozuojamas pažengusioje stadijoje ir daugiau nei ketvirtadalis sergančiųjų diagnozės metu yra jaunesnės nei 50 metų (47). Duomenys apie PHT įtaką kiaušidžių vėžio rizikai yra nevienareikšmiai. MSI tyrimo rezultatai neparodė reikšmingo kiaušidžių vėžio rizikos padidėjimo vartojant estrogenus ar kombinuotą PHT, tačiau vėliau atlikti stebėjimo tyrimai pastebėjo nedidelį serozinio tipo kiaušidžių vėžio rizikos padidėjimą pacientėms vartojančioms ar neseniai vartojusioms PHT. Šis rizikos padidėjimas sumažėja per penkerius metus

po terapijos nutraukimo (43). Nacionalinio vėžio instituto atlikta studija nustatė, kad tarp moterų, kurioms pašalinta gimda, estrogeno vartojimas trumpiau nei 10 m. neturėjo įtakos kiaušidžių vėžiui, tačiau vartojimas 10 m. ar daugiau didino kiaušidžių vėžio išsivystymo riziką. Moterims turinčioms gimdą, 5 m. ar ilgiau trunkantis kombinuotos PHT gydymas turėjo teigiamą poveikį kiaušidžių vėžio rizikai nepriklausomai nuo vartojimo režimo (44). PHT po persirgto kiaušidžių vėžio nerekomenduojama pacientėms, kurių navikai buvo jautrūs hormonams, pavyzdžiui: žemo laipsnio serozinė karcinoma, endometrioidinė karcinoma, granuliozinių ląstelių navikas. Moterims, kurios pasiekė visišką chirurginę kiaušidžių vėžio remisiją, galima svarstyti PHT, ypač ankstyvai menopauzei, įvertinus naudos ir rizikos santykį. Retos kiaušidžių vėžio formos, pavyzdžiui piktybinis mišrus mezoderminis navikas, yra kontraindikacija PHT gydymui (49,50). Pacientėms, turinčioms BRCA1 ar BRCA2 genų mutacijas ir dėl to atlikusioms profilaktinę abipusę salpingoovarektomiją, trumpalaikis PHT vartojimas laikomas saugiu (43). Kadangi BRCA mutacijas turinčių pacientų grupei profilaktinė mastektomija reikšmingai sumažina krūties vėžio riziką, galima manyti, jog šioms pacientėms PHT laikoma saugia ar net saugesne nei moterims, kurioms krūties audinys yra išlikęs, nors tiesioginių aukštos kokybės tyrimų šioje specifinėje grupėje vis dar trūksta (51). Taip pat, reikia paminėti, kad kiaušidžių vėžys susijęs su padidėjusia trombozių rizika, todėl rekomenduojama rinktis transderminę, o ne peroralinę PHT vartojimo formą (47).

2022 m. pasaulinės vėžio statistikos duomenimis gimdos kaklelio vėžys yra ketvirtas pagal dažnį tiek moterų sergamumo, tiek mirtingumo statistikoje (45). 80 proc. atvejų sudaro plokščialąstelinis gimdos kaklelio vėžys, kuris yra nepriklausomas nuo estrogenų, todėl PHT nėra kontraindikuotina. Taip pat estrogenų ar progesterono receptorių ekspresija neturi reikšmingos įtakos bendram išgyvenamumui ar naviko recidyvui. Kai kurie tyrimai rodo, kad PHT gali net mažinti plokščialąstelinės karcinomos riziką. Tačiau adenokarcinomos atveju estrogenų monoterapija buvo siejama su padidėjusia rizika, todėl rekomenduojama kombinuota PHT, ypač moterims, turinčioms gimdą (47,49).

Kolorektalinis vėžys užima trečią vietą pagal sergamumą ir antrą vietą pagal mirtingumą, o PHT gali būti susijusi su sergamumo ir mirtingumo rizikos mažinimu. MSI tyrimo duomenimis kombinuotos PHT grupės pacientėms nustatytas mažesnis kolorektalinio vėžio dažnis, tačiau diagnozės metu navikai būdavo labiau pažengę (43–45). Viename nacionaliniame Suomijos tyrime ši rizika sumažėjo iki 12 - 23 proc., ir tęsėsi iki penkerių metų po PHT gydymo nutraukimo (52).

2022 m. plaučių vėžys buvo pagrindinė onkologinio sergamumo ir mirtingumo priežastis (45). Duomenys apie PHT įtaką plaučių vėžio rizikai yra nevienareikšmiai. Plaučiuose vyksta estrogenų ir progesterono receptorių ekspresija. Tyrimai rodo, kad estrogenai gali skatinti plaučių vėžio navikogenezę, o progesteronas - slopinti (53). MSI tyrimo duomenimis kombinuota PHT

neturi įtakos plaučių vėžio sergamumui, tačiau didino mirtingumą vyresnio amžiaus rūkančių moterų grupėje (43).

Apibendrinant galima teigti, kad PHT ir vėžio ryšys yra nevienalytis, kuriam įtakos daro PHT sudėtis, forma, vartojimo trukmė, naviko histologinis tipas ir jautrumas hormonams. Kaip ir kiekvienos patologijos atveju, sprendimas skirti PHT turi būti individualizuotas ir įvertinus klimaksinių simptomų kontrolės ir onkologinės rizikos santykį.

7. METODAI

7.1. Tyrimo metodas ir jo pagrįstumas

Atliktas kiekybinis tyrimas. Šis metodas pasirinktas todėl, kad jį galima atlikti per trumpą laiką, pasiekti plačią auditoriją ir įvertinti sąsajas tarp skirtingų respondenčių kintamųjų. Buvo sudaryta originali internetinė anketa naudojant "Google Forms" (1 priedas). Duomenys rinkti anoniminės apklausos būdu, apklausiant įvairaus amžiaus, gyvenamosios vietos ir kt. sociodemografinių grupių Lietuvos moteris. Internetinė nuoroda buvo patalpinta į VU Medicinos fakulteto internetinio puslapio skiltį "Apklausos". Taip pat paskelbta socialinės platformos "Facebook" uždaroje grupėje, sudarytoje iš 4,8 tūkst. narių, skirtoje dalintis apklausomis su tikslu pasiekti įvairesnę respondentų auditoriją. Apklausa vykdyta nuo 2025 m. kovo 25 d. iki 2025 m. gruodžio 31 d. imtinai.

7.2. Duomenų apdorojimas ir analizė

Atlikta aprašomoji statistinė analizė. Duomenų statistinė analizė buvo atlikta naudojant "Microsoft Excel 2019" ir "IBM SPSS Windows 31.0.2.0" programas. Buvo skaičiuojama procentinė išraiška, imties vidurkis, standartinis nuokrypis ir kt. Atlikta atsakymų dažnio analizė ir kuriamos diagramos. Statistiniams skaičiavimams naudota statistinės koreliacijos reikšmės vertė $p < 0,05$. Kintamųjų sąsajoms nustatyti naudotas Pirsono chi-kvadratu (χ^2) kriterijus. Nė vienoje kryžminės lentelės dalyje tikėtinas dažnis nebuvo mažesnis nei 5, todėl testo taikymo sąlygos buvo tenkinamos.

8. TYRIMO REZULTATAI

8.1. Tyrimo rezultatų aprašymas

Tyrime dalyvavo 92 respondentės, kurių amžius buvo suskirstytas į šešias grupes. Didžiausios amžiaus grupės yra 26 - 40 m. ir 41-50 m., į kurias patenka po 23 (25,0 proc.) dalyvės.

Mažiausia yra jaunesnių nei 18 m. amžiaus grupė, į kurią patenka viena (1,09 proc.) respondentė (1 lentelė).

Taip pat vertinome tiriamųjų išsilavinimo lygį. Trys ketvirtadaliai (75,0 proc., $n = 69$) apklaustųjų turi aukštąjį išsilavinimo lygį, o 30 apklaustųjų (32,6 proc.) atsakė, kad jų studijos ar išsilavinimas yra susiję su sveikatos mokslais (1 lentelė).

1 lentelė. Dalyvių pasiskirstymas pagal amžių ir išsilavinimą ($n = 92$).

Kintamieji ir jų grupės		Dažnis (n)	Santykinis dažnis (proc.)
Amžius	< 18 m.	1	1,09
	18 – 25 m.	20	21,71
	26 – 40 m.	23	25,00
	41 – 50 m.	23	25,00
	51 – 60 m.	18	19,57
	> 60 m.	7	7,61
Išsilavinimas	Pagrindinis	0	0,00
	Vidurinis	6	6,52
	Aukštasis	69	75,00
	Vidurinis, bet dabar studijuoju	17	18,48
Išsilavinimas susijęs su sv. m.	Taip	30	32,61
	Ne	62	67,39

Didžioji dalis dalyvių (79,3 proc., $n = 73$) atsakė, kad gyvena Vilniaus apskrityje, 6 apklaustosios (6,5 proc.) gyvena Šiaulių apskrityje, 5 (5,4 proc.) - Kauno apskrityje, o iš kitų Lietuvos apskričių respondenčių kiekis nebuvo didelis ($n \leq 2$) (2 priedas).

Dauguma moterų (63 proc., $n = 58$), atsakydamos į klausimą apie jų šeiminių padėtį nurodė, kad yra ištekęjusios ar gyvena kartu su partneriu, 26 dalyvės (28,3 proc.) buvo netekėjusios, 7 (7,6 proc.) - išsiskyrusios, o viena tiriamoji (1,1 proc.) - našlė (2 priedas).

37 moterims (40,2 proc.) jau yra ar buvo prasidėjusi premenopauzė (trinka mėnesinių ciklai, atsiradę klinikiniai simptomai, pvz.: karščio pylimai, nemiga ir pan.), o 22 (23,9 proc.) - jau yra menopauzė (metai ir daugiau nuo paskutinių mėnesinių). Iš 22 apklaustųjų, atsakiusių, kad joms jau yra menopauzė, menopauzės pradžios amžiaus vidurkis buvo $49,3 \pm 4,0$ metai (mediana 50; IQR 47,3–51,0). Anksčiausiai prasidėjusi menopauzė buvo 38 m. moteriai, o vėliausiai - 56 m. Dažniausias menopauzės pradžios amžius tarp dalyvių buvo 51 m. (18,2 proc., $n = 4$). Pagal Shapiro–Wilk testą ir gautą p reikšmę ($p = 0,3153$) duomenys yra pasiskirstę normaliai (2 lentelė).

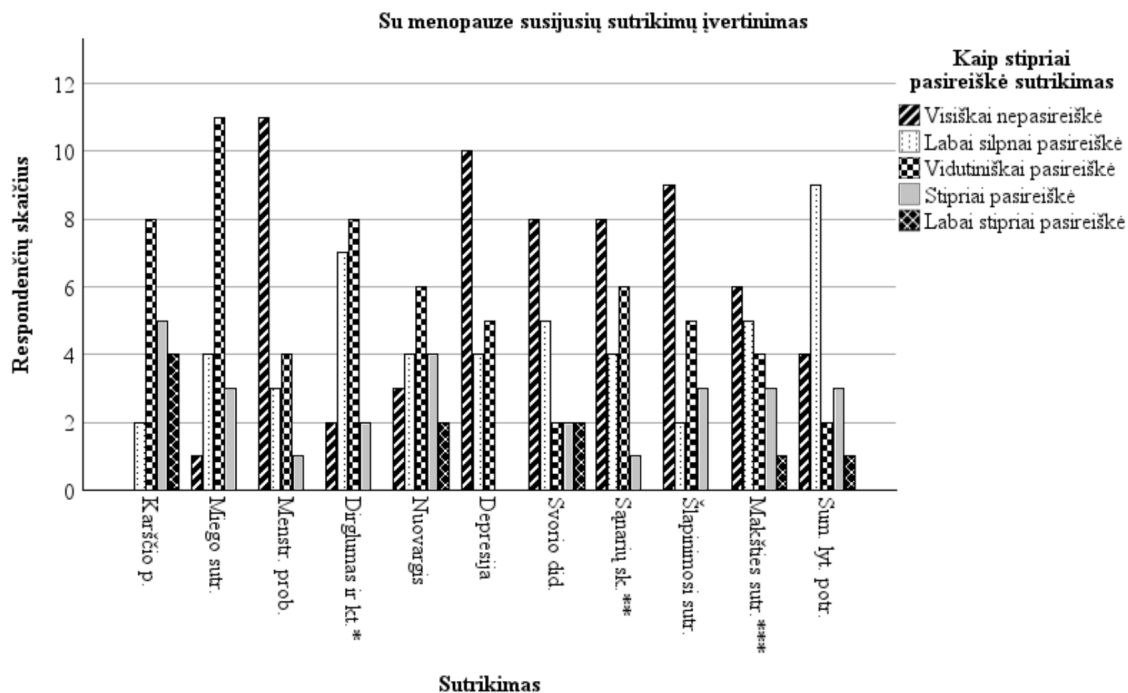
Vertiname, kokio pobūdžio yra respondenčių menopauzė: didžiajai daliai (77,3 proc., $n = 17$) moterų menopauzė yra natūrali (prasidėjo savaime), 3 dalyvių (13,6 proc.) menopauzė yra chirurginė (prasidėjo po ginekologinės operacijos) ir 2 (9,1 proc.) - sukelta spindulinio gydymo ar

chemoterapijos (sergant onkologine liga). Taip pat iš moterų, kurios atsakė, kad joms jau yra menopauzė, 17 (77,3 proc.) yra patyrusios su menopauze susijusius sutrikimus (2 lentelė).

2 lentelė. Apklaustųjų menopauzės pradžios amžius, pobūdis ir sutrikimų jutimas (n = 22).

Kintamieji ir jų grupės		Dažnis (n)	Santykinis dažnis (proc.)
Menopauzės pobūdis	Natūrali	17	77,27
	Chirurginė	3	13,63
	Sukelta spinduliuotės ar chemoterapijos	2	9,10
	Farmakologinė	0	0,00
Menopauzės sutrikimai	Taip	17	77,27
	Ne	3	13,63
	Nežino / neprisimena	2	9,10
Menopauzės pradžios amžius	<i>Amžiaus vidurkis ± SN</i> 49.3 ± 4.0	<i>Minimalus amžius</i>	38 metai
		<i>Maksimalus amžius</i>	56 metai

Dalyvių, kurios yra jautusios su menopauze susijusius sutrikimus (n = 17), nežino ar buvo jautusios sutrikimus, arba jų neprisimena (n = 2), prašėme įvertinti 11 simptomų tipų pasireiškimo stiprumą. Simptomų stiprumo vertinimas buvo suskirstytas į penkias grupes: visiškai nepasireiškė, labai silpnai pasireiškė, vidutiniškai pasireiškė, stipriai pasireiškė ir labai stipriai pasireiškė. Karščio pylimus, prakaitavimą jautė visos (n = 19) respondentės ir net 4 moterims (21,05 proc.) šie simptomai pasireiškė labai stipriai. Miego sutrikimus patyrė beveik visos (94,74 proc. n = 18) apklaustosios, dažniausiai šie sutrikimai buvo vidutiniškai stiprūs (57,89 proc., n = 11). Menstruacijų problemas pajuto mažiau nei pusė dalyvių (42,11 proc., n = 8). Dvi tiriamosios (10,53 proc.) nepajuto dirglumo, nuotaikų kaitos, sunkumo susikaupti ar prisiminti dalykus simptomų, tačiau beveik pusei moterų jie pasireiškė vidutinišku stiprumu (42,11 proc., n = 8). Nuovargį patyrė dauguma (84,21 proc., n = 16) respondenčių ir net 2 dalyvėms (10,53 proc.) tai pasireiškė labai stipriai. Iš 9 apklaustųjų (47,37 proc.), kurios pajuto depresijos simptomus, jie pasireiškė tik labai silpnai ar vidutiniškai. Svorio didėjimą bei šlapinimosi sutrikimus pastebėjo daugiau nei pusė dalyvių (57,89 proc., n = 11 ir 52,63 proc., n = 10 atitinkamai), kuriuos moterys daugiausiai juto vidutiniu stiprumu (31,58 proc., n = 6 ir 26,32 proc., n = 5 atitinkamai). 13 apklaustųjų (68,42 proc.) juto makšties sudirgimą, sausumą, o vienai respondentei (5,26 proc.) tai pasireiškė labai stipriai. Sumažėjusį lytinį potraukį patyrė 17 moterų (78,95 proc.), šis simptomas dažniausiai (47,37 proc. n = 9) pasireiškė labai silpnai, o vienai dalyvei (5,26 proc.) pasireiškė labai stipriai (1 pav.).

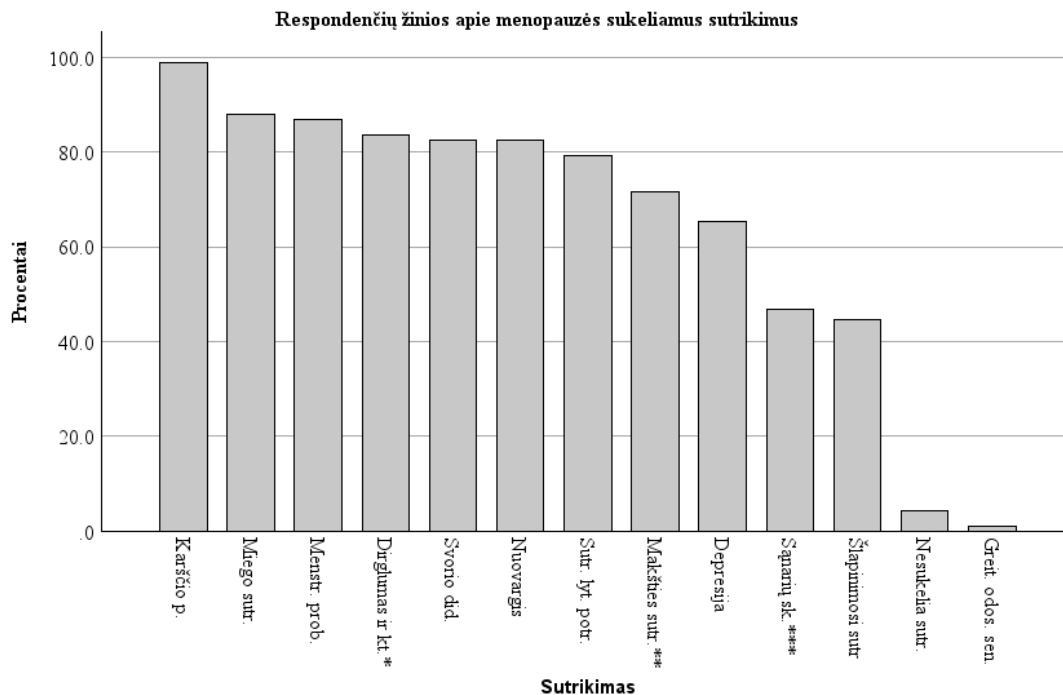


1 pav. Respondenčių pasiskirstymas pagal juntamų simptomų intensyvumą (n = 19). *Dirglumas / nuotaikų kaita / sunkumas susikaupti arba prisiminti dalykus. **Sąnarių ir dubens srities skausmai. ***Makšties sudirginimas ir/ar sausumas.

Beveik visos apklaustosios (90,2 proc., n = 83) menopauzę suprantą, kaip natūralią moters pereinamąją fazę, truncančią ribotą laiką. Tik 9 tiriamosios (9,8 proc.) menopauzę suvokia kaip sindromą, reikalaujantį farmakologinio gydymo. Paklausus nuomonės, ar menopauzė sukelia sutrikimus, dauguma (63,0 proc., n = 58) dalyvių atsakė, kad tai priklauso nuo moters. 29 respondentės (31,5 proc.) mano, kad menopauzė visoms moterims sukelia sutrikimus. 2 tiriamosios (2,2 proc.) mano, kad menopauzė nesukelia sutrikimų, o 3 (3,3 proc.) - šiuo klausimu nuomonės neišreiškė. Dauguma apklaustųjų (55,4 proc., n = 51) manė, kad turi nepakankamai žinių apie menopauzę, 25 moterys (27,2 proc.) patenkintos savo žiniomis apie menopauzę, o likusios 16 tiriamųjų (17,4 proc.) nežino, kaip įvertinti savo žinias (2 priedas).

Beveik pusė dalyvių (46,7 proc., n = 43) teigė, kad daugiausiai žinių turi apie bendrąją menopauzės informaciją, o apie natūralius produktus, skirtus menopauzės simptomų valdymui, daugiausiai žinojo tik viena (1,1 proc.) respondentė (2 priedas).

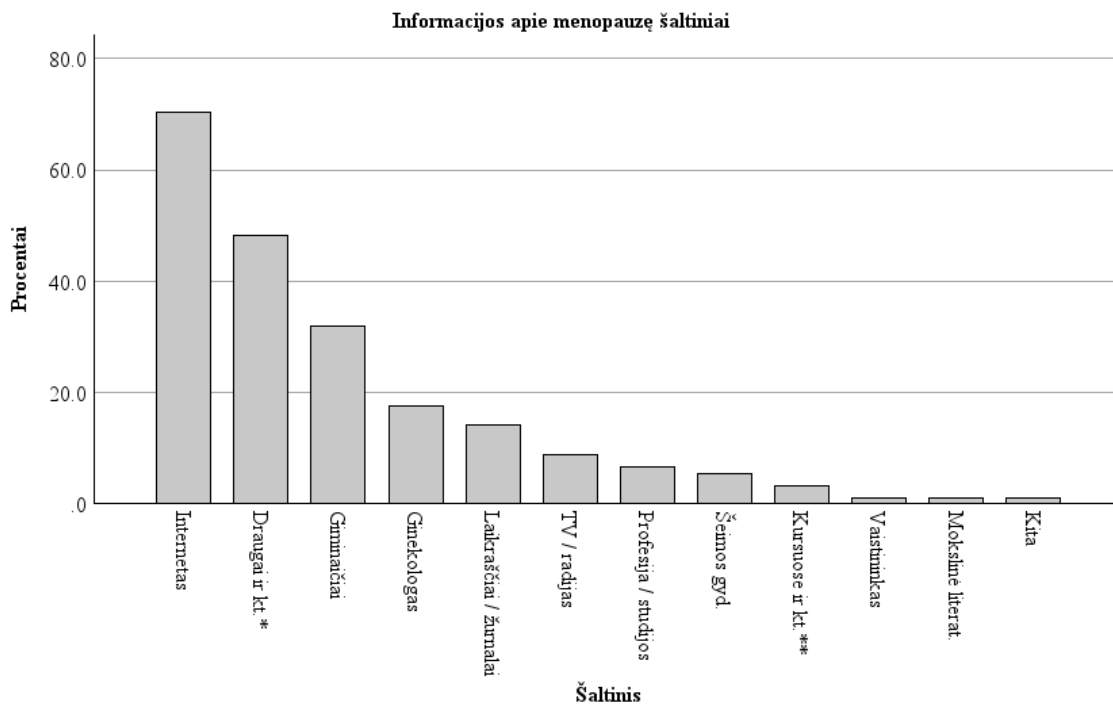
Paklausus, kokius sutrikimus gali sukelti menopauzė, beveik visos tiriamosios (98,8 proc., n = 91) pažymėjo karščio pylimus bei prakaitavimą. Antroje ir trečioje vietose buvo miego (88,0 proc., n=81) bei menstruacijų (87,0 proc., n = 80) sutrikimai. Respondentės mažiausiai žinojo apie šlapinimosi sutrikimus (44,6 proc., n = 41) ir menopauzės sukeltą greitesnį odos senėjimą (1,1 proc., n = 1) (2 pav.).



2 pav. Sutrikimų pasiskirstymas pagal tai, kiek respondenčių pažymėjo juos žinančios (n = 92).
 *Dirglumas / nuotaikų kaita / sunkumas susikaupti arba prisiminti dalykus. **Makšties sudirgimas ir/ar sausumas. ***Sąnarių ir dubens srities skausmai.

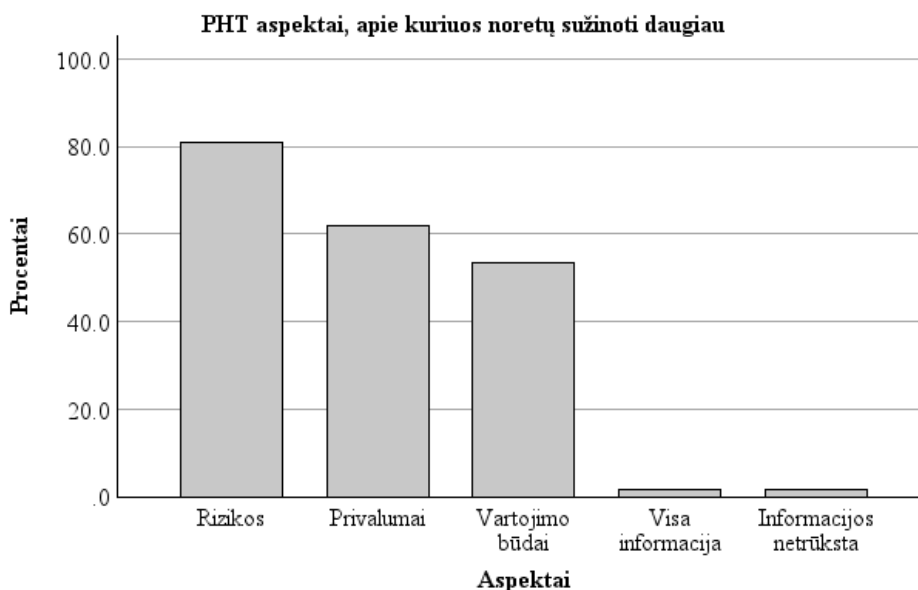
Daugiausiai informacijos apie menopauzę moterys gauna iš interneto svetainių (69,6 proc., n = 64). 44 apklaustųjų (47,8 proc.) populiariausias informacijos šaltinis yra draugai, pažįstami ar kolegos. Įdomu tai, kad gydytoją akušerę ginekologą, kaip pagrindinį informacijos apie menopauzę šaltinį, pasirinko 16 respondenčių (17,4 proc.), kas yra tik ketvirtas pagal populiarumą šaltinis. Po vieną tiriamąją (1,1 proc.) atsakė, kad daugiausiai informacijos suteikė vaistininkas ar mokslinė literatūra (3 pav.).

Taip pat vertinome, kaip ir kokią informaciją dalyvės gavo iš sveikatos priežiūros specialistų (gydytojo, vaistininko ir kt.). Didžioji dalis (55,4 proc., n = 51) atsakė, kad iš sveikatos priežiūros specialistų informacijos negavo. 26 moterims (28,3 proc.) informacija iš specialistų suteikta tik joms paprašius, o 15 tiriamųjų (16,3 proc.) nurodė, kad informacija buvo suteikta tiesiogiai, neprašant (2 priedas).



3 pav. Informacijos apie menopauzę šaltinių pasiskirstymas (n = 92). *Iš draugų / pažįstamų / kolegų. **Kursuose / šeimos planavimo klinikoje.

Dauguma apklaustųjų (79,3 proc., n = 73) norėtų gauti išsamesnės informacijos apie galimus menopauzės simptomų mažinimo būdus ar su menopauze susijusias sveikatos rizikas (53,3 proc., n = 49). Apie pusę dalyvių (53,3 proc., n = 49) nurodė, kad jas domina su menopauze susijusios sveikatos rizikos. Daugiau nei ketvirtadalis respondenčių norėtų sužinoti, kas apskritai yra menopauzė (26,1 proc., n = 24). Viena moteris (1,1 proc.) ieškotų informacijos, kaip menopauzė paveikia endometriozę, ir viena dalyvė nežinojo, kokios informacijos norėtų gauti daugiau (4 pav.).



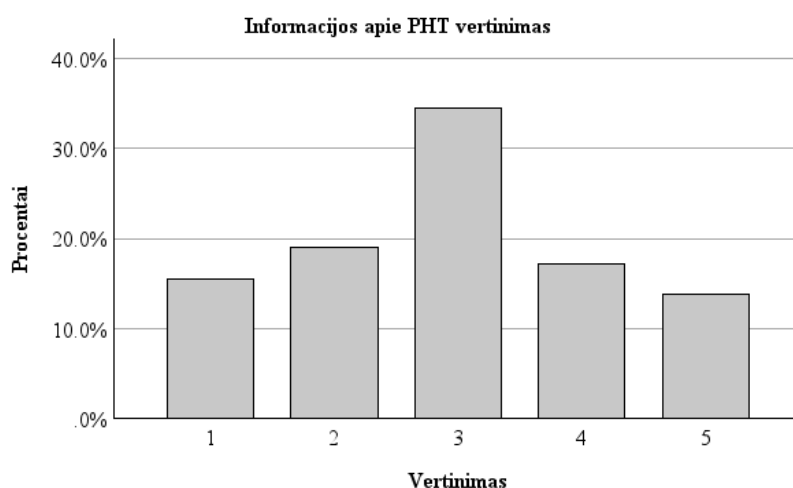
4 pav. Ką moterys apie PHT norėtų sužinoti daugiau (n = 58).

63,1 proc. (n = 58) dalyvių yra girdėjusios apie PHT, 31,5 proc. (n = 29) nėra girdėjusios, o 5,4 proc. (n = 5) neprisimena. 58 respondenčių, kurios atsakė, kad yra girdėjusios apie pakaitinę hormonų terapiją, paklausėme, kokiame kontekste jos buvo informuotos apie PHT. Dažniausiai (63,8 proc., n = 37) pasirenkamas kontekstas tarp dalyvių buvo PHT privalumai ir menopauzės simptomų gydymas, 26 tiriamosios (44,8 proc.) pasirinko galimas su PHT susijusias rizikas, 14 apklaustųjų (24,1 proc.) pažymėjo kai kurių su menopauzės laikotarpiu susijusių ligų prevenciją ir 11 (19,0 proc.) - menopauzės tyrimus ir testus. Dvi moterys (3,4 proc.) neprisimena kokiame kontekste girdėjo apie PHT (3 priedas).

Dažniausiai apklaustosios buvo girdėjusios apie PHT naudojamas tabletes (75,9 proc., n = 44), rečiau apie vietinius preparatus: makšties žvakutes (36,2 proc., n = 21), pleistrus (29,3 proc., n = 17), augalinius preparatus (29,3 proc., n = 17), odos purškalus (25,9 proc., n = 15) ir tepalus (17,2 proc., n = 10). 8 respondentės (13,8 proc.) atsakė, kad nežino jokių PHT formų (3 priedas).

Dažniausiai pasirinktas šaltinis apie PHT buvo internetas (34,5 proc., n = 20). Rečiau dalyvės minėjo: gydytoją akušerį ginekologą (22,4 proc., n = 13), draugus / pažįstamus / kolegas (22,4 proc., n = 13), profesiją ar studijas (8,6 proc., n = 5), giminaičius (3,5 proc., n = 2), šeimos gydytoją (3,5 proc., n = 2) ir kursus ar šeimos planavimo kliniką (3,5 proc., n = 2). Viena moteris informaciją apie PHT gaudavo kitur (1,7 proc.) (3 priedas).

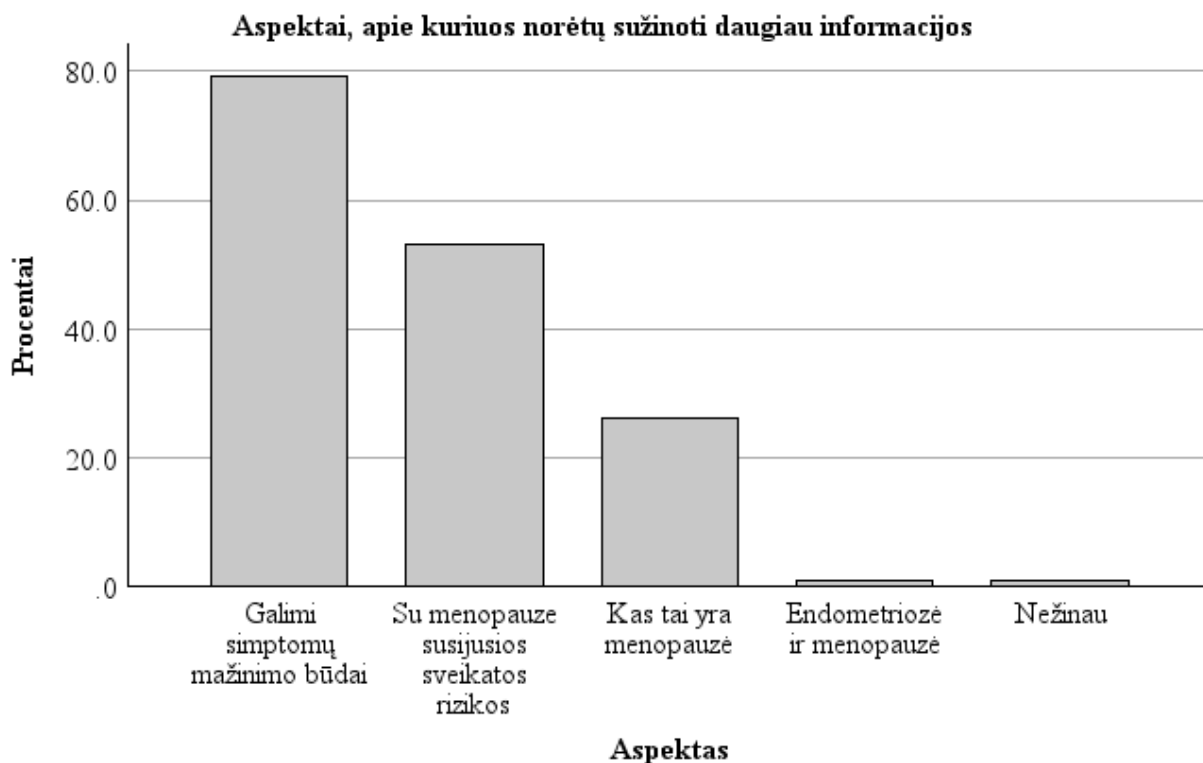
Paprašius įvertinti, kaip respondentės vertina gautą informaciją apie pakaitinę hormonų terapiją skalėje nuo 1 (yra nepatenkintos) iki 5 (yra labai patenkintos), didžioji dalis (34,5 proc., n = 20) ją įvertino trimis balais. Bendrai informacija buvo vertinama vidutiniškai ($M = 2,95$; $SD = 1,24$). Atsakymų pasiskirstymas buvo artimas simetriškam (skewness = 0,097) ir šiek tiek plokštesnis nei normalus (kurtosis = -0,847) (5 pav.).



5 pav. Kaip respondentės vertina gautą informaciją apie PHT, pagal skalę nuo 1 (yra nepatenkintos) iki 5 (yra labai patenkintos) (n = 58).

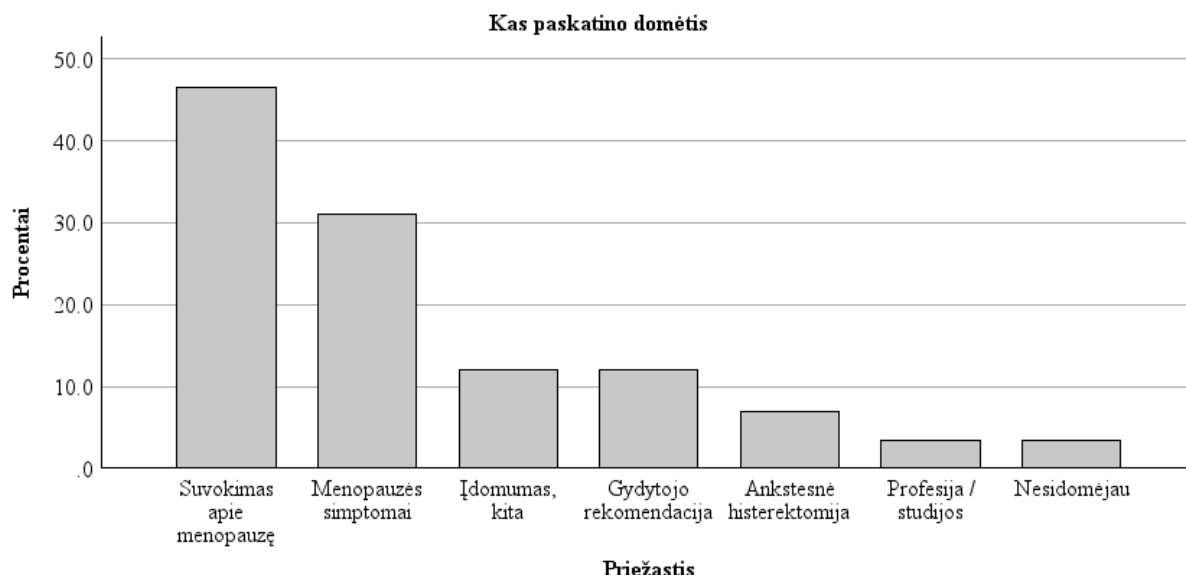
Maždaug pusė (44,8 proc., $n = 26$) respondenčių yra gavusios prieštarinę informaciją apie PHT, 16 (27,6 proc.) – negavusios prieštaringos informacijos ir 16 (27,6 proc.) – neprisimena. Paklausus, kokiame kontekste tiriamosios girdėjo prieštarinę informaciją, visos dalyvės pažymėjo galimų su PHT susijusių rizikų kontekstą, 7 apklaustosios (26,9 proc.) pasirinko privalumus ir menopauzės simptomų gydymą, o 5 (19,2 proc.) - apie kai kurių su menopauzės laikotarpiu susijusių ligų prevenciją (3 priedas).

Vertinant, apie kokius PHT aspektus apklaustosios norėtų gauti daugiau informacijos, nustatyta, kad 47 dalyvės (81,0 proc.) norėtų daugiau sužinoti apie PHT rizikas, 36 (62,1 proc.) – apie privalumus, o 31 (53,4 proc.) – apie vartojimo būdus. Viena moteris (1,7 proc.) nurodė norinti gauti įvairiapusės informacijos apie PHT, o viena respondentė (1,7 proc.) teigė, kad papildomos informacijos jai netrūksta (6 pav.).



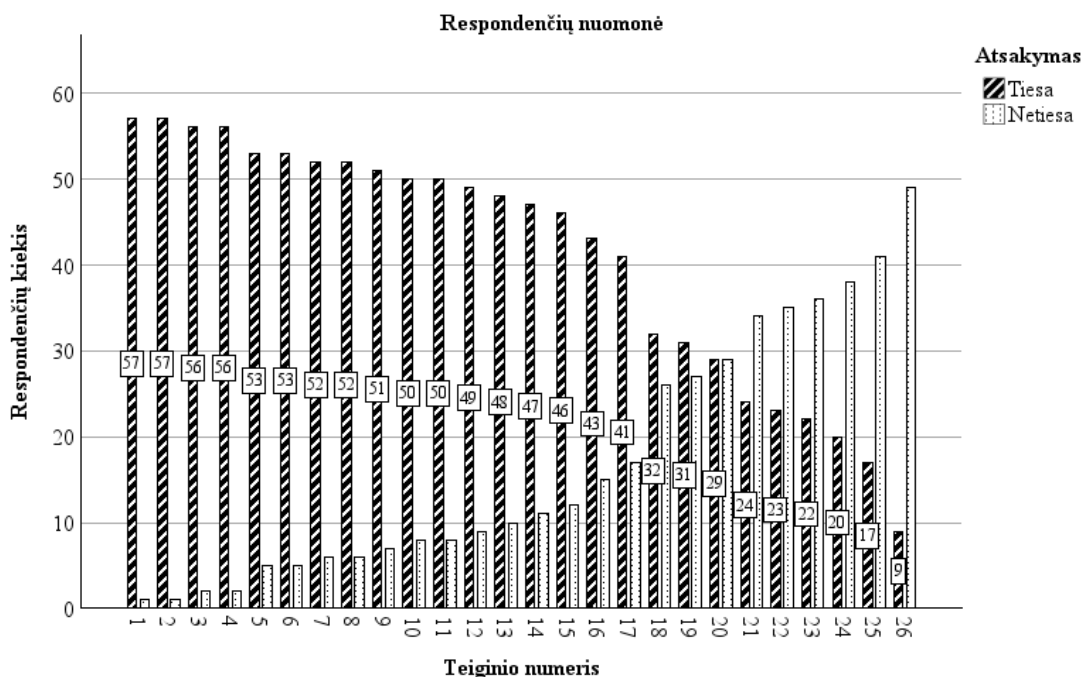
6 pav. Temos, apie kurias respondentės norėtų gauti daugiau informacijos ($n = 92$).

25 (43,1 proc.) tiriamosios nurodė, kad suvokimas apie artėjančią menopauzę arba buvimas menopauzėje buvo pagrindinis veiksnys, paskatinęs domėtis PHT. 18 dalyvių (31,0 proc.) paskatino atsiradę menopauzės simptomai, turintys įtakos gyvenimo kokybei, o 7 respondentės (12,1 proc.) pažymėjo, kad pradėjo domėtis PHT dėl gydytojo rekomendacijos (7 pav.).



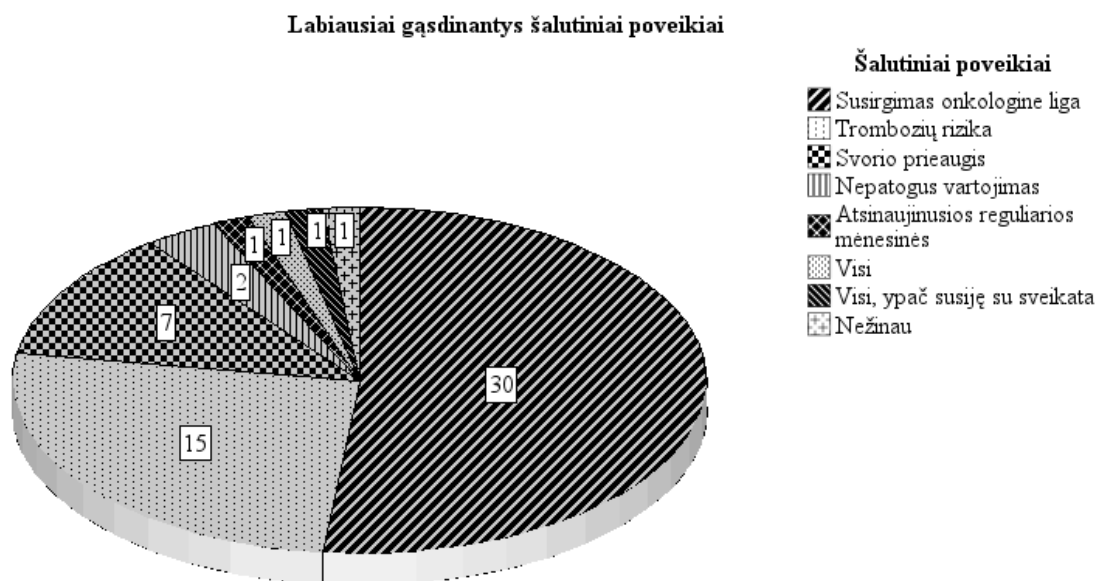
7 pav. Kas respondentes paskatino domėtis PHT (n = 58).

Dauguma respondenčių atsakė, kad šie teiginiai yra tiesa: menopauzė sukelia karščio pylimus (1); PHT gali sumažinti menopauzės simptomus (2); menopauzės simptomus galima gydyti (3); PHT sumažina karščio pylimus (4); PHT pakeičia hormonus, kurių sumažėja menopauzės laikotarpiu (5); PHT turi tiek privalumų, tiek rizikų (6); po menopauzės nebegalima pastoti (7); su menopauze didėja depresijos rizika (8); menopauzė atsiranda dėl kiaušidžių hormonų sumažėjimo (9); menopauzė atsiranda nustojus funkcionuoti kiaušidėms (10); su menopauze didėja osteoporozės rizika (11); PHT tinka kai kurioms moterims (12); su menopauze didėja ŠKL rizika (13); PHT yra geras sprendimas, jei turite simptomų (14); menopauzė įvyksta pasibaigus menstruacijoms (15); PHT gali sumažinti osteoporozės riziką (16); PHT yra gera priemonė užkirsti kelią su amžiumi susijusioms sveikatos problemoms (17). Respondenčių vertinimas ar šie teiginiai yra teisingi ar ne, buvo pasiskirstę panašiai (skirtumas tarp variantų ne didesnis nei 6): menopauzė gali turėti neigiamų pasekmių, jei nebus gydoma (18); PHT didina krūties vėžio riziką (19); PHT turi daug komplikacijų ir šalutinių poveikių (20). Dauguma respondenčių atsakė, kad šie teiginiai yra netiesa: PHT gali padidinti širdies ligų riziką (21); natūralūs metodai yra geresni už PHT (22); PHT mažina storosios žarnos vėžio riziką (23); PHT rizikos viršija privalumus (24); PHT užkerta kelią nutukimui (25); PHT reikėtų vengti (26) (8 pav.).



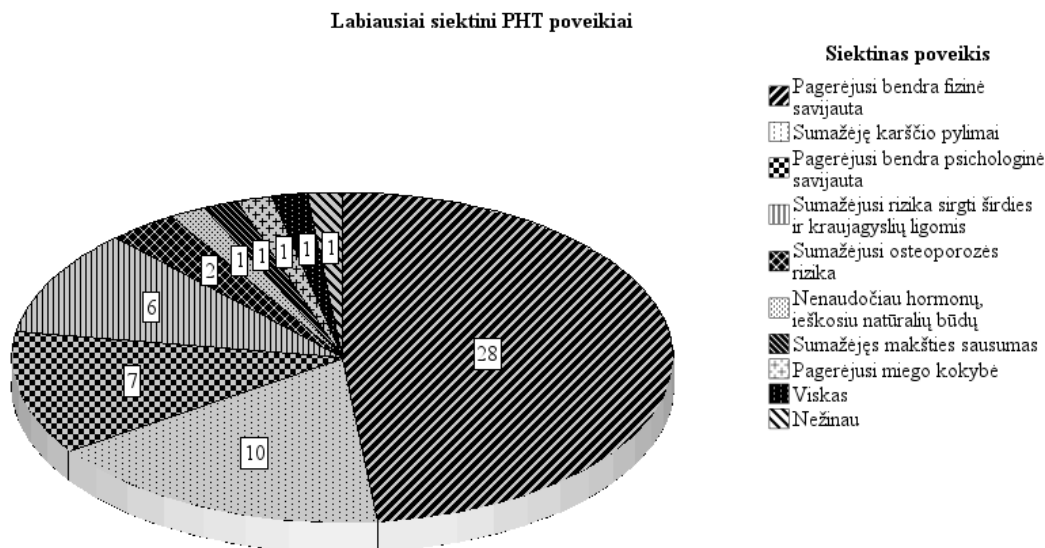
8 pav. Respondenčių nuomonė apie menopauzę ir pakaitinę hormonų terapiją (n = 58). Stulpelinėje diagramoje esantys skaičiai atspindi kiekvieno teiginio tiriamųjų kiekį, kurios pasirinko atsakymą “Tiesa”.

Labiausiai gąsdinantis PHT šalutinis poveikis daugumai dalyvių (51,7 proc., n = 30) buvo susirgimas onkologine liga. 15 tiriamųjų (25,9 proc.) labiausiai bijo padidėjusios trombozių rizikos, o 7 moterys (12,1 proc.) pažymėjo svorio prieaugį (9 pav.).



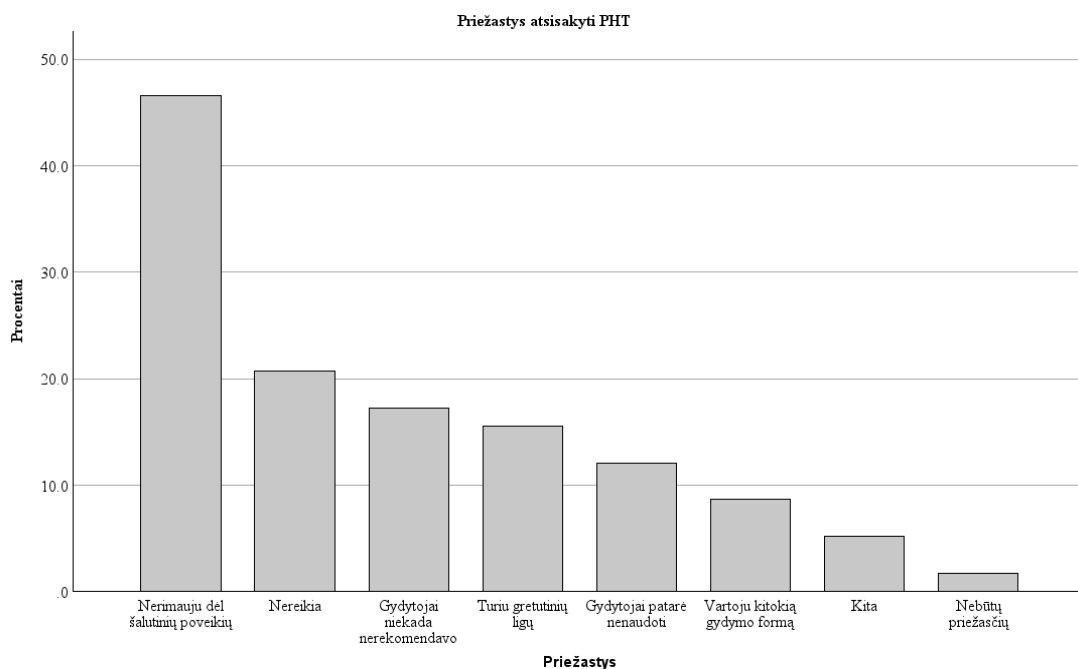
9 pav. Labiausiai gąsdinantys PHT poveikiai (n = 58).

Taip pat, vertinome kuris PHT teikiamas poveikis respondentėms atrodo labiausiai siektinas. 28 dalyvės (48,3 proc.) atsakė, kad svarbiausias poveikis yra pagerėjusi bendra fizinė savijauta, 10 apklaustųjų (17,2 proc.) - sumažėjusios karščio bangos ir 7 tiriamosios (12,1 proc.) - pagerėjusi bendra psichologinė sveikata (10 pav).



10 pav. Labiausiai siektini PHT poveikiai (n = 58).

Apie pusę dalyvių (44,8 proc., n = 26) pabrėžė, kad, jei joms būtų rekomenduota pakaitinė hormonų terapija, pagrindinė priežastis jos atsisakyti būtų nerimas dėl šalutinio terapijos poveikio. 11 apklaustųjų (19 proc.) pažymėjo, kad joms nereikia PHT, o 10 tiriamųjų (17,2 proc.) atsakė, kad joms gydytojai niekada nerekomendavo PHT (11 pav).



11 pav. Priežastys, kurios lemtų respondentes atsisakyti gydymo PHT (n = 58).

Didžioji dalis (67,2 proc., n = 39) tyrimo dalyvių šiuo metu nevartojo PHT, o penktadalis (20,7 proc., n = 12) - vartojo. 4 apklaustosios (6,9 proc.) atsakė, kad planuoja vartoti PHT, o 3 (5,2 proc.) - niekada neplanuoja. 12 moterų, kurios paminėjo, kad vartoja ar yra vartojusios PHT, paprašėme patikslinti kokios tai buvo formos PHT. Dauguma (75,0 proc., n = 9) geria tabletes, ketvirtadalis (25,0 proc., n = 3) naudoja odos purškalus, 2 respondentės (16,7 proc.) vartoja makštines žvakutes, o viena tiriamoji (8,3 proc.) vartoja PHT tepalo formoje (3 lentelė).

3 lentelė. PHT vartojimo ypatumai.

Kintamieji ir jų grupės		Dažnis (n)	Santykinis dažnis (proc.)
Ar vartoja / vartojo PHT (n = 58)	Taip	12	20,69
	Ne	39	67,24
	Planuoju vartoti	4	6,90
	Niekada neplanuoju vartoti	3	5,17
Kokia forma vartoja PHT (n = 12)	Tabletės	9	75,00
	Odos purškalai	3	25,00
	Makštinės žvakutės	2	16,67
	Odos purškalai	1	8,33

8.2. Tyrimo rezultatų koreliacijos tarp įvairių kintamųjų

Tiriant statistines koreliacijas, rastas ryšys tarp moterų išsilavinimo ir išmanymo apie menopauzės simptomus, pavyzdžiui, aukštesnį išsilavinimą turinčios moterys dažniau žinojo, kad menopauzė gali sukelti sąnarių ir dubens skausmus ($\chi^2 = 9,676$; $p = 0,002$). Dalyvės, kurių išsilavinimas susijęs su sveikatos mokslais, dažniau žinojo apie tablečių ($\chi^2 = 4,290$; $df = 1$; $p = 0,038$), makštinių žvakučių ($\chi^2 = 14,363$; $df = 1$; $p < 0,001$) ir pleistrinę formas ($\chi^2 = 6,521$; $df = 1$; $p = 0,011$) bei augalinius preparatus ($\chi^2 = 3,923$; $df = 1$; $p = 0,048$). Ši grupė yra daugiau girdėjusi apie galimas su PHT susijusias rizikas ($\chi^2 = 7,438$; $df = 1$; $p = 0,006$) ir dažniau teigė, kad terapija didina krūties vėžio riziką. Įdomu tai, kad šios apklaustosios dažniau susidurdavo ar pastebėdavo prieštarinę informaciją apie PHT ($\chi^2 = 6,046$; $df = 2$; $p = 0,049$), o dažniausiai tai buvo prieštarinė informacija apie PHT rizikas ($\chi^2 = 4,988$; $df = 1$; $p = 0,026$). Su sveikatos mokslais susijusios respondentės yra mažiau linkusios kreiptis į giminaičius, norėdamos sužinoti apie menopauzę, ir dažniau renkasi kitus informacijos šaltinius ($\chi^2 = 4,551$; $df = 1$; $p = 0,033$).

Nustatyta, kad apklaustųjų pagrindinis informacijos apie PHT šaltinis daro statistiškai reikšmingą įtaką jų nuomonei ir žinioms apie PHT. Moterys, internete skaičiusios apie PHT, rečiau mano, kad terapija didina krūties vėžio riziką ($\chi^2 = 4,125$; $df = 1$; $p = 0,042$). Apklaustosios, kurios informaciją apie menopauzę gauna iš draugų, pažįstamų ar kolegų, mažiau informuotos apie

transdermines PHT formas - odos purškalus ($\chi^2 = 12,168$; $df = 1$; $p < 0,001$) ir pleistrus ($\chi^2 = 4,933$; $df = 1$; $p = 0,026$), taip pat dažniau mano, kad terapija turi daug komplikacijų ir šalutinių poveikių ($\chi^2 = 4,462$; $df = 1$; $p = 0,035$), didina ŠKL riziką ($\chi^2 = 5,170$; $df = 1$; $p = 0,023$). Ši dalyvių grupė mažiau informuota apie kai kurių su menopauzės laikotarpiu susijusių ligų prevenciją ($\chi^2 = 4,611$; $df = 1$; $p = 0,032$) ir menopauzės tyrimus bei testus ($\chi^2 = 4,400$; $df = 1$; $p = 0,036$). Informaciją gavusios iš giminaičių mažiau informuotos apie PHT rizikas ($\chi^2 = 4,372$; $df = 1$; $p = 0,037$), tabletinę PHT vartojimo formą ($\chi^2 = 6,953$; $df = 1$; $p = 0,008$) ir dažniau galvoja, kad menopauzė gali turėti neigiamų pasekmių, jei nebus gydoma ($\chi^2 = 13,295$; $df = 1$; $p < 0,001$). Į artimuosius menopauzės klausimais dažniau kreipėsi jaunesnės, premenopauzės ($\chi^2 = 12,299$; $df = 1$; $p < 0,001$) ar menopauzės ($\chi^2 = 4,285$; $df = 1$; $p = 0,038$) nepatyrusios, moterys. Respondentės, kurioms prasidėjo premenopauzė, linkusios kreiptis į ginekologą, siekiant daugiau sužinoti apie naują gyvenimo etapą ($\chi^2 = 4,000$; $df = 1$; $p = 0,046$). Pastebėta, kad moterys, ieškojusios informacijos žurnaluose ar laikraščiuose, buvo reikšmingai mažiau informuotos apie PHT privalumus ir menopauzės simptomų gydymą ($\chi^2 = 3,883$; $df = 1$; $p = 0,049$).

Tyrimo dalyvės, gavusios informacijos iš sveikatos priežiūros specialistų (gydytojo, vaistininko ir kt.), turėjo daugiau žinių apie įvairius PHT faktus, tačiau didžiajai jų daliai teko išgirsti šią informaciją tik aktyviai specialisto klausiant. Šios respondentės daugiau žinojo apie PHT privalumus ir menopauzės simptomų gydymą ($\chi^2 = 9,622$; $df = 2$; $p = 0,008$) bei tabletinę PHT vartojimo formą ($\chi^2 = 11,119$; $df = 2$; $p = 0,004$).

Moterys, jau įžengusios į klimakterinį laikotarpį, nurodė buvusios informuotos apie su terapija susijusias rizikas ($\chi^2 = 9,853$; $df = 1$; $p = 0,002$), tačiau dažniau pažymėjo gavusios prieštaringą informaciją šiuo aspektu ($\chi^2 = 6,852$; $df = 1$; $p = 0,009$) ir dėl to išreiškė poreikį išsamesnei informacijai gauti ($\chi^2 = 7,934$; $df = 1$; $p = 0,005$). Šį gyvenimo etapą pasiekusios respondentės pasižymėjo didesniu išmanymu apie tabletinę ($\chi^2 = 9,666$; $df = 1$; $p = 0,002$), makšties žvakučių ($\chi^2 = 9,666$; $df = 1$; $p = 0,002$), odos purškalų ($\chi^2 = 5,215$; $df = 1$; $p = 0,022$) PHT vartojimo formas bei augalinius preparatus ($\chi^2 = 8,000$; $df = 1$; $p = 0,005$). Taip pat ši apklaustųjų grupė rečiau laikėsi nuomonės, kad negydoma menopauzė gali turėti neigiamų pasekmių ($\chi^2 = 5,784$; $df = 1$; $p = 0,016$).

Apibendrinant galima teigti, kad bazinės Lietuvos moterų žinios apie menopauzę ir PHT yra patenkinamos. Pavyzdžiui, didžioji dalis apklaustųjų teisingai nurodė, kad menopauzė atsiranda dėl kiaušidžių hormonų sumažėjimo, ir žinojo, kad PHT gali sumažinti menopauzės simptomus. Be to, kadangi dalyvės, gavusios informaciją iš sveikatos priežiūros specialistų, turėjo daugiau žinių apie PHT, tačiau daugeliui jų ši informacija buvo suteikta tik pačioms jos paprašius, todėl svarbu skatinti specialistus aktyviai šviesti pacientes apie menopauzę ir PHT, siekiant didinti informuotumą ir šio gydymo pasirinkimą. Respondentės, jau įžengusios į klimakterinį laikotarpį, nurodė buvusios

informuotos apie su terapija susijusias rizikas, tačiau dažniau pažymėjo gavusios prieštarinę informaciją šiuo aspektu ir dėl to išreiškė poreikį išsamesnei informacijai gauti. Tai rodo, kad Lietuvos moterys yra klaidinančios informacijos apie PHT rizikas apsuptyje ir kad yra didelis faktais paremtų žinių poreikis.

9. APTARIMAS

Mūsų tyrimo rezultatai atskleidė ryšį tarp moterų išsilavinimo, ypač susijusio su sveikatos mokslais, ir jų žinių apie menopauzę bei PHT. Ši sąsaja nuosekliai patvirtinama skirtingose šalyse atliktuose tyrimuose. 2022 m. rudenį Norvegijoje, bendrosios praktikos gydytojų kabinetų laukiamuosiuose, atlikta apklausa parodė panašius rezultatus – nustatyta, kad didėjant išsilavinimo lygiui reikšmingai didėja susidomėjimas ir žinios apie menopauzę bei PHT (54). Tokią pačią tendenciją nustatė ir Hajesmaeel su kolegomis Irane atliktame tyrime (55). Panašius rezultatus nurodė Aquino ir kolegų šiaurės Italijoje atlikta studija, kurioje nustatyta, kad PHT vartojimas buvo dažnesnis tarp geriau informuotų pacienčių – tiek apie savo sveikatą apskritai, tiek turinčių gretutinių ligų. Šie veiksniai taip pat buvo susiję su profesine veikla ir aukštesne socioekonominė padėtimi (56). Be to Gan ir kt. kryžminio pjūvio tyrime, atliktame tarp menopauzės amžiaus moterų ($n = 404$) Malaizijos sostinėje, nustatė, kad aukštesnį išsilavinimą turinčios moterys pasižymėjo geresniu informuotumu apie PHT ($p < 0,001$). Taip pat nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp išsilavinimo lygio ir PHT vartojimo ($p = 0,008$) (57).

Lyginant respondenčių nuomonę apie įvairius menopauzės ir PHT teiginius su Malaizijoje atlikto tyrimo rezultatais, pastebėta tiek panašumų, tiek skirtumų. Abiejose imtyse dalyvės pasižymi gana geromis bazinėmis žiniomis apie menopauzę ir PHT. Pavyzdžiui, didžioji dalis apklaustųjų teisingai nurodė, kad menopauzė atsiranda dėl kiaušidžių hormonų sumažėjimo, o jai prasidėjus pastoti nebegalima. Taip pat dauguma moterų abiejuose tyrimuose atpažino karščio bangas kaip menopauzės simptomą ir žinojo, kad PHT gali sumažinti menopauzės simptomus. Vis dėlto, vertinant su PHT susijusias rizikas, respondenčių nuomonės išsiskyrė. Mūsų atliktame tyrime moterys turėjo skirtingą nuomonę apie PHT sukeltas rizikas, tuo tarpu Malaizijoje atliktoje apklausoje didelė dalis respondenčių rinkosi atsakymą „nežinau“, vertindamos terapijos rizikas (57). Taigi galima manyti, kad PHT rizikų suvokimas išlieka silpniausia moterų žinių sritis abiejuose tyrimuose.

Dauguma (63,1 proc.) dalyvių yra girdėjusios apie PHT, tačiau stipriai skiriasi žinios apie skirtingas PHT vartojimo formas. Labiausiai girdėta PHT forma tarp respondenčių yra tabletės (75,9 proc.), o apie transderminio ir vietinio vartojimo formas moterys išmanė žymiai rečiau ($\leq 36,2$ proc.). Tai parodo visuomenės siaurą supratimą kas yra PHT ir kaip galima šią terapiją naudoti. Tuo pačiu, jei moterys nežino skirtingų terapijos būdų, tai negali išmanyti apie tų formų privalumus,

trūkumus ir skirtumus. Galbūt moterys, neinformuotos apie įvairias gydymo galimybes, atsisako terapijos dėl klaidingų įsitikinimų. PHT forma parenkama individualiai pagal simptomų išraišką, kontraindikacijas ir rizikos veiksnius. Dabartinės gairės nurodo, kad sisteminė terapija daugiausiai skiriama VMS patiriančioms moterims, o vietinė - puikiai tinka GMS (5,6,33,34).

Apklausoje apie pusė dalyvių pabrėžė, kad, jei joms būtų rekomenduota PHT, pagrindinė priežastis jos atsisakyti būtų nerimas dėl šalutinio terapijos poveikio. 19 proc. apklaustųjų pažymėjo, kad joms nereikia PHT, o 17,2 proc. atsakė, kad moterims gydytojai niekada nerekomendavo PHT. Šie duomenys skiriasi nuo Aquino ir kolegų gautų duomenų. Jų apklausa nustatė, kad pagrindinė priežastis, dėl kurios moterys atsisakė PHT yra nepakankamai varginantys simptomai ir gydymo nereikalingumas (38,3 proc.), o tik 2,5 proc. PHT nevartojo dėl baimės patirti šalutinį poveikį. Įdomu tai, kad 8,6 proc. dalyvių buvo gydytojų atkalbėtos nuo šios terapijos (56).

Sąsają, kad pagrindinis apklaustųjų informacijos šaltinis daro statistiškai reikšmingą įtaką jų žinioms apie menopauzę ir PHT patvirtina užsienio studijos. Norvegijoje atliktoje apklausoje nustatyta, kad du trečdaliai moterų naudojo internetą. Respondentės dažnai išreiškė neaiškumą, nes gauta informacija buvo prieštaringa, todėl išryškėjo poreikis kokybiškesniems internetiniams šaltiniams menopauzės tema (54). Italijoje atliktame tyrime reikšminga dalis moterų, kurios žinojo apie PHT (31,2 proc.), informaciją apie menopauzę gavo iš žiniasklaidos (televizijos, laikraščių, radijo ir kt.), o dauguma (50,5 proc.) niekada nebuvo gavusios informacijos iš sveikatos priežiūros specialistų (56). Chopra ir kolegų Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktame tyrime nustatyta, kad tarp dalyvių, turėjusių patenkinamas (angl. fair) žinias apie menopauzę, dažniausias informacijos šaltinis buvo internetas (41,18 proc.). Tarp tų, kurių žinios buvo vidutiniškai geros (angl. moderately good), dažniausiai minėti informacijos šaltiniai buvo sveikatos priežiūros specialistai (28,57 proc.). Tuo tarpu tarp dalyvių, turėjusių labai geras (angl. very good) žinias, internetas, žurnalai ir sveikatos priežiūros specialistai buvo nurodomi vienodai dažnai (po 33,33 proc.) (58).

Mūsų apklausos rezultatai, kaip ir užsienio studijos, nustatė, kad dažniausias moterų informacijos šaltinis yra internetas. Nors internetinės svetainės yra vienas dažniausiai nurodytų šaltinių, jis neretai siejamas su prieštaringa ar nepakankamai aiškia informacija (54). Tikėtina, kad internete prieštaringos informacijos paplitimas yra MSI studijos padarinys. Nuo MSI paskelbimo atlikta daug naujų tyrimų, rodančių, kad PHT vartojimas menopauzės simptomams malšinti nėra toks pavojingas, kaip manyta anksčiau, vis dėlto baimė ir stigmatizacija šio gydymo atžvilgiu išlieka. Studijos duomenys teigė, kad kombinuotos PHT vartojimas susijęs su padidėjusia krūties vėžio ir širdies ligų riziką moterims, todėl žala esą viršijanti naudą. MSI išvadose daugiausia buvo vertinama vyresnių nei 60 metų, dažnai besimptomų moterų grupė, tačiau šis amžiaus aspektas nebuvo pakankamai akcentuotas, o rezultatai klaidingai apibendrinti taip, tarsi jie galėtų visiems estrogenų preparatams, visoms menopauzės amžiaus grupėms ir visiems PHT vartojimo būdams.

Tai plačiai ir supaprastintai nuskambėjo žiniasklaidoje, sukeldami paniką ne tik tarp moterų, bet ir gydytojų. Todėl PHT vartojimas daugelyje šalių staiga sumažėjo 30 – 50 proc., o visuomenėje įsitvirtino nuomonė, kad terapija yra pavojinga visoms moterims (3,6,11). Klaidinančios informacijos paplitimas interneto svetainėse galėtų paaiškinti, kodėl moterys, jau įžengusios į klimakterinį laikotarpį, nurodė buvusios informuotos apie su terapija susijusias rizikas, tačiau dažniau pažymėjo gavusios prieštarinę informaciją šiuo aspektu bei išreiškė poreikį išsamesnei informacijai gauti. Galima manyti, kad visuomenėje trūksta faktais pagrįstos informacijos apie PHT, ypač apie terapiją susijusias rizikas, prieinamumo. Požiūrį į PHT reikšmingai veikia ne tik žinių stoka, bet ir prieštaringa, nevienodai interpretuojama informacija apie terapijos rizikas.

Mūsų apklausos dalyvės, gavusios informacijos iš sveikatos priežiūros specialistų (gydytojo, vaistininko ir kt.), turėjo daugiau žinių apie įvairius PHT faktus, tačiau didžiajai jų daliai teko išgirsti šią informaciją tik aktyviai specialisto klausiant. Dauguma apklaustųjų (79,3 proc.) norėtų gauti išsamesnės informacijos apie galimus menopauzės simptomų mažinimo būdus, o net daugiau nei ketvirtadalis respondenčių (26,1 proc.) norėtų sužinoti, kas apskritai yra menopauzė. Natvikių tyrimo rezultatai parodė, kad 22 proc. dalyvių kreipėsi į šeimos gydytoją menopauzės klausimais, tačiau tik 10 proc. nurodė, kad šią temą inicijavo pats gydytojas. Kai pacientė pati kreipėsi į gydytoją, ši informacija buvo laikoma naudinga tik 57 proc. atvejų, palyginti su 86 proc., kai pokalbį inicijavo specialistas. Tarp dalyvių, kurios norėjo gauti informacijos, tačiau gydytojas šios temos neaptarė, net keturios iš penkių pageidavo, kad gydytojas tai padarytų ateityje. Įdomu tai, kad specialisto lytis šiam pasirinkimui įtakos neturėjo. Ši studija taip pat parodė, kad nemaža dalis apklaustųjų norėtų būti informuotos apie menopauzę ir PHT dar prieš menopauzės pradžią (54). Tai, kad moterys nori ir tikisi daugiau informacijos iš savo šeimos gydytojo bei kad tokia informacija yra naudinga, patvirtina ir kiti tyrimai (59,60). Šiaurės Italijoje atlikta studija nustatė, kad dalyvės reguliariai bendravusios su šeimos gydytoju buvo geriau informuotos apie PHT ($p = 0,014$) (56). Kaip teigia Panay su kolegomis, pasauliniu mastu egzistuoja reikšmingas nepatenkintas poreikis užtikrinti lengvą prieigą prie įrodymais pagrįstos informacijos. Sveikatos priežiūros specialistai visame pasaulyje turi pareigą užtikrinti palaikančią ir informatyvią aplinką, kurioje moterys galėtų laisvai aptarti menopauzę, išreikšti savo rūpesčius ir prioritetus bei gauti individualizuotą priežiūrą, padedančią optimizuoti jų sveikatą ir gerovę antroje gyvenimo pusėje. Taigi svarbu skatinti specialistus šviesti pacientes apie menopauzę ir PHT, siekiant didinti informuotumą ir šio gydymo pasirinkimą. 2024 m. Tarptautinės menopauzės draugijos „White Paper“ dokumentas akcentuoja, kad menopauzės priežiūros ir švietimo plėtojimas visame pasaulyje galėtų padėti išsklaidyti klaidingus įsitikinimus ir sumažinti su menopauze bei moters senėjimu susijusią stigmatizaciją. Tai paskatintų daugiau moterų kreiptis dėl reikalingos pagalbos, siekiant optimizuoti jų sveikatą vidutiniame amžiuje ir vėliau (61).

Remiantis tyrimo duomenimis ir literatūra, galima sukurti klasikinės pacientės profilį, kuriai, tikėtina, galėsime skirti pakaitinę hormonų terapiją. Moteris turi būti perimenopauziniame laikotarpyje arba menopauzėje (nepriklausomai nuo jos etiologijos) ir patirti gyvenimo kokybei įtaką darančius klimakterinius simptomus, pavyzdžiui, vazomotorinius simptomus ar genitourinarinį menopauzės sindromą, nes tai yra pagrindinė PHT indikacija. Tyrimo duomenys bei literatūra parodė, kad domėjimasi PHT dažniausiai skatino artėjanti menopauzė ir patiriami klimakteriniai simptomai (58). Pacientė turėtų būti įgijusi aukštąjį išsilavinimo lygį, geriausiai jeigu jis susijęs su sveikatos mokslais, nes tai turi ryšį su išmanymu apie PHT bei terapijos vartojimu (54–57). Viena svarbiausių veiksnių didinančių tikimybę, kad moteris sutiks būti gydoma PHT, yra jos ryšys su sveikatos priežiūros specialistais. Pacientės iki klimakterinių simptomų pradžios reguliariai konsultuojamos šeimos gydytojų ar gydytojų akušerių - ginekologų yra labiau informuotos apie įvairius PHT aspektus, ypač gydymo rizikas ar terapijos vartojimo formas. Geriausia jeigu specialistai pokalbius apie menopauzę ar PHT inicijuodavo patys (54,56,58,59). Specialistai moterims turėtų pateikti naujausią informaciją apie PHT ir vėžio rizikas bei paaiškinti, kokią įtaką šiai rizikai daro skirtingos vartojimo formos, nes padidėjusios onkologinių ligų rizikos baimė yra viena dažniausių PHT atsisakymo priežasčių. Paskutinis pacientės atrankos etapas yra reliatyvių ir absoliučių gydymo kontraindikacijų įvertinimas. Jeigu pacientė neturi absoliučių kontraindikacijų ar nauda svariai viršytų reliatyvių kontraindikacijų riziką - galima siūlyti PHT klimakterinių simptomų gydymui.

Terapijos parinkimas priklauso nuo įvairių veiksnių, pavyzdžiui, pacientės pageidavimų ir vyraujančių klimakterinių simptomų. Jeigu moteris skundžiasi stipriais vazomotoriniais simptomais (karščio bangomis, šalto prakaito pylimu, širdies palpitacijomis ir kt.) bei nėra kontraindikacijų, rekomenduojama skirti sisteminę (peroralinę ar transderminę) PHT. Vietinė forma skiriami estrogenai, pavyzdžiui makšties ovulės, naudojami GMS gydymui, nes pasižymi minimalia sistetine absorbcija ir nedidina endometriumo hiperplazijos rizikos. Priešingai nei peroraline, transdermine forma vartojami estrogenai, apimantys estrogenų pleistrus, gelius ar purškalus, apeina pirmąjį kepenų pasąžą, todėl nedaro tokios didelės įtakos GVT ir PE rizikai. Net mažos transderminės estrogenų dozės padeda malšinti vazomotorinius simptomus (33). Vis dėlto mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad moterys geriausiai žino tabletinę formą, todėl praktikoje būtent ši forma gali būti priimtiniausia pacientei. Literatūroje pabrėžiama, kad labiausiai fiziologinis ir tinkamiausias PHT estrogenas, ypač moterims su PKN, yra 17β-estradiolis (34). Klinikinėje praktikoje dažnai naudojamas mikronizuotas progesteronas ir jo cikliškas vartojamas geriamojoje formoje turi stipriausius endometriumo apsaugos įrodymus literatūroje (5,6,34). Nepaisant kokia forma vartojami progestogenai, jų dozė turėtų atitikti estrogenų dozes. Jeigu dėl kažkokių priežasčių pacientė negali vartoti progestogenų, endometriumo apsaugai, derinyje su estrogenais galima vartoti

SERM, pavyzdžiui bazedoksifeną (36). Pacientėms po histerektomijos galima skirti tik estrogenų terapiją (6,33,34). Visais atvejais, siekiant sumažinti PHT sukeltas nepageidaujamas vaistų reakcijas, tarptautinės gairės rekomenduoja vartoti mažiausią veiksmingą dozę trumpiausią laiką (12,13). 3 mėnesiai nuo PHT pradžios reikia atlikti kartotinę pacientės konsultaciją, kurios metu stebima ar paskirtas gydymas yra veiksmingas, toleruojamas, ar tenkina pacientės poreikius mažinant klimakterinius simptomus ir įvertinamos NVR (6,13).

Didelę apklausos dalį (50,0 proc.) sudarė 26 – 50 metų amžiaus moterys, trys ketvirtadaliai turėjo aukštąjį išsilavinimą, o beveik visos (79,3 proc.) respondentės gyveno Vilniaus apskrityje. Apklausoje trūko dalyvių iš daugelio Lietuvos apskričių. Tyrime nustatytas ryšys tarp moterų išsilavinimo ir išmanymo apie menopauzę bei PHT, kurį patvirtina skirtingose šalyse atliktos studijos (56–59). Taigi mūsų atliktame tyrime bendras apklaustųjų žinių lygis gali būti aukštesnis nei bendroje Lietuvos populiacijoje. Tai yra pagrindinis apklausos trūkumas, nes gauti rezultatai negali tiksliai atspindėti visos Lietuvos gyventojų nuomonės ir žinių apie menopauzę bei PHT. Didesnė tiriamųjų imtis labiau atskleistų Lietuvos moterų žinias ir leistų jas interpretuoti. Pagrindinis tyrimo privalumas yra tas, kad didžioji dalis klausimų buvo sudaryta remiantis kitų studijų klausimais. Tai leido tiesiogiai palyginti gautus dalyvių nuomonės rezultatus su užsienio publikacijomis.

10. IŠVADOS IR PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

10.1. Išvados

1. Pastarųjų 10-ies metų literatūros apžvalgos analizė parodė, kad PHT yra efektyvus klimakterinių simptomų gydymo būdas, kurio skyrimas visada turėtų būti pagrįstas individualizuota moterų atranka ir vaistų parinkimu bei grindžiamas naudos ir rizikos santykio vertinimu.
2. Literatūros apžvalgos analizė atskleidė, kad su PHT susijusios kontraversijos daugiausia kilo dėl klaidingo 2002 m. paskelbtų MSI rezultatų interpretavimo ir supaprastinto jų pateikimo žiniasklaidoje. Tai turėjo ilgalaikį poveikį visuomenės ir gydytojų požiūriui, todėl iki šių dienų pasaulyje išlieka nevienodas terapijos vertinimas.
3. Apklausos rezultatai parodė, kad Lietuvos moterys menopauzę dažniausiai suvokia kaip natūralų gyvenimo etapą, turi patenkinamas bazines žinias apie menopauzę ir PHT, tačiau gilesnis išmanymas yra nepakankamas, fragmentiškas, apsuptas klaidinančios informacijos.
4. Didžiausias Lietuvos moterų žinių apie PHT trūkumas yra susijęs su terapijos rizikomis ir vartojimo formomis.
5. Nustatyta, kad stipriausi veiksniai, darantys įtaką Lietuvos moterų žinioms apie menopauzę ir PHT yra: moterų išsilavinimas, ypač jei jis susijęs su sveikatos mokslais; apklaustųjų

pagrindinis informacijos šaltinis; informacijos iš sveikatos priežiūros specialisto gavimo kiekis ir kokybė; asmeninė perimenopauzinio laikotarpio patirtis.

6. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad pagrindinė priežastis lemianti Lietuvos moterų neigiamą požiūrį į PHT ir atsisakyti gydymo yra baimė dėl galimų šalutinių poveikių, ypač onkologinių ligų rizikos padidėjimo baimė. Toks mąstymas ne visada yra pagrįstas medicinine informacija bei gali būti klaidinančios informacijos pasekmė.
7. Remiantis apklausos rezultatais ir literatūros apžvalga, pacientė, kuri greičiausiai sutiks vartoti PHT, yra ta, kuri patiria gyvenimo kokybę bloginančius klimakterinius simptomus, yra gavusi išsamią informaciją apie menopauzę ir PHT iš sveikatos priežiūros specialisto dar prieš perimenopauzę ir neturi absoliučių kontraindikacijų arba kai reliatyvių kontraindikacijų rizika yra mažesnė nei tikėtina terapijos nauda. Terapijos parinkimas priklauso nuo pacientės pageidavimų ir vyraujančių klimakterinių simptomų.

10.2. Praktinės rekomendacijos

1. Rekomenduojama skatinti sveikatos priežiūros specialistus inicijuoti pokalbius su pacientėmis ir jas šviesti apie menopauzę bei PHT dar iki perimenopauzės, siekiant didinti informuotumą ir šio gydymo pasirinkimą.
2. Teikiant informaciją rekomenduojama atkreipti dėmesį į PHT rizikas ir vartojimo formas.
3. Stipriai rekomenduojama kiekvieną pacientę individualiai vertinti dėl PHT skyrimo, atsižvelgiant į pasireiškiančius simptomus, sveikatos būklę ir rizikos veiksnius, taip pat įtraukiant moterį į sprendimų priėmimo procesą.
4. Rekomenduojama ateityje atlikti tyrimus, kurie apimtų didesnę ir įvairesnę Lietuvos moterų imtį, siekiant tiksliau įvertinti jų žinias ir nuomonę apie PHT, palyginti skirtingas Lietuvos vietas.

11. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Menopause Across Asia: A Comprehensive Meta-analysis of Age and Influencing Factors - PMC [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12431700/>
2. Davis SR, Pinkerton J, Santoro N, Simoncini T. Menopause—Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*. 2023 Sep 14;186(19):4038–58. doi:10.1016/j.cell.2023.08.016 PubMed PMID: 37678251.
3. Aquino CI, Stampini V, Osella E, Troia L, Rocca C, Guida M, et al. Menopausal Hormone Therapy, an Ever-Present Topic: A Pilot Survey about Women's Experience and Medical Doctors' Approach. *Medicina (Mex)*. 2024 May;60(5):774. doi:10.3390/medicina60050774
4. Sourouni M, Kiesel L. Menopausal Hormone Therapy and the Breast: A Review of Clinical Studies. *Breast Care*. 2023 Jun;18(3):164–71. doi:10.1159/000530205 PubMed PMID: 37928811; PubMed Central PMCID: PMC10624058.
5. Chang JG, Lewis MN, Wertz MC. Managing Menopausal Symptoms: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2023 Jul;108(1):28–39.
6. Harper-Harrison G, Carlson K, Shanahan MM. Hormone Replacement Therapy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493191/> PubMed PMID: 29630243.
7. Gorman M, Shih K. Updates in Hormone Replacement Therapy for Survivors of Gynecologic Cancers. *Curr Treat Options Oncol*. 2025 Mar;26(3):179–86. doi:10.1007/s11864-025-01298-5 PubMed PMID: 40042741; PubMed Central PMCID: PMC11919963.
8. Managing Early Onset Osteoporosis: The Impact of Premature Ovarian Insufficiency on Bone Health - PMC [Internet]. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10299102/>
9. Does hormone replacement therapy impact implant osseointegration in females- A systematic review and meta-analysis - PMC [Internet]. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10960105/>
10. Frick KM, Fleischer AW, Schwabe MR, Abdelazim FA, Sem DS, Donaldson WA. Not your mother's hormone therapy: Highly selective estrogen receptor beta agonists as next-generation therapies for menopausal symptom relief. *Horm Behav*. 2025 Jul 1;173:105773. doi:10.1016/j.yhbeh.2025.105773
11. Cagnacci A, Venier M. The Controversial History of Hormone Replacement Therapy. *Medicina (Mex)*. 2019 Sep 18;55(9):602. doi:10.3390/medicina55090602 PubMed PMID: 31540401; PubMed Central PMCID: PMC6780820.
12. Yanachkova V, Vasileva-Slaveva M, Kostov S, Yordanov A. Reconsidering Hormone Replacement Therapy: Current Insights on Utilisation in Premenopausal and Menopausal Women: An Overview. *J Clin Med*. 2025 Oct 10;14(20):7156. doi:10.3390/jcm14207156 PubMed PMID: 41156026; PubMed Central PMCID: PMC12565178.
13. Overview | Menopause: identification and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2026 [cited 2026 Feb 11]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng23?utm_

14. Wang PH, Yang ST, Chang WH, Lee WL. Menopause part I: Vasomotor symptoms (I). Taiwan J Obstet Gynecol. 2025 Mar 1;64(2):230–8. doi:10.1016/j.tjog.2025.01.001
15. Ambikairajah A, Walsh E, Cherbuin N. A review of menopause nomenclature. Reprod Health. 2022 Jan 31;19:29. doi:10.1186/s12978-022-01336-7 PubMed PMID: 35101087; PubMed Central PMCID: PMC8805414.
16. Khadilkar SS, Samant M. OOPHORECTOMY: When and Why? A Novel Risk Stratification Tool as an Aid to Decision Making at Gynecological Surgeries. J Obstet Gynaecol India. 2023 Dec;73(6):471–6. doi:10.1007/s13224-023-01924-y PubMed PMID: 38205117; PubMed Central PMCID: PMC10774383.
17. Aboutaleb H, Vafaei S, Aboutaleb M, Dortaj H, Alipour F, Bideskan AE. Premature ovarian insufficiency restoration after chemotherapy: current achievements and future prospects on its treatment or management. J Ovarian Res. 2025 Jul 31;18:171. doi:10.1186/s13048-025-01677-4 PubMed PMID: 40745328; PubMed Central PMCID: PMC12312501.
18. Gil GOB, Asano C, Andrade WP de, Gil MLBV, Cândido EB, Regalin M, et al. Practical Prediction Model for Ovarian Insufficiency after Radiation. RBGO Gynecol Obstet. 2022 May 26;44(6):573–7. doi:10.1055/s-0042-1746199 PubMed PMID: 35617949; PubMed Central PMCID: PMC9948280.
19. McCann KE, Goldfarb SB, Traina TA, Regan MM, Vidula N, Kaklamani V. Selection of appropriate biomarkers to monitor effectiveness of ovarian function suppression in pre-menopausal patients with ER+ breast cancer. NPJ Breast Cancer. 2024 Jan 19;10:8. doi:10.1038/s41523-024-00614-w PubMed PMID: 38242892; PubMed Central PMCID: PMC10798954.
20. Panay N, Fenton A, Hamoda H, Hillard T, Islam R, Pedder H, et al. International Menopause Society (IMS) recommendations and key messages on women's midlife health and menopause. Climacteric. 2025 Nov 2;28(6):634–56. doi:10.1080/13697137.2025.2585487 PubMed PMID: 41433054.
21. Davis SR, Taylor S, Hemachandra C, Magraith K, Ebeling PR, Jane F, et al. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause. Climacteric. 2023 Nov 2;26(6):517–36. doi:10.1080/13697137.2023.2258783 PubMed PMID: 37902335.
22. Endara-Mina J, Coloma-Ramirez L, Escudero CJ, Andrade-Travez K, Osorio CJ, Campaña E, et al. Experience of menopause across ethnic groups: mapping the evidence through a scoping review. Front Reprod Health. 7:1732836. doi:10.3389/frph.2025.1732836 PubMed PMID: 41480555; PubMed Central PMCID: PMC12753867.
23. Danan ER, Sowerby C, Ullman KE, Ensrud K, Forte ML, Zerzan N, et al. Hormonal Treatments and Vaginal Moisturizers for Genitourinary Syndrome of Menopause: A Systematic Review. Ann Intern Med. 2024 Oct;177(10):1400–14. doi:10.7326/ANNALS-24-00610 PubMed PMID: 39250810; PubMed Central PMCID: PMC12333043.
24. Șerbănescu L, Mirea S, Ionescu P, Petrica LA, Iorga IC, Surdu M, et al. Involuntary Urine Loss in Menopause—A Narrative Review. J Clin Med. 2025 Oct 29;14(21):7664. doi:10.3390/jcm14217664 PubMed PMID: 41227060; PubMed Central PMCID: PMC12610368.
25. Renke G, Kemen E, Scalabrin P, Braz C, Baêso T, Pereira MB. Cardio-Metabolic Health and HRT in Menopause: Novel Insights in Mitochondrial Biogenesis and RAAS. Curr Cardiol Rev.

- 2023 Jul 5;19(4):e060223213459. doi:10.2174/1573403X19666230206130205 PubMed PMID: 36748220; PubMed Central PMCID: PMC10494270.
26. Troia L, Garassino M, Volpicelli AI, Fornara A, Libretti A, Surico D, et al. Sleep Disturbance and Perimenopause: A Narrative Review. *J Clin Med*. 2025 Feb 23;14(5):1479. doi:10.3390/jcm14051479 PubMed PMID: 40094961; PubMed Central PMCID: PMC11901009.
 27. Impact of symptomatic menopausal transition on the occurrence of depression, anxiety, and sleep disorders: A real-world multi-site study - PMC [Internet]. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10594314/>
 28. Wright VJ, Schwartzman JD, Itinoche R, Wittstein J. The musculoskeletal syndrome of menopause. *Climacteric J Int Menopause Soc*. 2024 Oct;27(5):466–72. doi:10.1080/13697137.2024.2380363 PubMed PMID: 39077777.
 29. Viscomi B, Muniz M, Sattler S. Managing Menopausal Skin Changes: A Narrative Review of Skin Quality Changes, Their Aesthetic Impact, and the Actual Role of Hormone Replacement Therapy in Improvement. *J Cosmet Dermatol*. 2025 Sep;24 Suppl 4(Suppl 4):e70393. doi:10.1111/jocd.70393 PubMed PMID: 40847905; PubMed Central PMCID: PMC12374573.
 30. Lee SR, Cho MK, Cho YJ, Chun S, Hong SH, Hwang KR, et al. The 2020 Menopausal Hormone Therapy Guidelines. *J Menopausal Med*. 2020 Aug;26(2):69–98. doi:10.6118/jmm.20000 PubMed PMID: 32893509; PubMed Central PMCID: PMC7475284.
 31. Jenner Healthcare [Internet]. [cited 2026 Jan 24]. Starting HRT Questionnaire. Available from: <https://www.jennerhealthcare.co.uk/your-record/health-review-forms/starting-hrt-questionnaire/>
 32. Menopause simplified – is HRT a good option for me? - Crossley Street Surgery, Wetherby [Internet]. [cited 2026 Jan 24]. Available from: <https://www.crossleystreetsurgery.co.uk/hrt.html>
 33. Goldštajn MŠ, Mikuš M, Ferrari FA, Bosco M, Uccella S, Noventa M, et al. Effects of transdermal versus oral hormone replacement therapy in postmenopause: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 2023;307(6):1727–45. doi:10.1007/s00404-022-06647-5 PubMed PMID: 35713694; PubMed Central PMCID: PMC10147786.
 34. HRT for women with premature ovarian insufficiency: a comprehensive review - PMC [Internet]. [cited 2024 Aug 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6276684/>
 35. Cameron CR, Cohen S, Sewell K, Lee M. The Art of Hormone Replacement Therapy (HRT) in Menopause Management. *J Pharm Pract*. 2024 Jun;37(3):736–40. doi:10.1177/08971900231167925 PubMed PMID: 37002679.
 36. Raina PM, Patel P, Parmar M. Bazedoxifene. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2026 Feb 9]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585122/> PubMed PMID: 36256769.
 37. Ribera Torres L, Anglès-Acedo S, López Chardi L, Mension Coll E, Castelo-Branco C. Systemic testosterone for the treatment of female sexual interest and arousal disorder (FSIAD) in the postmenopause. *Gynecol Endocrinol*. 2024 Dec 31;40(1):2364220. doi:10.1080/09513590.2024.2364220 PubMed PMID: 38913119.

38. Compounded Bioidentical Menopausal Hormone Therapy [Internet]. [cited 2026 Apr 21]. Available from:
<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-consensus/articles/2023/11/compounded-bioidentical-menopausal-hormone-therapy>
39. Koysombat K, Mukherjee A, Nyunt S, Pedder H, Vinogradova Y, Burgin J, et al. Factors affecting shared decision-making concerning menopausal hormone therapy. *Ann N Y Acad Sci.* 2024;1538(1):34–44. doi:10.1111/nyas.15185
40. Mukherjee A, Davis SR. Update on Menopause Hormone Therapy; Current Indications and Unanswered Questions. *Clin Endocrinol (Oxf).* n/a(n/a). doi:10.1111/cen.15211
41. Distler KR, Kappers D, Hollingsworth JC. Patients' Concerns for Hormone-Replacement Therapy for Menopause. *Cureus.* 17(11):e96709. doi:10.7759/cureus.96709 PubMed PMID: 41393611; PubMed Central PMCID: PMC12701761.
42. Siitonen H, Joensuu J, Savolainen-Peltonen H, Gissler M, Ylikorkala O, Mikkola TS. Update of the impact of menopausal hormone therapy on breast cancer risk. *Eur J Cancer.* 2025 May 2;220. doi:10.1016/j.ejca.2025.115340 PubMed PMID: 40107092.
43. Kim Y, Cho MK, Chung YJ, Hong SH, Hwang KR, Jeon GH, et al. The 2025 Menopausal Hormone Therapy Guidelines - Korean Society of Menopause. *J Menopausal Med.* 2025 Aug;31(2):53–84. doi:10.6118/jmm.25103 PubMed PMID: 40954991; PubMed Central PMCID: PMC12438153.
44. Goel N, Ranjan M, Sharma JB, Srivastava R, Vardhan S. Use of Hormone Replacement Therapy in Special Circumstances. *J -Life Health.* 2025;16(1):6–13. doi:10.4103/jmh.jmh_152_24 PubMed PMID: 40330244; PubMed Central PMCID: PMC12052288.
45. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229–63. doi:10.3322/caac.21834
46. Glynne S, Simon J, Branson A, Payne S, Newson L, Manyonda I, et al. Menopausal hormone therapy for breast cancer patients: what is the current evidence? *Menopause N Y N.* 2025 Sep 30;33(1):88–117. doi:10.1097/GME.0000000000002627 PubMed PMID: 41025376; PubMed Central PMCID: PMC12727074.
47. Yoshihama T, Yokota M, Aoki D, Yamagami W. Hormone replacement therapy in female-specific cancer survivors: considerations beyond cancer cure. *Jpn J Clin Oncol.* 2025 Sep 5;55(9):1000–4. doi:10.1093/jjco/hyaf092 PubMed PMID: 40459199; PubMed Central PMCID: PMC12529068.
48. Causa Andrieu P, Avesani G, Quesada S, McPhedran RL, Rigioli F, Aineseder M, et al. Endometrial Cancer: A Daily Clinical Practice Guide for Radiologists. *Magn Reson Med Sci.* 2025 Aug 20;24(3):387–402. doi:10.2463/mrms.rev.2025-0004 PubMed PMID: 40835435; PubMed Central PMCID: PMC12402654.
49. Naglić DT, Mandić A, Zirojević M, Vuković N, Pejaković S, Manojlović M, et al. Hormone replacement therapy in surgical menopause after gynecological malignancies. *Biomol Biomed.* 2024 Nov 15;25(4):751–60. doi:10.17305/bb.2024.11220 PubMed PMID: 39556012; PubMed Central PMCID: PMC11959398.

50. Na R, Jordan SJ, DeFazio A, Williams M, Livingstone K, Obermair A, et al. Use of menopausal hormone therapy before and after diagnosis and ovarian cancer survival—A prospective cohort study in Australia. *Int J Cancer*. 2025 Jan 15;156(2):280–92. doi:10.1002/ijc.35154 PubMed PMID: 39222307; PubMed Central PMCID: PMC11578076.
51. Huber D, Seitz S, Kast K, Emons G, Ortmann O. Hormone replacement therapy in BRCA mutation carriers and risk of ovarian, endometrial, and breast cancer: a systematic review. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2021 Apr 22;147(7):2035–45. doi:10.1007/s00432-021-03629-z PubMed PMID: 33885953; PubMed Central PMCID: PMC8164576.
52. Siitonen H, Joensuu JM, Savolainen-Peltonen H, Gissler M, Mikkola TS, Ylikorkala O. Vaginal use of estradiol is associated with a reduced risk of rectal cancer in postmenopausal women: A Finnish nationwide case-control study. *Maturitas*. 2026 Jan 1;204:108802. doi:10.1016/j.maturitas.2025.108802
53. Eliyahu E, Katz MG, Vincek A, Freage-Kahn L, Ravvin S, Tal S, et al. Effects of Hormone Replacement Therapy on Women’s Lung Health and Disease. *Pulm Ther*. 2023 Dec;9(4):461–77. doi:10.1007/s41030-023-00240-0 PubMed PMID: 37815696; PubMed Central PMCID: PMC10721592.
54. Natvik M, Gjelsvik B, Vangen S, Skjeie H, Brekke M. Women’s information needs about menopause: a cross-sectional survey in Norwegian general practice. *BJGP Open*. 8(1):BJGPO.2023.0127. doi:10.3399/BJGPO.2023.0127 PubMed PMID: 37669803; PubMed Central PMCID: PMC11169972.
55. Hajesmaeel-Gohari S, Shafiei E, Ghasemi F, Bahaadinbeigy K. A study on women’s health information needs in menopausal age. *BMC Womens Health*. 2021 Dec 28;21:434. doi:10.1186/s12905-021-01582-0 PubMed PMID: 34961491; PubMed Central PMCID: PMC8712206.
56. Aquino CI, Stampini V, Osella E, Troia L, Rocca C, Guida M, et al. Menopausal Hormone Therapy, an Ever-Present Topic: A Pilot Survey about Women’s Experience and Medical Doctors’ Approach. *Medicina (Mex)*. 2024 May 7;60(5):774. doi:10.3390/medicina60050774 PubMed PMID: 38792957; PubMed Central PMCID: PMC11122847.
57. Gan MH, Farrukh MJ, Ming LC, Paneerselvam GS, Fatokun O, Kristina SA. Exploring hormone replacement therapy dynamics among menopausal women in Kuala Lumpur – a community based survey. *BMC Womens Health*. 2024 Oct 23;24(1):569. doi:10.1186/s12905-024-03358-8
58. Chopra S, Yoon D, Eich T. Views of Menopause and Hormone Therapy Associations with Hormone Therapy Use in US Women Aged 50–79. *Womens Health Rep*. 2025 Sep 2;6(1):791–802. doi:10.1177/26884844251372014 PubMed PMID: 40927031; PubMed Central PMCID: PMC12415175.
59. Harper JC, Phillips S, Biswakarma R, Yasmin E, Saridogan E, Radhakrishnan S, et al. An online survey of perimenopausal women to determine their attitudes and knowledge of the menopause. *Womens Health*. 2022;18:17455057221106890. doi:10.1177/17455057221106890 PubMed PMID: 35758176; PubMed Central PMCID: PMC9244939.
60. Munn C, Vaughan L, Talaulikar V, Davies MC, Harper JC. Menopause knowledge and education in women under 40: Results from an online survey. *Womens Health*. 2022;18:17455057221139660. doi:10.1177/17455057221139660 PubMed PMID: 36533635; PubMed Central PMCID: PMC9772977.

61. Panay N, Ang SB, Cheshire R, Goldstein SR, Maki P, Nappi RE, et al. Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies – an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2024 Sep 2;27(5):441–57. doi:10.1080/13697137.2024.2394950

12. PRIEDAI

1 priedas. Tyrimo apklausa "Pakaitinė hormonų terapija: ką žino ir galvoja Lietuvos moterys?".

Gerbiama respondente,

Esu Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto penkto kurso studentė Vėtra Kentraitė. Šiuo metu rašau baigiamąjį darbą tema „Pakaitinė hormonų terapija: nuo pacientų atrankos iki gydymo parinkimo“. Šio darbo tikslas – išsiaiškinti, kokioms moterims ir kada yra tinkama pakeičiamoji hormonų terapija bei kaip parinkti optimalų gydymo būdą.

Ši anketa skirta visų amžiaus grupių moterims. Apklausoje pateikiami įvairūs uždaro ir atviro tipo klausimai, o jos pildymas užtruks iki 10 minučių. Tyrimas anonimiškas, Jūsų atsakymai bus laikomi konfidencialiais. Tyrimo rezultatus pateiksiu moksliniame darbe tik apibendrinta forma, nesusiejant jų su jokių konkrečių asmeniu. Jei nuspręstumėte nutraukti savo dalyvavimą, tai galite padaryti bet kuriuo metu pildydami anketą.

Jeigu turite klausimų ar pastabų, maloniai kviečiu susisiekti el. paštu: vetra.kentraite@mf.stud.vu.lt

Dėkoju už Jūsų skiriamą laiką.

I DALIS: Bendrieji klausimai.

1. Koks Jūsų amžius?

- ☐ <18 m.
- ☐ 18 - 25 m.
- ☐ 26 - 40 m.
- ☐ 41 - 50 m.
- ☐ 51 - 60 m.
- ☐ >60 m.

2. Koks Jūsų išsilavinimas?

- ☐ Pagrindinis
- ☐ Vidurinis
- ☐ Aukštasis
- ☐ Vidurinis, bet dabar studijuoju

3. Jei prieš tai pasirinkote "vidurinis, bet dabar studijuoju" ar "aukštasis", ar Jūsų studijos / išsilavinimas yra susijęs su sveikatos mokslais?

- ☐ Taip
- ☐ Ne

4. Kurioje apskrityje gyvenate?

- ☐ Alytaus
- ☐ Kauno
- ☐ Klaipėdos
- ☐ Marijampolės
- ☐ Panevėžio
- ☐ Šiaulių
- ☐ Tauragės
- ☐ Telšių
- ☐ Utenos
- ☐ Vilniaus

5. Kokia Jūsų šeiminė padėtis?

- ☐ Netekėjusi
- ☐ Ištekėjusi/gyvenanti kartu
- ☐ Našlė
- ☐ Išsiskyrusi

6. Ar Jums jau yra / buvo premenopauzė (trinka mėnesinių ciklai, atsiradę klinikiniai simptomai, pvz.: karščio pylimai, nemiga ir pan.)?

- ☐ Taip
- ☐ Ne

7. Ar Jums jau yra menopauzė (metai ir daugiau nuo paskutinių mėnesinių)?

- ☐ Taip (pereikite į II apklausos dalį)
- ☐ Ne (pereikite į IV apklausos dalį)

II DALIS: Moters menopauzinė būklė.

8. Kiek metų Jums buvo, kai prasidėjo menopauzė? (*Irašykite amžių skaičiumi*) _____m.

9. Kokio pobūdžio yra Jūsų menopauzė?

- ☐ Natūrali (prasidėjo savaime)
- ☐ Chirurginė (prasidėjo po ginekologinės operacijos)
- ☐ Sukelta spinduliuotės ar chemoterapijos (sergant onkologine liga)
- ☐ Farmakologinė (sukelta vaistais)

10. Ar jaučiate arba kada nors jautėte su menopauze susijusių sutrikimų?

- ☐ Taip (pereikite į III apklausos dalį)

- ☐ Ne (pereikite į IV apklausos dalį)
- ☐ Nežinau / neprisimenu (pereikite į III apklausos dalį)

III DALIS: Menopauzės simptomų įvertinimas.

11. Įvertinkite kiekvieną iš toliau nurodytų simptomų balais nuo 1 iki 5, priklausomai nuo to, kiek šis simptomas pasireiškė Jūsų atveju (1 reiškia „visiškai nepasireiškė“, 5 – „labai stipriai pasireiškė“) (pažymėkite kryželiu):

Simptomas	Simptomo pasireiškimo stiprumas				
	1	2	3	4	5
Karščio pylimai, prakaitavimas					
Miego sutrikimai					
Menstruacijų problemos					
Dirglumas / nuotaikų kaita / sunkumas susikaupti arba prisiminti dalykus					
Nuovargis					
Depresija					
Svorio didėjimas					
Šonarių ir dubens srities skausmai					
Šlapinimosi sutrikimai					
Makšties sudirgimas ir/ar sausumas					
Sumažėjęs lytinis potraukis					

IV DALIS: Nuomonė ir žinios apie menopauzę.

12. Kaip Jūs suprantate menopauzę?

- ☐ Natūrali moters gyvenimo pereinamoji fazė, trunkanti ribotą laiką
- ☐ Sindromas, reikalaujantis farmakologinio gydymo

13. Jūsų nuomone, ar menopauzė sukelia sutrikimų?

- ☐ Taip, visoms moterims
- ☐ Tai priklauso nuo moters

- ☐ Ne, ji nesukelia nepatogumų
- ☐ Neturiu nuomonės

14. Ar manote, kad turite pakankamai žinių apie menopauzę?

- ☐ Taip
- ☐ Ne
- ☐ Nežinau / neprisimenu

15. Apie kuriuos menopauzės veiksnius turite daugiausiai informacijos?

- ☐ Bendra informacija apie menopauzę
- ☐ Apie menopauzės simptomus
- ☐ Apie menopauzės metu vartojamus vaistus
- ☐ Apie natūralius produktus, skirtus menopauzei
- ☐ Apie natūralius pagalbos būdus sau menopauzės simptomams mažinti
- ☐ Apie menopauzės įtaką gyvenimo kokybei
- ☐ Kita: _____

16. Jūsų žiniomis, kokius sutrikimus gali sukelti menopauzė? *(Galimi keli pasirinkimai)*

- ☐ Karščio pylimus, prakaitavimą
- ☐ Miego sutrikimus
- ☐ Menstruacijų sutrikimus
- ☐ Dirglumą / nuotaikų kaitą / sunkumą susikaupti
- ☐ Nuovargį
- ☐ Depresiją
- ☐ Svorio didėjimą
- ☐ Sąnarių ir dubens skausmus
- ☐ Šlapinimosi sutrikimus
- ☐ Makšties sudirginimą ir sausumą
- ☐ Sumažėjusį lytinį potraukį
- ☐ Sutrikimų nesukelia
- ☐ Kita: _____

17. Kur daugiausiai gaunate informacijos apie menopauzę? *(Galimi keli pasirinkimai)*

- ☐ Iš šeimos gydytojo
- ☐ Iš ginekologo
- ☐ Iš vaistininko
- ☐ Kursuose / šeimos planavimo klinikoje

- ☐ Iš homeopato / natūralios medicinos centro
- ☐ Laikraščiuose / žurnaluose
- ☐ Iš televizijos ir (arba) radijo
- ☐ Internetu
- ☐ Iš draugų / pažįstamų / kolegų
- ☐ Iš giminaičių
- ☐ Kita: _____

18. Informacija apie menopauzę, kurią gavote iš sveikatos priežiūros specialistų (gydytojo, vaistininko ir kt.) buvo:

- ☐ Pateikta tiesiogiai, neprašant
- ☐ Pateikta tik po Jūsų klausimo
- ☐ Negavote informacijos iš sveikatos priežiūros specialistų

19. Šiuo metu, apie kokius menopauzės aspektus norėtumėte gauti daugiau informacijos?
(Galimi keli pasirinkimai)

- ☐ Kas tai yra menopauzė
- ☐ Su menopauze susijusios sveikatos rizikos
- ☐ Galimi menopauzės simptomų mažinimo būdai
- ☐ Kita: _____

V DALIS: PHT

20. Ar esate girdėjusi apie pakaitinę hormonų terapiją?

- ☐ Taip (pereikite į VI apklausos dalį)
- ☐ Ne (apklausos toliau nebepildykite)
- ☐ Neprisimenu (apklausos toliau nebepildykite)

VI DALIS: Žinios apie PHT

21. Kokiame kontekste buvote informuota apie pakaitinę hormonų terapiją? (Galimi keli pasirinkimai)

- ☐ Galimos su pakaitine hormonų terapija susijusios rizikos
- ☐ Privalumai ir menopauzės simptomų gydymas
- ☐ Kai kurių su menopauzės laikotarpiu susijusių ligų prevencija
- ☐ Menopauzės tyrimai ir testai (kraujospūdis, kraujo tyrimai, kaulų tankio tyrimas ir kt.)

☐ Kita: _____

22. Kokias žinote pakaitinės hormonų terapijos formas? (Galimi keli pasirinkimai)

- ☐ Tabletės
- ☐ Makštinės žvakutės
- ☐ Tepalai
- ☐ Odos purškalai
- ☐ Pleistrai
- ☐ Augaliniai preparatai
- ☐ Nežinau jokių

23. Iš kur pirmiausiai sužinojote faktus apie pakaitinę hormonų terapiją?

- ☐ Šeimos gydytojo
- ☐ Ginekologo
- ☐ Vaistininko
- ☐ Kursuose / šeimos planavimo klinikoje
- ☐ Homeopato / natūralios medicinos centro
- ☐ Laikraščiuose / žurnaluose
- ☐ Televizijos ir (arba) radijo
- ☐ Internetu
- ☐ Draugų / pažįstamų / kolegų
- ☐ Giminaičių
- ☐ Kita: _____

24. Bendrai, kaip vertinate gautą informaciją apie pakaitinę hormonų terapiją, pagal skalę nuo 1 (esu nepatenkinta) iki 5 (esu labai patenkinta)?

1	2	3	4	5

25. Ar esate gavusi prieštarinę informaciją apie pakaitinę hormonų terapiją?

- ☐ Taip (pereikite į VII apklausos dalį)
- ☐ Ne (pereikite į VIII apklausos dalį)
- ☐ Neprisimenu (pereikite į VIII apklausos dalį)

VII DALIS: Prieštarinė informacija apie PHT.

26. Kokiais aspektais gavote prieštarinę informaciją? *(Galimi keli pasirinkimai)*

- ☐ Galimos su pakaitine hormonų terapija susijusios rizikos
- ☐ Privalumai ir menopauzės simptomų gydymas
- ☐ Kai kurių su menopauzės laikotarpiu susijusių ligų prevencija
- ☐ Kita: _____

VIII DALIS: Nuomonė ir žinios apie PHT ir menopauzę.

27. Bendrai, apie kokius pakaitinės hormonų terapijos aspektus norėtumėte sužinoti daugiau?
(Galimi keli pasirinkimai)

- ☐ Privalumai
- ☐ Rizikos
- ☐ Vartojimo būdai
- ☐ Kita: _____

28. Kas Jus paskatino domėtis pakaitine hormonų terapija? *(Galimi keli pasirinkimai)*

- ☐ Suvokimas, kad įžengiate į menopauzę arba jau esate menopauzėje
- ☐ Ankstesnė histerektomija su arba be abipusės ovarioektomijos
- ☐ Menopauzės simptomų atsiradimas, turintis įtakos gyvenimo kokybei
- ☐ Gydytojo rekomendacija
- ☐ Kita: _____

29. Kokia Jūsų **nuomonė** apie menopauzę ir pakaitinę hormonų terapiją (PHT)?

Teiginys	Nuomonė	
	Tiesa	Netiesa
Menopauzė atsiranda dėl kiaušidžių hormonų sumažėjimo		
Menopauzė įvyksta, kai baigiasi menstruacijos		
Po menopauzės nebegali pastoti		
Menopauzė įvyksta, kai kiaušidės nustoja funkcionuoti		
Menopauzė sukelia karščio pylimus		
Su menopauze didėja širdies ir kraujagyslių ligų rizika		
Su menopauze didėja osteoporozės rizika (sisteminė kaulų liga, pasireiškianti maža kauline mase dėl kaulų tankio sumažėjimo)		

Su menopauze didėja depresijos rizika		
Menopauzė gali turėti neigiamų pasekmių, jei nebus gydoma		
Menopauzės simptomus galima gydyti		
PHT pakeičia hormonus, kurių sumažėja menopauzės laikotarpiu		
PHT gali sumažinti menopauzės simptomus		
PHT gali padidinti širdies ligų riziką		
PHT gali sumažinti osteoporozės riziką		
PHT didina krūties vėžio riziką		
PHT mažina storosios žarnos vėžio riziką		
PHT užkerta kelią nutukimui		
PHT sumažina karščio pylimus		
PHT turi tiek privalumų, tiek rizikų		
PHT yra geras sprendimas, jei turite simptomų		
PHT tinka kai kurioms moterims		
PHT reikėtų vengti		
PHT yra gera priemonė užkirsti kelią su amžiumi susijusioms sveikatos problemoms		
PHT turi daug komplikacijų ir šalutinių poveikių		
Natūralūs metodai yra geresni už PHT		
PHT rizikos viršija privalumus		

30. Kuris pakaitinės hormonų terapijos šalutinis poveikis Jums atrodo labiausiai gąsdinantis?

- ☐ Svorio prieaugis
- ☐ Susirgimas onkologine liga
- ☐ Trombozių rizika
- ☐ Lytinio potraukio sumažėjimas
- ☐ Atsinaujinusios reguliarios mėnesinės
- ☐ Nepatogus vartojimas

☐ Kita: _____

31. Kuris pakaitinės hormonų terapijos teikiamas poveikis Jums atrodo labiausiai siektinas?

- ☐ Sumažėję karščio pylimai
- ☐ Pagerėjusi bendra fizinė savijauta
- ☐ Pagerėjusi bendra psichologinė savijauta
- ☐ Sumažėjusi rizika sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis
- ☐ Sumažėjusi osteoporozės rizika
- ☐ Pagėrėjęs libido
- ☐ Pagerėjusi odos būklė
- ☐ Pagerėjusi miego kokybė
- ☐ Kita: _____

32. Jei Jums būtų rekomenduota pakaitinė hormonų terapija, kokios priežastys lemtų to atsisakyti? *(Galimi keli pasirinkimai)*

- ☐ Nereikia
- ☐ Gydytojai niekada nerekomendavo
- ☐ Gydytojai patarė nenaudoti
- ☐ Nerimauju dėl šalutinių poveikių
- ☐ Vartoju kitokią gydymo formą
- ☐ Neleidžia partneris
- ☐ Turiu gretutinių ligų
- ☐ Tai prieštarauja mano religiniams įsitikinimams
- ☐ Neleidžia mano kultūra
- ☐ Kita: _____

33. Ar šiuo metu vartojate arba anksčiau vartojote pakaitinę hormonų terapiją?

- ☐ Taip
- ☐ Ne (apklausos toliau nebepildykite)
- ☐ Planuoju vartoti (apklausos toliau nebepildykite)
- ☐ Niekada neplanuoju vartoti (apklausos toliau nebepildykite)

34. Jeigu vartojate pakaitinę hormonų terapiją, tai kokia forma? *(Galimi keli pasirinkimai)*

- ☐ Tabletės
- ☐ Makštinės žvakutės
- ☐ Tepalai
- ☐ Odos purškalai

☐ Pleistrai

☐ Augaliniai preparatai

Nuoširdžiai dėkoju už Jūsų dalyvavimą!

2 priedas Įvairūs apklausos rezultatai (n = 92).

Kintamieji ir jų grupės		Dažnis (n)	Santykinis dažnis (proc.)
Apskritis	Vilniaus	73	79,35
	Kauno	5	5,43
	Klaipėdos	2	2,17
	Šiaulių	6	6,52
	Panevėžio	2	2,17
	Marijampolės	1	1,09
	Tauragės	1	1,09
	Telšių	1	1,09
	Utenos	1	1,09
	Alytaus	0	0,00
Šeiminė p.	Susituokusi/gyvenanti kartu	58	63,04
	Netekėjusi	26	28,26
	Išsiskyrusi	7	7,61
	Našlė	1	1,09
Kaip supranta menopauzę	Natūrali moters gyvenimo pereinamoji fazė, trunkanti ribotą laiką	83	90,22
	Sindromas, reikalaujantis farmakologinio gydymo	9	9,78
Nuomonė ar menopauzė sukelia sutrikimų	Tai priklauso nuo moters	58	63,04
	Taip, visoms moterims	29	31,52
	Neturi nuomonės	3	3,26
	Ne, ji nesukelia nepatogumų	2	2,18
Mano, kad turi pakankamai žinių apie menopauzę	Taip	25	27,18
	Ne	51	55,43
	Nežino / neprisimena	16	17,39
Inf. gauta iš sv. p. spec.	Negavo inf. iš sveikatos p. spec.	51	55,44
	Pateikta tik po klausimo	26	28,26
	Pateikta tiesiogiai, neprašant	15	16,30
Menopauzės veiksniai apie kuriuos turi daugiausiai informacijos	Bendra informacija apie menopauzę	43	46,74
	Apie menopauzės simptomus	25	27,17
	Apie menopauzės įtaką gyvenimo kokybei	16	17,39
	Apie natūralius pagalbos būdus sau menopauzės simptomams mažinti	4	4,35
	Apie menopauzės metu vartojamus vaistus	2	2,17
	Apie natūralius produktus, skirtus menopauzei	1	1,09
	Visi variantai	1	1,09

3 priedas. Įvairūs apklausos rezultatai.

Kintamieji ir jų grupės		Dažnis (n)	Santykinis dažnis (proc.)
Žinomumas apie PHT (n = 92)	Taip	58	63,04
	Ne	29	31,52
	Neprisimena	5	5,44
PHT informacijos kontekstas (n = 58)	Privalumai ir menopauzės simptomų gydymas	37	63,79
	Galimos su PHT susijusios rizikos	26	44,83
	Su menop. laikotarpiu susijusių ligų prevencija	14	24,14
	Menopauzės tyrimai ir testai	11	18,97
	Neprisimena	2	3,45
Žinomos PHT formos (n = 58)	Tabletės	44	75,86
	Makštinės žvakutės	21	36,21
	Pleistrai	17	29,31
	Augaliniai preparatai	17	29,31
	Odos purškalai	15	25,86
	Tepalai	10	17,24
	Nežino jokių	8	13,79
Kur pirmiausiai sužinojo faktus apie PHT (n = 58)	Internetu	20	34,48
	Ginekologo	13	22,41
	Draugų / pažįstamų / kolegų	13	22,41
	Profesijos / studijų	5	8,62
	Giminių	2	3,45
	Šeimos gydytojo	2	3,45
	Kursuose / šeimos planavimo klinikoje	2	3,45
	Kitur	1	1,73
Ar gavo prieštarinę inf. apie PHT (n = 58)	Taip	26	44,84
	Ne	16	27,58
	Neprisimena	16	27,58
Prieštaringos informacijos aspektai (n = 26)	Galimos su PHT susijusios rizikos	26	100,00
	Privalumai ir menopauzės simptomų gydymas	7	26,92
	Su menopauzės laikotarpiu susijusių ligų prevencija	5	19,23

4 priedas. Straipsnio, parašyto naudojant baigiamojo darbo apklausos duomenis, pažyma.

SVEIKATOS MOKSLAI

MEDICINOS MOKSLO ŽURNALAS

VIRŠULIŠKIŲ G. 16-308, LT 05100 VILNIUS, TEL. +370 61241252, ĮMONĖS KODAS 302697782,
el.p.: sveikatosmokslai91@gmail.com

P A Ž Y M A

Dėl publikavimo žurnale „Sveikatos mokslai“

2026-05-05 Nr.218

Vilnius

Žurnalo „Sveikatos mokslai“ redakcija gavo Vėtros Kentraitės straipsnį:

PAKAITINĖ HORMONŲ TERAPIJA: KĄ ŽINO IR GALVOJA LIETUVOS MOTERYS?

Straipsnis visiškai atitinka mokslinei medicininei publikacijai keliamus reikalavimus ir bus išspausdintas 2027 m „Sveikatos mokslų“ žurnale Nr.3 (gegužė).

Žurnalo „Sveikatos mokslai“
vyriausiasis redaktorius



DocuSigned by:

Zenonas Glaveckas

AC6D1B01F2E8404...