

Ocena wiedzy na temat hormonalnej terapii zastępczej oraz jej częstość stosowania wśród 50-letnich mieszkanek Gdyni i Sopotu.

Wyniki badania SOPKARD i GDYNIAKARD

Knowledge about hormone replacement therapy and its use among fifty years old women living in Gdynia and Sopot. Estimates from SOPKARD and GDYNIAKARD study

Irina Mogilnaya¹, Dominik Rachon², Tomasz Zdrojewski¹, Krystyna Suchecka-Rachon¹

Celem niniejszej pracy była ocena wiedzy na temat hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) i częstości jej stosowania wśród mieszkanek środowisk wielkomiejskich województwa pomorskiego na przykładzie populacji 50-letnich kobiet zamieszkujących Gdynię i Sopot.

Materiał: Badanie miało charakter ankiety i zostało przeprowadzone na 586 50-letnich mieszkankach Gdyni i Sopotu w latach 2002–2003. Wśród nich 269 było po menopauzie, a 317 jeszcze regularnie miesiączkowało.

Wyniki: W zależności od wykształcenia 56,4 do 93,5% badanych kobiet słyszało o HTZ. Większość kobiet za najważniejszą zaletę stosowania HTZ uznała poprawę samopoczucia. Co 5. kobieta wiedziała, że stosowanie HTZ zapobiega osteoporozie. Wśród niebezpieczeństw stosowania HTZ najczęściej wymieniane były nowotwory. 29% kobiet w trakcie badania stosowało HTZ. Najczęstszą przyczyną niestosowania HTZ był brak informacji o możliwości takiego leczenia, gdyż 20% kobiet nigdy nie słyszało o HTZ i aż 32% badanych nigdy nie rozmawiało ze swoim lekarzem prowadzącym o ewentualnym wdrożeniu takiego leczenia. Prawie co 5. kobieta, która słyszała o HTZ nie stosowała jej z przekonania, że jest to „wbrew naturze” natomiast 12,5% w obawie przed rozwojem nowotworów. Najczęściej stosowanym rodzajem terapii była przeskórna ciągła terapia estrogenowa.

Wnioski: Stosowanie HTZ wśród trójmiejskich 50-letnich kobiet jest prawie 2-krotnie wyższe niż w populacji ogólnopolskiej (29 vs 15,7%) i porównywalne do wyników europejskich. Najczęstszą przyczyną niepodjęcia HTZ jest nieinformowanie pacjentek przez lekarzy pierwszego kontaktu o możliwości włączenia tego typu leczenia.

Słowa kluczowe: menopauza, hormonalna terapia zastępcza, okres pomenopauzalny, badanie SOPKARD, badanie GDYNIAKARD

(Przegląd Menopauzalny 2005; 2: 28–33)

¹Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Bogdan Wyrzykowski

²Zakład Immunologii Akademii Medycznej w Gdańsku; kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Jolanta Myśliwska



Wstęp

W II połowie XX wieku, dzięki postępom medycyny i opieki zdrowotnej, życie kobiet po menopauzie uległo znacznemu wydłużeniu, w Polsce do ok. 80 lat, co oznacza, że aż 1/3 tego czasu przypada na okres pomenopauzalny. Nie dziwi więc fakt, iż ostatnio znacznie wzrosło zainteresowanie problemami zdrowotnymi kobiet po menopauzie oraz ich leczeniem. W przeciągu ostatnich 10 lat liczba ukazujących na świecie się publikacji poruszających problem hormonalnej terapii zastępczej (HRT) wzrosła prawie 5-krotnie [1]. Mimo wielu kontrowersji dotyczących stosowania tego rodzaju terapii, dane amerykańskie i kanadyjskie wskazują na ciągły stopniowy wzrost odsetka kobiet stosujących preparaty hormonalne w okresie pomenopauzalnym. Odsetek ten różni się w poszczególnych częściach danego kraju i poza wykształceniem zależy także od miejsca zamieszkania [2, 3].

Celem niniejszej pracy była ocena wiedzy na temat HTZ i częstości jej stosowania wśród mieszkanków środowisk wielkomiejskich województwa pomorskiego na przykładzie populacji 50-letnich kobiet zamieszkujących Gdynię i Sopot.

Materiał i metoda

Badanie zostało przeprowadzone jako część przesiewowych programów prewencji chorób układu krążenia, których celem jest ocena rozpowszechnienia oraz zwiększenie wykrywalności nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii i cukrzycy wśród dorosłych mieszkańców Sopotu i Gdyni, jak również poprawa skuteczności leczenia tych schorzeń (badania SOPKARD i GDYNIAKARD). Badanie miało charakter ankiety i zostało przeprowadzone na 586 50-letnich mieszkankach Gdyni i Sopotu w latach 2001–2003. Wybrano właśnie tę grupę kobiet, ponieważ średni wiek menopauzy w Polsce wynosi 50,8 lat [4], dlatego też najbliższa jest im problematyka okresu przekwitania i HTZ. Wszystkie respondentki były pytane o poziom wykształcenia, wiedzę na temat menopauzy i HTZ oraz korzyści i niebezpieczeństwa związane z jej stosowaniem. Ponadto kobiety pytane były o stosowanie obecnie bądź w przeszłości HTZ. Wśród kobiet stosujących HTZ pytano także o nazwę przyjmowanego preparatu.

Do analizy statystycznej wyników posłużono się programem STATISTICA 6.0 dla Windows. Dane jakościowe porównywano testem χ^2 . Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,01$.

Wyniki

Charakterystyka badanych kobiet

Kobiety pytano o czas ostatniej fizjologicznej miesiączki, palenie papierosów oraz stosowanie doustnych

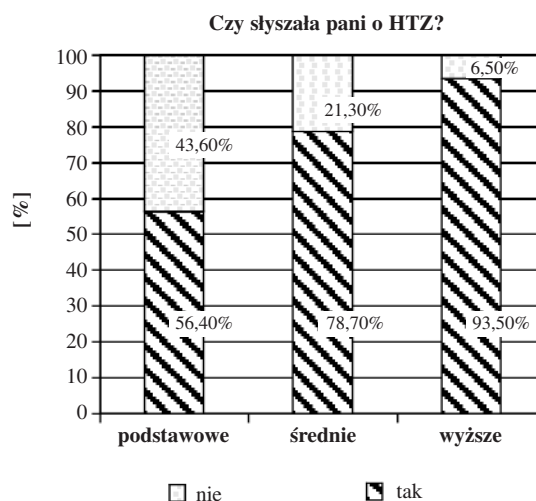
środków antykoncepcyjnych. Za kryterium menopauzy przyjęto brak fizjologicznej miesiączki przez co najmniej 12 mies. Menopauzę rozpoznano u 45,9% (n=269, grupa pomenopauzalna) natomiast 54,1% (n=317, grupa premenopauzalna) jeszcze miesiączkowała. 43,4% kobiet (n=254) nigdy nie paliło papierosów, co 3. (n=197) była palaczką, a ponad 20% (n=134) paliło w przeszłości. Wśród naszych respondentek 9,9% (n=58) miało wykształcenie podstawowe, 74,4% (n=436) średnie oraz 15,7% (n=92) wyższe.

Wiedza na temat HTZ wśród badanych kobiet

Większość ankietowanych kobiet (79,9%) pytana o to, czy kiedykolwiek słyszała o HTZ, odpowiadała twierdząco. Jednakże odsetek ten był znacznie większy wśród kobiet z wyższym wykształceniem w porównaniu do kobiet z wykształceniem podstawowym (93,5 vs 56,4%; $p < 0,0001$) (ryc. 1.).

Ocena świadomości korzyści i niebezpieczeństw płynących ze stosowania HTZ

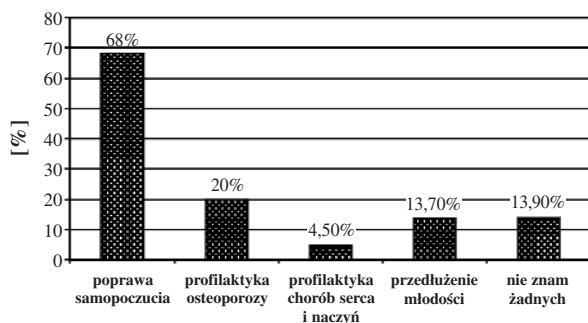
Wszystkie spośród 468 respondentek, które słyszały o HTZ pytane były również o znane im korzyści i niebezpieczeństwa wynikające ze stosowania tego rodzaju leczenia (ryc. 2.). Ponad 2/3 kobiet (68,0%) wskazała poprawę samopoczucia jako największą zaletę stosowania HTZ. 20% kobiet wśród korzyści stosowania HTZ podało prewencję osteoporozy, natomiast 4,5% kobiet twierdziło, iż stosowanie HTZ chroni przed chorobami układu sercowo-naczyniowego. Aż 13,7% kobiet wierzyło, iż stosowanie HTZ ma działanie odmładzające. 13,9% kobiet nie potrafiło podać żadnych korzyści stosowania HTZ.



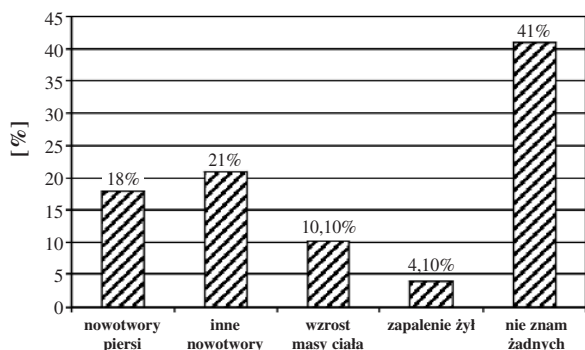
Ryc. 1. Zależność wiedzy na temat hormonalnej terapii zastępczej od wykształcenia



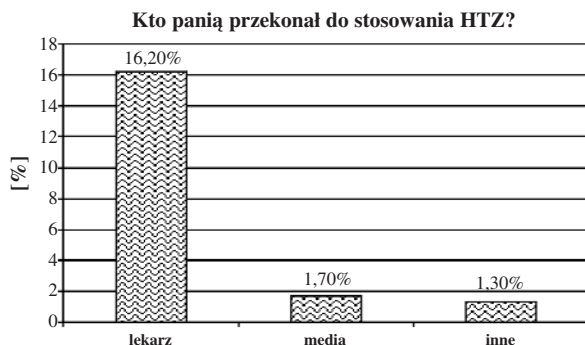
Pytane o ryzyko związane ze stosowaniem HTZ (ryc. 3.), 41% kobiet nie potrafiło wskazać żadnych niebezpieczeństw związanych ze stosowaniem tego rodzaju terapii. Pozostałe kobiety wśród niebezpieczeństw związanych ze stosowaniem HTZ najczęściej wymieniały nowotwory – 39%, w tym 17,9% guzy piersi. Co 10. kobieta uważała, że stosowanie HTZ prowadzi do wzrostu masy ciała. Zaledwie 4,1% respondentek wiedziało, iż stosowanie HTZ może prowadzić do zapalenia żył.



Ryc. 2. Korzyści wynikające ze stosowania HTZ



Ryc. 3. Niebezpieczeństwa związane ze stosowaniem HTZ



Ryc. 4. Kto panią przekonał do stosowania HTZ

Odsetek kobiet pomenopauzalnych stosujących HTZ

29% ankietowanych kobiet (n=78) będących po menopauzie było w trakcie stosowania HTZ. 4,8% (n=13) stosowało HTZ w przeszłości, ale przerwało z powodu objawów ubocznych. Do najczęstszych należały: zakrzepowe zapalenie żył (20%), zawroty głowy (13,3%) oraz wzdęcia (13,3%), wśród innych przyczyn zaprzestania stosowania HTZ znalazły się choroby wątroby i zalecenia lekarza prowadzącego. Większość ankietowanych kobiet pomenopauzalnych, które były w trakcie stosowania lub stosowały wcześniej HTZ, zostało przekonanych do tego rodzaju terapii przez lekarza (16,2%), pozostałe zdecydowały się po namowie rodziny, znajomych lub dowiedziały się o takiej możliwości z mediów (z prasy kobiecej). Ponad 80% kobiet nie udzieliło na to pytanie odpowiedzi (ryc. 4.).

Zapytano również wszystkie kobiety stosujące HTZ (n=78) o rodzaj obecnie stosowanego preparatu. Okazało się, że najczęściej przepisywanym rodzajem terapii zastępczej była ciągła terapia estrogenowa, a najczęściej przyjmowanym preparatem w badanej populacji (17,9% kobiet) był naturalny 17 β -estradiol, stosowany w sposób ciągły w postaci przezskórnej co 3,5 dnia w dawce 0,05 mg/24 godz. (System50). W następnej kolejności wymieniane były preparaty zawierające estradiol w połączeniu z octanem noretisteronu w terapii sekwencyjnej bądź ciągłej. Najrzadziej stosowanymi preparatami były połączenia skoniugowanych końskich estrogenów z octanem medroksyprogesteronu oraz mikronizowanego estradiolu z dydrogesteronem (ryc. 5.).

Wyniki badania wskazują również na to, iż przezskórna droga podawania HTZ jest bardziej popularna wśród pacjentek w Trójmieście, w porównaniu do terapii doustnej (50 vs 38,46%). 3,84% kobiet przyjmowało HTZ w formie zastrzyków lub drogą donosową (ryc. 6.).

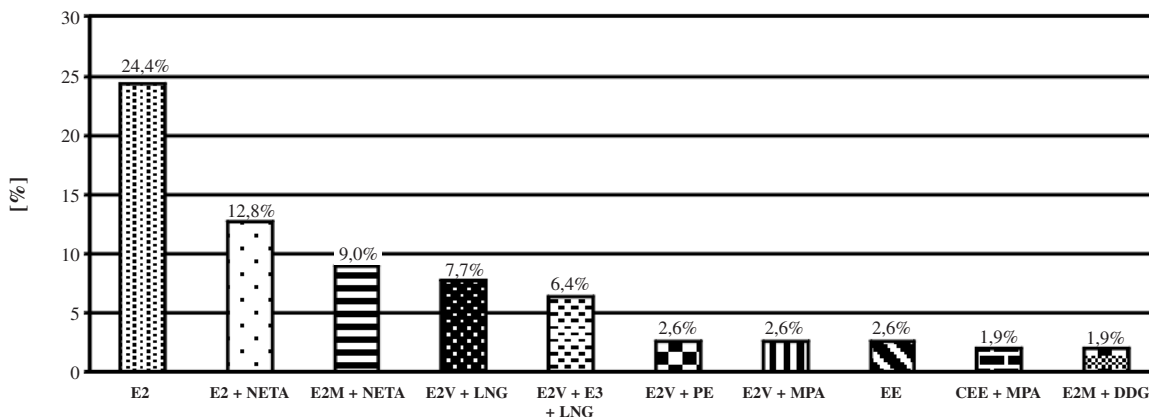
Odsetek kobiet w wieku premenopauzalnym zamierzających stosować HTZ w przyszłości

Wszystkie kobiety, które w czasie badania były w okresie przedmenopauzalnym (n=317), pytane były o chęć stosowania HTZ po menopauzie. 36,9% pytanym kobiet nie miało jeszcze sprecyzowanego poglądu, 18,3% odpowiedziało, iż zamierzają stosować HTZ po menopauzie, a pozostałe 20,2%, że nie (ryc. 7.).

Przyczyny niestosowania HTZ

Ostatnim etapem było zbadanie przyczyn niechęci do stosowania HTZ. Co 5. (20,1%) wśród wszystkich przebadanych kobiet nigdy nie słyszała o HTZ (24,6% kobiet przed menopauzą vs 14,9% kobiet pomenopauzalnych) (ryc. 7., 8.). Następną ważną przyczyną był fakt, że nie zawsze lekarze rodzinni poruszają temat HTZ, np. aż 32,3% kobiet po menopauzie, które słyszały o HTZ zadeklaro-





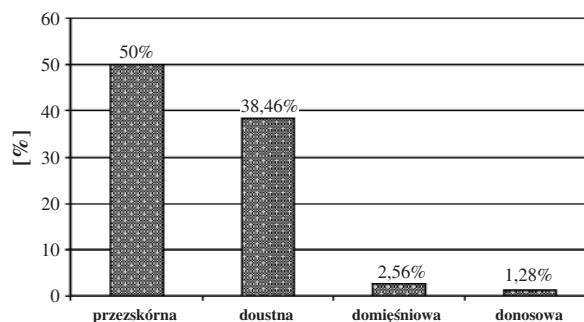
Ryc. 5. Najczęściej stosowane preparaty HTZ. E2 – estradiol, E3 – estriol, E2M – mikronizowany estradiol, E2V – walerianian estradiolu, EE – estrogeny zestryfikowane, CEE – estrogeny skoniugowane, NETA – octan noretisteronu, LNG – lewonorgestrel, PE – enantan prasteronu, MPA – octan medroksyprogesteronu, DDG – dydrogesteron

wało, że nigdy nie otrzymało propozycji stosowania tego typu terapii (nie rozmawiały z lekarzem o ewentualnej możliwości wdrożenia HTZ), a tylko co 5. (19%) nigdy się nie zdecydowała mimo propozycji lekarza (ryc. 8.).

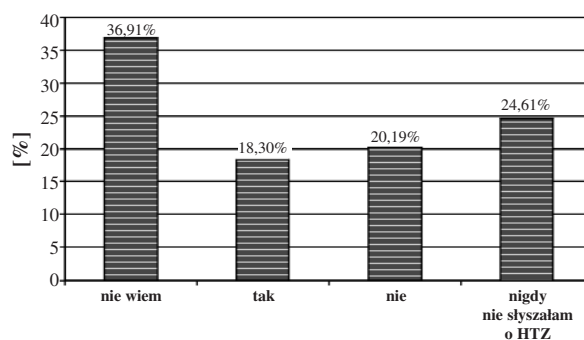
Obawy przed powikłaniami stosowania HTZ są jeszcze jedną istotną przyczyną niechęci do jej wdrożenia i stosowania. Ponad 20% kobiet premenopauzalnych, które słyszały o HTZ, zadeklarowało niechęć podjęcia tego rodzaju leczenia, wskazując jako przyczynę obawę przed chorobą nowotworową i przekonanie, że jest to wbrew naturalnym zmianom zachodzącym fizjologicznie w organizmie kobiety. Prawie co 10. kobieta obawia się wzrostu masy ciała, co 3. kobieta nie potrafiła sprecyzować przyczyny (ryc. 9.).

Dyskusja

Decyzja o stosowaniu HTZ jest uwarunkowana wieloma czynnikami, do których należą przede wszystkim: wykształcenie i poziom wiedzy na temat menopauzy oraz dostępność do specjalistycznej opieki medycznej. Wyniki wielu badań dowodzą, że wiedza kobiet na temat menopauzy i hormonalnej terapii zastępczej jest nadal zbyt mała, co wydaje się być zadziwiającym faktem, gdyż ciągle obserwuje się zwiększoną tendencję do jej stosowania [3]. Celem niniejszej pracy była ocena wiedzy na temat korzyści i niebezpieczeństw płynących ze stosowania hormonalnej terapii zastępczej, jak również częstości jej stosowania wśród kobiet zamieszkujących dwie aglomeracje wielkomiejskie województwa pomorskiego – Sopotu i Gdyni. Badanie celowo przeprowadzono wśród kobiet 50-letnich, gdyż właśnie na ten okres przypada średni wiek występowania menopauzy kobiet w Europie. Wyniki naszej pracy pokazują, że pra-



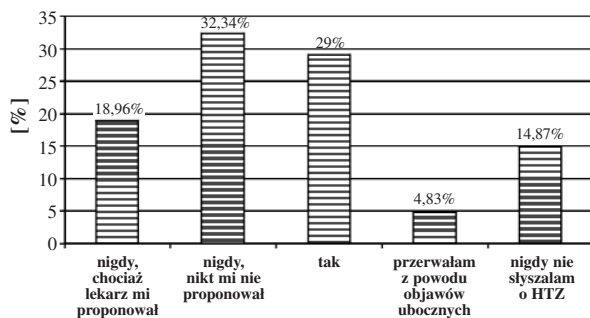
Ryc. 6. Drogi przyjmowania HTZ



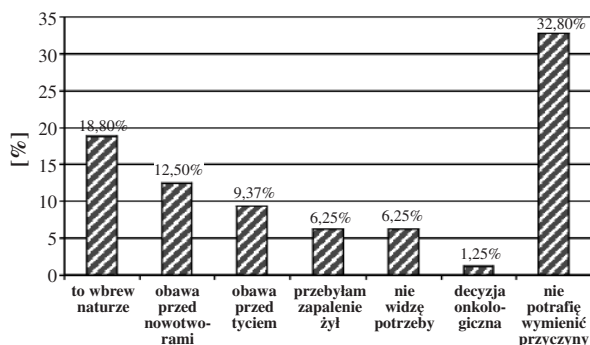
Ryc. 7. Czy chciałaby pani stosować HTZ? (n=317)

wie 80% 50-letnich mieszkanek Gdyni i Sopotu słyszało o HTZ, a wiedza o korzyściach i ryzyku stosowania tej terapii zależna jest od poziomu wykształcenia. Wyniki te są zgodne z wynikami innych autorów, którzy wskazują, iż wysokie wykształcenie wiąże się z większą znajomością problematyki menopauzy i HTZ [5]. Odse-





Ryc. 8. Czy stosuje pani HTZ? (n=269)



Ryc. 9. Niechęć podjęcia HTZ (n=64)

tek kobiet pomenopauzalnych w naszym badaniu, które były w trakcie stosowania HTZ wynosił 29%, natomiast ok. 5% badanych stosowało HTZ w przeszłości. Jest to prawie 2-krotnie więcej w porównaniu z danymi ogólnokrajowego badania HORTPOL, w którym wśród kobiet między 45. a 54. rokiem życia stosowanie HTZ wynosiło 15,7% [1]. Wśród przyczyn tej różnicy jest fakt, iż nasze badanie przeprowadzone zostało na grupie kobiet 50-letnich, a więc tych, które bezpośrednio dotknięte są problemami menopauzy [6]. Drugą przyczyną tak istotnej różnicy może być fakt przeprowadzenia naszego badania wśród kobiet ze środowisk wielkomiejskich, gdzie dostęp do informacji i opieki wysoko specjalistycznej jest zdecydowanie łatwiejszy w porównaniu do małych miast i wsi. W stosunku do innych krajów europejskich odsetek ten jest natomiast porównywalny. Wyniki oceny stosowania HTZ wśród kobiet w wieku okołomenopauzalnym w Niemczech i Dani wynoszą odpowiednio 23 i 18,4% [7, 8], natomiast w Norwegii i Szwecji odsetek ten wynosi 32% [9, 10].

Okazuje się jednak, że aż 20,1% badanych przez nas 50-latek nigdy nie słyszało o HTZ, co równocześnie było jedną z najczęstszych przyczyn niestosowania tego rodzaju terapii. Kolejnym powodem niepodjęcia HTZ był fakt, iż 32,3% kobiet nie zostało nigdy poinformowanych przez swoich lekarzy rodzinnych o możliwości wdrożenia

takiego leczenia. Wyniki innych badań wskazują, iż w krajach wysoko rozwiniętych mniej niż połowa kobiet w okresie okołomenopauzalnym ma dostęp do informacji na temat HTZ [11, 12] i w zależności od kraju od 38 do 61% nigdy nie dyskutowało o menopauzie i jej objawach ze swoim lekarzem [13]. Natomiast odsetek badanych przez nas kobiet, które słyszały o HTZ, ale nie chciały się zdecydować na stosowanie HTZ w obawie przed powikłaniami i działaniami ubocznymi tej terapii wynosił zaledwie 13,7%. Niestety, nie posiadamy danych na temat zależności pomiędzy próbami podejmowania dyskusji o HTZ przez pacjentkę a płcią lekarza leczącego, jak również rodzajem specjalizacji lekarza leczącego. Większość badań wskazuje, że ginekolodzy bardziej niż inni specjaliści skłonni są do zapisywania HTZ [14, 15, 16].

W naszym badaniu pytano również kobiety, które stosują, bądź wcześniej stosowały HTZ, o rodzaj przyjmowanego preparatu. Do najczęstszych należał naturalny 17 β -estradiol stosowany przezskórnie co 3,5 dnia w dawce 0,05 mg/24 godz., na drugim miejscu znalazł się preparat sekwencyjny zawierający walerianian estradiolu z lewonorgestrellem. Najczęstszą drogą przyjmowania preparatów hormonalnej terapii okazała się przezskórna (50%). Doustne preparaty stosowane były przez 38,5% kobiet. Wyniki ogólnopolskiego badania HORTPOL wskazują, że doustna droga podawania jest bardziej popularna niż przezskórna w populacji polskich kobiet w okresie okołomenopauzalnym (45–64 lat), odpowiednio 64 i 25% [1]. Nie wiadomo, jaka jest przyczyna większej popularności preparatów transdermalnych wśród mieszkank Trójmiasta. W Europie tylko Francja jest państwem, w którym stosowanie preparatów przezskórnych wydaje się być bardziej popularne niż w innej postaci [17]. CEE, które do ogłoszenia wyników badania WHI [18] zajmowały drugą pozycję wśród najczęściej przepisywanych preparatów w USA [19], były najrzadziej stosowanym przez trójmiejskie kobiety preparatem HTZ (mniej niż 1,3%). Ponieważ badania nasze zostały przeprowadzone jeszcze zanim zostały ogłoszone ostateczne rezultaty badania WHI, możemy uznać, że nie są one przyczyną niskiego stosowania CEE. Przyczynę tak niskiego odsetka kobiet stosujących CEE najprawdopodobniej trzeba upatrywać w fakcie, że preparaty HTZ stały się dostępne na szeroką skalę w Polsce pod koniec lat 80., kiedy to naturalny 17 β -estradiol oraz jego estry były już stosowane jako HTZ. CEE natomiast nie były dostępne w sprzedaży w Polsce aż do końca lat 90., kiedy to większość polskich lekarzy już miała doświadczenie w stosowaniu preparatów zawierających naturalny 17 β -estradiol w HTZ.

Wnioski

1. Ponad 2/3 50-letnich mieszkank Gdyni i Sopotu słyszało o HTZ, a wiedza o korzyściach i ryzyku stosowania tej terapii zależna jest od poziomu wykształcenia.



2. Częstość stosowania HTZ wśród trójmiejskich 50-letnich kobiet jest prawie 2-krotnie wyższa niż w populacji ogólnopolskiej i porównywalna do wyników europejskich.
3. Najczęstszą przyczyną niepodjęcia HTZ jest nieinformowanie pacjentek przez lekarzy pierwszego kontaktu o możliwości włączenia tego typu terapii.

Summary

The aim of this study was to evaluate the knowledge and the prevalence of hormone replacement therapy (HRT) use among 50 year old inhabitants of the two cities in the north part of Poland: Gdynia and Sopot.

Materials: The survey was conducted on a sample of 586 women (269 were postmenopausal and 317 were premenopausal) in the years 2002–2003.

Results: Depending on the education level 56.4 to 93.5% of women have heard about HRT. Most of the women pointed out the improvement of well being as an advantage of HRT use. One out of five women knew that the use of HRT prevents osteoporosis development. Among the risks of HRT use, cancer was pointed out in the first place. During the study 29% of women were current users of HRT. The most often reason of not using HRT was the lack of information about such a therapeutic option. 20% of the women have never heard of HRT and 32% have never spoke with their doctors about the possibility of introducing such a treatment. One out of five women, which has heard about HRT, did not use it because according to them it was "against the nature". Only 12.5% from the women who have heard about it didn't use it because they were afraid of cancer. 50% of women taking HRT were using transdermal continuous oestrogen therapy.

Conclusions: The prevalence of HRT use among the 50 year old inhabitants of Gdynia and Sopot is two times higher compared to the whole Polish population (29% vs. 15.7%) and it is comparable to other European countries. The most often reason of not using HRT is the lack of information of such a therapeutic option.

Key words: menopause, hormone replacement therapy, menopausal transition, SOPKARD Study, GDYNIKARD Study

Piśmiennictwo

1. Rachon D, Zdrojewski T, Suchecka-Rachon K, et al. Knowledge and use of hormone replacement therapy among Polish women: estimates from a nationally representative study-HORTPOL 2002. *Maturitas* 2004; 47: 31-7.
2. Brett KM, Madans JH. Use of postmenopausal hormone replacement therapy: estimates from a nationally representative cohort study. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 536-45.
3. Csizmandi I, Benedetti A, Boivin JF, et al. Use of postmenopausal estrogen replacement therapy from 1981 to 1997. *CMAJ* 2002; 166: 187-8.
4. Baron J. *Zarys endokrynologii ginekologicznej i położniczej*. PZWL, Warszawa 1996.
5. Hartley HO, Rao JN. Sampling with unequal probabilities. *Ann Mathemat Stat* 1962; 33: 350-74.
6. Scalley EK, Henrich JB. An overview of estrogen replacement therapy in postmenopausal women. *J Womens Health* 1993; 2: 289-94.
7. Mueller JE, Doring A, Heier M, et al. Prevalence and determinants of hormone replacement therapy in German women 1984-1995. *Maturitas* 2002; 43: 95.
8. Oddens BJ, Boulet MJ. Hormone replacement therapy among Danish women aged 45-65 years: prevalence, determinants, and compliance. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 269-77.
9. Bakken K, Eggen AE, Lund E. Hormone replacement therapy in Norwegian women, 1996-1997. *Maturitas* 2001; 40: 131-41.
10. Li C, Samsioe G, Lidfelt J, et al. Important factors for use of hormone replacement therapy: a population-based study of Swedish women. *The Women's Health in Lund Area (WHILA) Study*. *Menopause* 2000; 7: 273-81.
11. Oddens BJ, Boulet MJ, Lehert P, et al. A study on the use of medication for climacteric complaints in western Europe-II. *Maturitas* 1994; 19: 1-12.
12. Hunskaar S, Backe B. Attitudes towards and level of information on perimenopausal and postmenopausal hormone replacement therapy among Norwegian women. *Maturitas* 1992; 15: 183-94.
13. Schneider HP. Cross-national study of women's use of hormone replacement therapy (HRT) in Europe. *Int J Fertil Womens Med* 1997; 42 (Suppl. 2): 365-75.
14. Schwartz M, Anwah I, Levy RN. Variations in treatment of postmenopausal osteoporosis. *Clin Orthop* 1985; 192: 180-4.
15. Greendale GA, Carlson KJ, Schiff I. Estrogen and progestin therapy to prevent osteoporosis: attitudes and practices of general internists and gynaecologists. *J Gen Intern Med* 1990; 5: 464-9.
16. Stafford RS, Saglam D, Causino N, et al. Low rates of hormone replacement in visits to United States primary care physicians. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 381-7.
17. Ringa V, Ledesert B, Gueguen R, et al. Determinants of hormonal replacement therapy in recently postmenopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 45 (3): 193-200.
18. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestins in healthy postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
19. Kreling D, Mott D, Wiederholt J, et al. *Prescription drug trends: a chartbook update*. Menl Park, Calif: Kaiser Family Foundation; November 2001.

Adres do korespondencji

dr med. **Krystyna Suchecka-Rachon**
 Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
 Akademii Medycznej w Gdańsku
 ul. Dębinki 7
 80-211 Gdańsk
 tel./faks +48 58 349 25 38
 e-mail: rachon@amg.gda.pl

