

रजोनिवृत्ति और एमएचटी 2024: प्रमुख विवादों का समाधान] अंतर्राष्ट्रीय रजोनिवृत्ति सोसायटी श्वेत पत्र

सारांश अंतर्राष्ट्रीय रजोनिवृत्ति सोसायटी 'आईएमएस(की दृष्टि यह है कि दुनिया भर की सभी महिलाओं को प्रमाण, आधारित ज्ञान और स्वास्थ्य देखभाल तक आसान और समान पहुंच प्राप्त हो, जिससे उन्हें मध्य जीवन स्वास्थ्य विकल्पों के बारे में पूरी तरह से सूचित निर्णय लेने के लिए सशक्त बनाया जा सके। इस श्वेत पत्र का उद्देश्य रजोनिवृत्ति और रजोनिवृत्ति हार्मोन थेरेपी 'एमएचटी(के बारे में आईएमएस विशेषज्ञों से एक संतुलित शैक्षिक दृष्टिकोण प्रदान करना है, जो विश्व रजोनिवृत्ति दिवस 2024 की ओर अग्रसर है। यह पत्र रजोनिवृत्ति की मानवशास्त्र और इतिहास, एमएचटी के सिद्धांतों और विवादों को विस्तार से समझाता है और इसे नियामक और रजोनिवृत्ति समाज के संदर्भ में रखता है। श्वेत पत्र आईएमएस की आगामी अद्यतन सिफारिशों की नींव भी रखता है और रजोनिवृत्ति के भविष्य के नैतिक प्रबंधन के लिए एक खाका के रूप में कार्य करेगा।

एक महत्वपूर्ण खंड 'एमएचटी के 5Ws' है9 किसके लिए एमएचटी है; एमएचटी के प्रकार और खुराक क्या हैं; एमएचटी कब शुरू और बंद करना चाहिए; एमएचटी क्यों महत्वपूर्ण है; और एमएचटी कहां तक पहुंचा जा सकता है? इस जानकारी का एक प्रमुख बिंदु सारांश स्वास्थ्य पेशेवरों और जनता के लिए प्रदान किया गया है। सारांश हालिया विवादित एमएचटी प्रिस्क्राइबिंग मुद्दों के बारे में [आसान पहुंच] सलाह प्रदान करता है जो स्वास्थ्य देखभाल और मीडिया के प्रकाश में हैं।

परिचय इस 2024 श्वेत पत्र का उद्देश्य रजोनिवृत्ति और रजोनिवृत्ति हार्मोन थेरेपी 'एमएचटी(के बारे में अंतर्राष्ट्रीय रजोनिवृत्ति सोसायटी 'आईएमएस(की स्थिति का बयान प्रस्तुत करना है, विशेष रूप से कुछ प्रमुख विवादों को संबोधित करना। इस पेपर का उद्देश्य भविष्य के नैतिक प्रबंधन के लिए एक खाका के रूप में कार्य करना है जो व्यावहारिक और आकांक्षात्मक दोनों दृष्टिकोणों से रजोनिवृत्ति को प्रबंधित करता है।

आईएमएस का मिशन वैश्विक स्तर पर काम करना है ताकि महिलाओं को उनकी रजोनिवृत्ति संक्रमण और प्रजननोत्तर वर्षों के दौरान सर्वोत्तम, प्रथाओं वाली स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच प्रदान की जा सके, जिससे वे अपने स्वास्थ्य और कल्याण को बेहतर ढंग से प्राप्त कर सकें। रजोनिवृत्ति के बारे में प्रभावी संचार और प्रमाण, आधारित शिक्षा के माध्यम से, महिलाएं अपने व्यक्तिगत लक्ष्यों के साथ संरेखित किए गए सूचित व्यक्तिगत विकल्प बनाने के लिए सशक्त हो सकती हैं।

कई वर्षों की उपेक्षा के बाद, हमने अंततः लोकप्रिय मीडिया में रजोनिवृत्ति पर अभूतपूर्व ध्यान देखा है, जिससे महिलाएं रजोनिवृत्ति के लक्षणों के लिए देखभाल प्राप्त करने के लिए प्रेरित हुई हैं। फिर भी मीडिया और यहां तक कि शैक्षणिक साहित्य इसके प्रबंधन पर विपरीत दृष्टिकोण प्रस्तुत करते हैं। ये विपरीत दृष्टिकोण अक्सर महिलाओं को रजोनिवृत्ति के बदलाव के दौरान समर्थित होने के बजाय भ्रमित और असहाय महसूस कराते हैं, जिससे वे अप्रमाणित उत्पादों के प्रति संवेदनशील हो जाती हैं।

बहुत कम चिकित्सीय चिकित्सा हस्तक्षेपों ने एमएचटी जितना विवाद उत्पन्न किया है और बहुत कम एमएचटी जितने लोकप्रियता में उतार, चढ़ाव देखे गए हैं। एमएचटी के बारे में राय सामाजिक, सांस्कृतिक जलवायु के कारण भी उतनी ही प्रभावित होती हैं जितनी कि नैदानिक परीक्षणों से प्राप्त साक्ष्यों से। इन सामाजिक, सांस्कृतिक कारकों में जनसांख्यिकी, शिक्षा, धर्म, विश्वास, मूल्य, सामाजिक वर्ग, लैंगिकता और दृष्टिकोण शामिल हैं।

रजोनिवृत्ति गति की एक संतुलित कथा की खोज जारी है '0(यह पेपर इस संतुलित कथा के लिए आधार तैयार करने के लिए कार्य करता है, रजोनिवृत्ति और एमएचटी के इतिहास और वर्तमान संदर्भ को परिभाषित करते हुए।

इस श्वेत पत्र का उद्देश्य उपचारात्मक विकल्पों और प्रभावशीलता और सुरक्षा के प्रमाण का व्यापक टूलकिट प्रदान करना नहीं है; यह सिफारिशों, दिशानिर्देशों और आम सहमति बयानों द्वारा अच्छी तरह से कवर किया गया है। इस पेपर का प्राथमिक उद्देश्य निम्नलिखित का अन्वेषण करना है9

- रजोनिवृत्ति को प्राकृतिक जीवन चरण या आधुनिक रोग मानने में प्रभावित करने वाले प्रमुख मानवशास्त्रीय, विकासवादी, ऐतिहासिक, सामाजिक जनसांख्यिकीय और सांस्कृतिक मुद्दे।
- रजोनिवृत्ति का इलाज कैसे और क्यों किया जाना चाहिए, इसके बारे में अपेक्षाएं।
- उपचार की प्रभावशीलता और सुरक्षा के बारे में अपेक्षाएं।
- महिलाओं के बीच निराशा और स्वास्थ्य सेवा प्रदाता 'एचसीपी' के बीच भ्रम के कारक।
- एमएचटी पर संतुलित दृष्टिकोण हासिल करने और दोनों एचसीपी और मध्य, जीवन और रजोनिवृत्ति में महिलाओं को सशक्त बनाने के लिए आगे क्या किया जा सकता है।

रजोनिवृत्ति पर मानवशास्त्रीय और विकासवादी दृष्टिकोण9 रजोनिवृत्ति और एमएचटी महिलाओं और समाज के लिए काफी विवादास्पद और बहस का विषय बने हुए हैं। रजोनिवृत्ति के प्रति दृष्टिकोण और धारणाएं, जो इस विवाद को चला रही हैं, को मानवशास्त्रीय, विकासवादी, ऐतिहासिक और आधुनिक चिकित्सा दृष्टिकोणों से समझा जा सकता है।

रजोनिवृत्ति के चरणों को प्रजनन आयु वर्गीकरण कार्यशाला 'STRAW)+10 समूह द्वारा स्पष्ट रूप से परिभाषित किया गया है,(2) जो मुख्य रूप से मासिक धर्म की नियमितता के अनुसार वर्गीकृत हैं, जबकि हार्मोनल मार्कर द्वितीयक महत्व रखते हैं। यद्यपि यूरोप जैसे क्षेत्रों में प्राकृतिक रजोनिवृत्ति की औसत आयु 51 वर्ष मानी जाती है, वैश्विक आंकड़ों के मेटा, विश्लेषण से पता चलता है कि प्राकृतिक रजोनिवृत्ति की औसत आयु वास्तव में 48.8 वर्ष है'2(1 विभिन्न अध्ययन, जैसे कि यूएस स्टडी ऑफ वीमेन हेल्थ अक्रॉस द नेशन 'SWAN)(4) और उप, सहारा अफ्रीका के अन्य अध्ययन, दिखाते हैं'4(कि यह आयु कई सामाजिक आर्थिक और अन्य कारकों जैसे कि एचआईवी के अनुसार भिन्न होती है और आबादी के महत्वपूर्ण हिस्से में जल्दी और समय से पहले भी हो सकती है।'2,4(

पेरिमेनोपॉज में आमतौर पर तनावपूर्ण लक्षण शुरू हो जाते हैं, और अक्सर महिलाएं पेरिमेनोपॉज में प्रवेश करने से पहले ही लक्षण महसूस करती हैं, जैसा कि STRAW+10 मापदंडों द्वारा परिभाषित है। फिर भी, सरकारी नियामक उपचार केवल रजोनिवृत्त महिलाओं के लिए अनुमोदित हैं और पेरिमेनोपॉज महिलाओं के लिए कोई विशेष अनुमोदित उपचार नहीं हैं। रजोनिवृत्ति स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियाँ और उपचार जो 'चरण, केंद्रित' होने के बजाय 'लक्षण, केंद्रित' हैं, महिलाओं की आवश्यकताओं को बेहतर ढंग से पूरा कर सकते हैं।'5(

एक 'जीवन पाठ्यक्रम दृष्टिकोण' जल्दी रजोनिवृत्ति और समयपूर्व डिम्बग्रंथि अपर्याप्तता के जोखिम वाले व्यक्तियों की पहचान कर सकता है, जो ऑस्टियोपोरोसिस, हृदय रोग और संज्ञानात्मक समस्याओं से जुड़े हैं। उदाहरण के लिए, बचपन और प्रारंभिक वयस्कता में धूम्रपान को जल्दी रजोनिवृत्ति से जोड़ा गया है, जबकि नियमित व्यायाम और न्यूनतम शराब की उपभोग से जल्दी रजोनिवृत्ति का जोखिम कम होता है।'6(

कई महिलाओं के लिए जीवन का 50% समय अब रजोनिवृत्त अवस्था में बिताया जाता है और वैश्विक रूप से उम्रदराज आबादी को देखते हुए, 2025 तक दुनिया भर में एक अरब से अधिक महिलाएं पेरिमेनोपॉज या रजोनिवृत्त आयु समूह में होंगी। इसलिए, यह आवश्यक है कि इस जीवन चरण में महिलाओं के स्वास्थ्य और जीवन की गुणवत्ता को अनुकूलित करने के लिए स्वास्थ्य रणनीतियाँ लागू की जाएं। रजोनिवृत्ति महिलाओं में गैर, संक्रामक रोगों, जैसे कि हृदय स्वास्थ्य, हड्डियों के स्वास्थ्य और संज्ञानात्मक

स्वास्थ्य में एक प्रमुख योगदानकर्ता है। इसलिए, रजोनिवृत्ति को संयुक्त राष्ट्र के स्वस्थ उम्र बढ़ने के दशक में शामिल किया जाना आवश्यक है। '7,8(

क्या रजोनिवृत्ति केवल मानव प्रजाति के लिए अद्वितीय है? तीन विशेषताएँ 'प्राकृतिक' रजोनिवृत्ति को मानव महिला के लिए अद्वितीय बनाती हैं। रजोनिवृत्ति उन व्यक्तियों में सार्वभौमिक रूप से होती है जो बाद के वर्षों में जीवित रहते हैं, यह हमारी प्रजाति की अधिकतम जीवन अवधि के आधे रास्ते में होती है, और यह काफी आयु, विशिष्ट है, हालांकि जनसंख्या और भौगोलिक क्षेत्रों के अनुसार कुछ भिन्नता है, जिसमें प्राकृतिक रजोनिवृत्ति की औसत आयु 46 से 52 वर्ष के बीच होती है। '2(

प्रजनन वृद्धावस्था 'जीववैज्ञानिक उम्र बढ़ना(केवल मानवों के लिए अद्वितीय नहीं है। पशु साम्राज्य में, कुछ रीसस और मकाक बंदर अपने अधिकतम जीवनकाल से 1-2 साल पहले मासिक धर्म बंद कर देते हैं, और कुछ वानरों में रजोनिवृत्ति के छिटपुट मामले उनके जीवनकाल के अंत में देखे जाते हैं, जैसे पिग्मी चिंपांजी 'पान ट्रोग्लोडाइट्स(, बोनोबो 'पान पैनिस्कस(और कुछ व्हेल प्रजातियों में भी। '0/,00(मुख्य अंतर समय का है, जहां चिंपांजी और व्हेल में प्रजनन वृद्धावस्था अधिकतम जीवनकाल के अंत में होती है, वहीं मानवों में यह जीवनकाल के मध्य में होती है।

मानवों में रजोनिवृत्ति का क्या उद्देश्य है?

यह एक महत्वपूर्ण प्रश्न है। रजोनिवृत्ति की व्याख्या के लिए कई परिकल्पनाएं हैं, (12,13) और निम्नलिखित सबसे व्यापक रूप से मान्य परिकल्पनाएं हैं⁹

- **दादी परिकल्पना:** लंबी प्रजननोत्तर अवधि का विकास जिसमें दादियां अपनी बेटियों के बच्चों की देखभाल करती हैं बजाय इसके कि वे खुद और संतान उत्पन्न करें। इससे उनकी बेटियां अधिक बच्चे पैदा कर सकती हैं, और दादियां अपनी दीर्घायु जीन अधिक वंशजों को हस्तांतरित करती हैं, जिससे वंशजों का वयस्क जीवनकाल लंबा होता है। यह परिकल्पना रजोनिवृत्ति के अनुकूलनात्मक मूल्य की व्याख्या करती है, लेकिन इस लक्षण की उत्पत्ति की व्याख्या नहीं करती। '03(
- **प्लिओट्रोपी 'प्राकृतिक चयन(परिकल्पना:** जीवन के प्रारंभिक चरण में उच्च अनुकूलनात्मक मूल्य वाली विशेषताएं स्वाभाविक रूप से चयनित होती हैं, जैसे अंडे का उत्पादन और भंडारण। यह प्रजनन की गुणवत्ता को अनुकूलित करने का सबसे अच्छा डिज़ाइन हो सकता है, और लगभग 50 साल की सीमा सभी स्तनधारी प्रजनन में निहित होती है। '04(
- **एपिफेनोमेनन 'गैर, चयनवादी(परिकल्पना:** रजोनिवृत्ति केवल हमारे अधिकतम जीवनकाल में वृद्धि का उप, उत्पाद हो सकती है, विशेष रूप से संक्रामक रोगों की घटनाओं में कमी के कारण। '05(

रजोनिवृत्ति और उसके उपचार का ऐतिहासिक दृष्टिकोण
पांचवीं शताब्दी ईसा पूर्व में हिप्पोक्रेट्स द्वारा मासिक धर्म के समाप्त होने और महिलाओं की गर्भधारण करने की क्षमता का वर्णन किया गया था, लेकिन रजोनिवृत्ति के किसी विशेष उपचार का सुझाव नहीं दिया गया था।

प्राचीन चीनी चिकित्सा पाठ हुआंगदी नीजिंग '黃帝内经, 475-221 ईसा पूर्व(, जिसे येलो एम्परर इनर कैनन के रूप में भी जाना जाता है, महिलाओं के लिए 7-वर्षीय जीवन चक्रों का वर्णन करता है। पांचवां चक्र 35 वर्ष की आयु में है जहाँ त्वचा की रंगत खराब होती है और बार, बार गर्भपात होता है, और सातवां चक्र 49 वर्ष की आयु में होता है जहाँ मासिक धर्म समाप्त हो जाता है, जिसके कारण बच्चों को जन्म देने में असमर्थता होती है और इस प्रकार रजोनिवृत्ति का चरण आता है। प्रथम शताब्दी ईस्वी में, रोमन साम्राज्य के तहत प्लिनी द एल्डर की प्राकृतिक इतिहास में विवरण ने

विचार को बढ़ावा दिया कि मासिक धर्म कुछ विशिष्ट गुणों से जुड़ा हुआ था, जिसने मासिक धर्म वर्जना में महत्वपूर्ण योगदान दिया। '06(

मध्य युग में यह माना जाता था कि अव्यवस्थित गर्भाशय उठता या गिरता है और सहन करने के लिए कठिन क्रियाएं करता है, जिससे हृदय की कमजोरी, छाती की तंगी, सांस की कमी, हिचकी और कष्टदायक दुर्घटनाएं होती हैं। '07(

उन्नीसवीं शताब्दी के प्रारंभ में रजोनिवृत्ति एक चिकित्सीय इकाई बन गई और इसे रोग और विकार से जोड़ा जाने लगा। रजोनिवृत्ति और उम्र बढ़ने के प्रभावों के बीच की सीमाएं धुंधली हो गईं, और चिकित्सकों ने एक श्रृंखला के अप्रिय, यहां तक कि घातक शिकायतों की पहचान की, जो उस समय के पुरुष चिकित्सकों के अनुसार 'स्थिति' से जुड़ी थीं। रजोनिवृत्ति को विभिन्न बीमारियों से जोड़ा गया था, जिनका उपचार विभिन्न रणनीतियों का उपयोग करते हुए किया जाता था जिसमें दवाएं, जोंक के साथ रक्तस्राव और सर्जरी शामिल थीं।

रजोनिवृत्ति के निदान के बाद, विक्टोरियन चिकित्सक डॉ- एडवर्ड जॉन टिल्ट ने कार्बोनेटेड सोडा, अफीम और एक बड़ा बेलाडोना प्लास्टर पेट के गड्ढे पर रखने की सिफारिश की, और उसके बाद लेड एसीटेट के घोल से योनि में इंजेक्शन लगाने और मोर्फिन हाइड्रोक्लोराइड, क्लोरिक ईथर और आसुत जल के नुस्खे दिए। '08(

1923 में एस्ट्रोजेनिक स्टेरॉयड का पहला पृथक्करण और एमएचटी का विकास
1923 में वैज्ञानिक एडगर एलन और एडवर्ड ए- डोइसी ने पहली बार एस्ट्रोजेनिक स्टेरॉयड को पृथक् किया, (20) और 1942 में 'pregnant mare's urine) से बना प्रीमारिन पहली बार पेटेंट किया गया। 1966 में, अपनी किताब फ्रेमिनिन फॉरएवर में रॉबर्ट विल्सन ने एस्ट्रोजेन को रजोनिवृत्ति की ब्रासदी का इलाज बताया। 1968 में, उस समय की प्रसिद्ध प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ डेम जोसेफीन बार्न्स ने यूके के लोकप्रिय रेडियो कार्यक्रम 'वीमेन आवर' में रजोनिवृत्ति के दौरान हार्मोनल बदलावों पर बात की। लेकिन दोपहर 2 बजे हॉट फ्लशेज के बारे में सुनना कुछ लोगों को 'तीव्र रूप से शर्मनाक' लगा!

हालांकि, 1970 तक, नारीवादियों ने रजोनिवृत्ति के पारंपरिक चिकित्सा मॉडल को चुनौती देना शुरू कर दिया और इसे एक सकारात्मक परिवर्तन के रूप में देखा। इसे बुजुर्गों की साजिश के रूप में माना गया जिसमें एक अधीनस्थ महिला रोगी को औषधियों से उपचारित किया जा सके। जर्मन ग्रीर ने अपनी पुस्तक द चेंज में कहा कि रजोनिवृत्ति शोक का समय है। रजोनिवृत्त महिला को उसकी शांति का समय और उसका अवसाद महसूस करने की अनुमति होनी चाहिए। (21)

लुइस फॉक्सक्रॉफ्ट ने 2010 में अपनी पुस्तक हॉट फ्लशेज, कोल्ड साइंस में कहा कि रजोनिवृत्ति के प्रति वर्तमान दृष्टिकोण हजारों वर्षों की भयंकर मर्दाना प्रवृत्ति, मिलीभगत, परीक्षण, त्रुटि और गोपनीयता के फ़िल्टर से होकर आए हैं (22)। रजोनिवृत्ति और एमएचटी के प्रबंधन के बारे में विवाद और विचारों के धुवीकरण ने नए सहस्राब्दी के मोड़ पर प्रमुख एमएचटी परीक्षणों के प्रकाशन के बाद और भी गहरा हो गया।

प्रमुख एमएचटी अध्ययनों का प्रभाव

2002 में अमेरिका में वीमेन हेल्थ इनिशिएटिव (WHI) अध्ययन (23) और 2003 में यूके में मिलियन वीमेन स्टडी (MWS) [24] की प्रारंभिक रिपोर्टों के कारण हृदय रोग और स्तन कैंसर के संभावित जोखिमों के कारण एमएचटी के उपयोग में 80% की महत्वपूर्ण गिरावट आई। इन अध्ययनों की रिपोर्टिंग ने पारंपरिक ज्ञान को झटका दिया। इससे पहले, अवलोकन संबंधी अध्ययनों के सकारात्मक निष्कर्षों के कारण एमएचटी को अत्यधिक सकारात्मक रूप में देखा जाता था, जिसके कारण महिलाओं को निवारक कारणों के लिए और लक्षणों से राहत के लिए एमएचटी के उपयोग के बारे में नियमित रूप से परामर्श दिया जाता था। (25)

हालांकि WHA में स्वास्थ्य परिणामों पर एमएचटी के पूर्ण जोखिम सामान्य मानकों से दुर्लभ थे, मीडिया द्वारा इन आंकड़ों को प्रतिशत परिवर्तनों के रूप में प्रस्तुत किया गया, जो सभी आयु समूहों पर लागू होने वाले जोखिमों के रूप में प्रदर्शित किया गया। इस कारण प्राथमिक देखभाल में एमएचटी के प्रिस्क्राइबिंग में गिरावट आई, जिसके परिणामस्वरूप कई महिलाएं 'चुपचाप पीड़ित' हुईं और अपने लक्षणों के लिए अन्य समाधान तलाशने लगीं।

प्रारंभिक रिपोर्ट के बाद WHA की कई अतिरिक्त रिपोर्टों ने प्रदर्शित किया कि समस्याएं मुख्य रूप से वृद्ध आयु वर्ग में थीं (26) और संभवतः WHA में उपयोग की गई हार्मोनल थेरेपी के विशेष प्रकारों और खुराक के कारण थीं। फिर भी, कई महिलाएं और उनके प्रिस्क्राइबर एमएचटी के उपयोग में लौटने के लिए अभी भी चिंतित थे।

अन्य यादृच्छिक क्लिनिकल परीक्षण जैसे क्रोनोस अर्ली एस्ट्रोजेन प्रिवेंशन स्टडी 'KEEPS'), (27) एस्ट्राडियोल के साथ प्रारंभिक बनाम देर हस्तक्षेप परीक्षण 'elite) (28) और डैनिश ओस्टियोपोरोसिस प्रिवेंशन स्टडी 'DOPS) (29) ने सामान्य रजोनिवृत्ति संक्रमण आयु में एमएचटी के उपयोग पर ध्यान केंद्रित किया और पाया कि इस आयु वर्ग में जोखिम कम थे। दुर्भाग्यवश, ये अध्ययन WHA के पैमाने के नहीं थे, और इसलिए ये हृदय संबंधी घटनाओं, फ्रैक्चर और डिमेंशिया जैसे प्रमुख परिणाम उपायों पर निश्चित रूप से प्रभाव का आकलन नहीं कर सके।

अन्य एमएचटी अध्ययनों ने WHA के विपरीत निष्कर्ष दिखाए लेकिन उन्हें प्रभावशाली दिशानिर्देशों में शामिल नहीं किया गया। उदाहरण के लिए, फ्रेंच E3N कोहोर्ट स्टडी (30) जैसे प्रमुख अवलोकनात्मक अध्ययनों ने पारंपरिक बॉडी, आइडेंटिकल एमएचटी (31) के साथ स्तन कैंसर के कम जोखिम (32) दिखाए, लेकिन ये डेटा हार्मोनल कारकों पर सहयोगी समूह के नवीनतम विश्लेषण से बाहर रखे गए।

हाल ही में जारी कुछ दिशानिर्देश, विशेष रूप से प्राथमिक रोकथाम के मुद्दे पर, सोने के मानक माने जाने वाले कोक्रेन मेटा, विश्लेषण के निष्कर्षों के विपरीत दृष्टिकोण प्रस्तुत करते हैं। उदाहरण के लिए, एक कोक्रेन समीक्षा में दिखाया गया कि जो महिलाएं रजोनिवृत्ति के 10 वर्षों के भीतर हार्मोनल रिप्लेसमेंट थेरेपी 'MHT) शुरू करती हैं, उनमें मृत्यु दर 'सापेक्ष जोखिम 0.70, 95% विश्वास अंतराल [0.52-0.95; मध्यम गुणवत्ता साक्ष्य(और कोरोनरी हृदय रोग 'हृदय संबंधी कारणों से मृत्यु और गैर, घातक मायोकार्डियल इन्फार्क्शन का मिश्रण('सापेक्ष जोखिम 0.52, 95% CI 0.29-0.96; मध्यम गुणवत्ता साक्ष्य(कम होते हैं, हालांकि उनमें वेनस थ्रोम्बोएम्बोलिज्म 'VTE) का जोखिम बढ़ा हुआ रहता है 'सापेक्ष जोखिम 1.74, 95% CI 1.11-2.73; उच्च गुणवत्ता साक्ष्य(की तुलना में प्लेसबो या बिना उपचार के। (33)

चल रहे विवाद को देखते हुए, यह स्पष्ट है कि एक निर्णायक दीर्घकालिक रैंडमाइज्ड क्लिनिकल ट्रायल की आवश्यकता है, जिसमें परंपरागत रूप से विनियमित बायोइडेंटिकल बायोसिमिलर MHT को सामान्य रजोनिवृत्ति आयु वाली महिलाओं में शुरू किया जाए और पर्याप्त संख्या में प्रमुख परिणाम मापदंडों जैसे कि हृदय संबंधी और स्तन कैंसर की घटनाओं का आकलन किया जा सके। दुर्भाग्यवश, ऐसे परीक्षण की लागत अत्यधिक होगी, जिससे मौजूदा साहित्य के आधार पर निष्पक्ष अनुशंसाएं और भी महत्वपूर्ण हो जाती हैं। उच्च गुणवत्ता वाले, भावी अवलोकनात्मक रजिस्ट्री डेटा का निरंतर संग्रह शायद सर्वोत्तम समझौता समाधान हो सकता है।

मेनोपॉज़ विशेषज्ञों को अब डेटा एकत्र करने और समेकित करने के लिए एक समन्वित दृष्टिकोण हासिल करने का प्रयास करना चाहिए। IMS जैसी सोसाइटियाँ इस डेटा ट्रॉलMका समन्वय कर सकती हैं। यह महत्वपूर्ण पहल IMS एंडोमेंट फॉर एजुकेशन एंड रिसर्च 'EER) द्वारा वित्तपोषित हो सकती है और IMS इस जानकारी के लिए एक वैश्विक भंडार के रूप में कार्य कर सकता है। इससे स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों और जनता को जानकारी के प्रसार में भी सहायता मिल सकेगी, जिसका उपयोग नैदानिक अभ्यास को सकारात्मक तरीके से प्रभावित करने के लिए किया जा सकता है। इस बीच, 2016 IMS अनुशंसाओं के अद्यतन के संबंध में व्यापक प्रणालीबद्ध समीक्षा और मेटा, विश्लेषण किए जाएंगे (34)

रजोनिवृत्ति प्रबंधन के लिए तर्क

यह व्यापक रूप से मान्यता प्राप्त है कि यद्यपि यह एक प्राकृतिक जीवन, क्रम प्रगति का हिस्सा है, रजोनिवृत्ति तनावपूर्ण लक्षणों से जुड़ी हो सकती है जो व्यक्तिगत, सामाजिक और व्यावसायिक जीवन की गुणवत्ता को प्रभावित करते हैं। रजोनिवृत्ति के विशेष लक्षण वासोमोटर लक्षण 'जैसे हॉट फ्लशज और नाइट स्वेट्स(और जननमूत्र संबंधी लक्षण होते हैं, लेकिन इस समय जीवन में कई अन्य लक्षण भी हो सकते हैं। ये लक्षण एस्ट्रोजन की कमी के कारण या अन्य संबद्ध कारकों जैसे कि आनुवंशिक, एपिजेनेटिक कारणों से भी हो सकते हैं।' 24(

एशियाई महिलाओं के लिए, शारीरिक लक्षण जैसे शरीर में दर्द और जोड़ों का दर्द और मनोवैज्ञानिक लक्षण वासोमोटर लक्षणों से अधिक प्रचलित हैं ' 25(। हाल ही में एक प्रणालीगत समीक्षा और वैश्विक डेटा के मेटा, विश्लेषण से पता चला कि जोड़ों और मांसपेशियों में असुविधा सबसे आम रजोनिवृत्ति से संबंधित लक्षण थे, जो 65.43% (95% CI 62.51-68.29) थे।' 26(

इस बात पर कभी विवाद रहा है की कौन से मेनोपॉज के वास्तविक लक्षण है । जिससे यह असंगति पैदा हुई है कि कौन से परिणाम और सर्वोत्तम मापदंडों का आकलन क्लिनिकल ट्रायल में किया जाना चाहिए। इससे मेनोपॉज से जुड़े वासोमोटर और जननमूत्र मार्ग के लक्षणों के लिए हाल ही में COMMA ग्लोबल पहल के तहत एक कोर आउटकम सेट का विकास हुआ है।' 27, 28(

अब अच्छे प्रमाण हैं कि जिन महिलाओं में गंभीर वासोमोटर लक्षण (VMS) होने की संभावना अधिक होती है, उनमें हृदय रोग की घटनाएं भी अधिक होती हैं (40)। हालांकि यह अज्ञात है कि यह संबंध कारणात्मक है या नहीं, यह महत्वपूर्ण है कि VMS और हृदय स्वास्थ्य का आकलन 'मेनोपॉज चेक' में किया जाए, जो स्क्रीनिंग का एक अवसर है और इसे IMS टूलकिट जैसे मानकीकृत प्रोटोकॉल और एल्गोरिदम का उपयोग करते हुए प्राइमरी केयर में नियमित रूप से संचालित किया जा सकता है।' 30(

मेनोपॉज से जुड़े लक्षणों की विविधता व्यक्तियों के शारीरिक, मानसिक और संज्ञानात्मक स्वास्थ्य के साथ, साथ उनके व्यक्तिगत और पेशेवर संबंधों पर भी महत्वपूर्ण प्रभाव डाल सकती है। हाल ही में, इस बात की बढ़ती मान्यता है कि ये लक्षण कार्यस्थल पर प्रदर्शन को गंभीर रूप से प्रभावित कर सकते हैं, जिससे व्यक्तिगत और कॉर्पोरेट उत्पादकता में कमी, दक्षता की हानि और यहां तक कि नौकरी खोने का भी जोखिम हो सकता है (42)। कुछ महिलाएं बिना किसी लक्षण के मेनोपॉज से गुजरेंगी और इस दृष्टिकोण से उन्हें उपचार की आवश्यकता नहीं होगी। हालांकि, गलत और भ्रामक जानकारी के व्यापक प्रसार के कारण कुछ महिलाएं केवल त्वचा, नाखून और बालों की गुणवत्ता बनाए रखने के लिए या संभावित प्राथमिक रोकथाम लाभों जैसे कि हृदय और मस्तिष्क स्वास्थ्य के लिए MHA की मांग कर सकती हैं, जिसके लिए वर्तमान में कोई संकेत नहीं है। यह एक प्रमुख मुद्दा रहा है जिसने हाल ही में विवाद उत्पन्न किया है, क्योंकि MHA केवल प्राथमिक रोकथाम के लिए अनुशंसित नहीं है, हालांकि कई देशों में हड्डियों के क्षय की रोकथाम के लिए लाइसेंस भी है।

MHA का उपयोग उम्र बढ़ने के खिलाफ रणनीति के रूप में नहीं किया जाना चाहिए। यह इस बात को उजागर करता है कि महिलाओं को यह समझने के लिए भरोसेमंद जानकारी प्राप्त होनी चाहिए कि MHA क्यों और किस उद्देश्य के लिए प्रदान की जा सकती है या नहीं की जा सकती है।

महिलाओं के जीवन के इस महत्वपूर्ण पड़ाव पर जैव, मनो, सामाजिक दृष्टिकोण अपनाकर समग्र प्रबंधन स्वास्थ्य के अनुकूलन और जीवन की बेहतर गुणवत्ता की अनुमति देता है। इस दृष्टिकोण में स्वस्थ खानपान, सक्रिय जीवनशैली और निवारक टीकाकरण 'जैसे कि न्यूमोकोकल, शिंगल्स(, पुरानी बीमारियों और कैंसर के लिए समय पर और उचित स्क्रीनिंग, हानिकारक पदार्थों जैसे सिगरेट धूम्रपान से बचना, अत्यधिक शराब से बचना, सामाजिक रूप से सक्रिय रहना और मानसिक स्वास्थ्य पर ध्यान केंद्रित करना शामिल है।

यह सब कुछ हो सकता है जो स्वस्थ उम्र बढ़ने को प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, या कुछ देशों और क्षेत्रों में उपलब्ध है, और जो महिलाएं इस विकल्प को चुनती हैं उन्हें अपने मेनोपॉज को चिकित्सीय रूप से प्रबंधित करने का दबाव महसूस नहीं करना चाहिए, जैसा कि हाल ही में मेनोपॉज प्रबंधन की समीक्षा में वर्णित है [31]। हालांकि, यह भी उतना ही महत्वपूर्ण है कि मेनोपॉज के कष्टप्रद लक्षणों और संभावित परिणामी प्रभावों को तुच्छ भी न समझा जाए। [30]

मेनोपॉज को साक्ष्य, आधारित संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा, हिप्रोथेरेपी और गैर, हार्मोनल फार्माकोलॉजिकल दवाओं से भी प्रभावी ढंग से प्रबंधित किया जा सकता है, जिनके बारे में महिलाओं को जागरूक किया जाना चाहिए। इन विकल्पों को अधिक आसानी से सुलभ बनाया जाना चाहिए क्योंकि लाभ के लिए बढ़ते प्रमाण हैं, विशेष रूप से उनके लिए जो MHT का उपयोग नहीं कर सकते हैं या नहीं करना चाहते। [30, 43-45]

वर्तमान में अनगिनत पूरक उपचार हैं जिन्हें महिलाएं प्रदाता से मदद लेने से पहले मेनोपॉज के प्रबंधन के लिए प्रथम, पंक्ति उपचार के रूप में उपयोग करती हैं, लेकिन अक्सर उनकी प्रभावशीलता और सुरक्षा के लिए बहुत कम प्रमाण होते हैं। जबकि ये तैयारी संभवतः नुकसान नहीं पहुंचाएंगी, वे कभी, कभी महत्वपूर्ण प्रतिकूल प्रभावों से जुड़ी हो सकती हैं और अक्सर प्रभावकारिता की कमी होती है। पूरक उपचारों पर चल रहे शोध की आवश्यकता है क्योंकि कुछ छोटे क्लिनिकल ट्रायल से अनुकूल डेटा मिले हैं, लेकिन इन उत्पादों की बिक्री के उचित नियमन की आवश्यकता है ताकि मेनोपॉज का नैतिक, सुरक्षित और लागत प्रभावी प्रबंधन सुनिश्चित हो सके। [33, 45]

एमएचटी के 5Ws: किसके लिए, कब, कैसे, क्यों और कहां एमएचटी उपयोग की जाए

इस श्वेत पत्र के इस भाग का उद्देश्य पिछले कुछ वर्षों में उभरे कुछ प्रमुख विवादास्पद मुद्दों की जांच करना है, जिन्होंने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता (HCPs) और मेनोपॉज से संबंधित समस्याओं के लिए उपचार चाहने वाली महिलाओं के बीच काफी भ्रम पैदा किया है। उद्देश्य MHT के हालिया व्यावहारिक प्रिस्क्राइबिंग गाइडेंस को दोहराना नहीं है, जो पहले से ही विभिन्न टूलकिट्स और पोजीशन स्टेटमेंट्स में पाया जा सकता है, [34, 41, 46] और जो IMS द्वारा अपडेटेड गाइडलाइन्स में और सोसाइटीज की ग्लोबल कंसेंसस के नियोजित अपडेट में भी उपलब्ध होगा। [36]

MHT किसके लिए है?

MHT परंपरागत रूप से उन महिलाओं के लिए संकेतित है, जिन्हें प्राकृतिक या सर्जिकल मेनोपॉज हुआ है और जो कष्टदायक वासोमोटर और या वल्वोवेजाइनल लक्षणों का अनुभव कर रही हैं।

क्या बिना लक्षणों वाली महिलाओं को एमएचटी दी जानी चाहिए?

इस बात को लेकर काफी विवाद रहा है कि क्या बिना लक्षणों वाली महिलाओं को एमएचटी दी जानी चाहिए। हालांकि एमएचटी मुख्य रूप से तनावपूर्ण रजोनिवृत्ति के लक्षणों से राहत के लिए दी जाती है, इसे अक्सर गलत तरीके से महिलाओं को 'युवा रखने के उपाय' के रूप में प्रचारित किया जाता है। एमएचटी के उपयोग से ऑस्टियोपोरोसिस और ऑस्टियोपोरोसिस से संबंधित फ्रैक्चर के जोखिम को कम करने के पर्याप्त सबूत हैं, और कुछ देशों में, जैसे कि अमेरिका और ऑस्ट्रेलिया, यह एमएचटी का एक प्राथमिक संकेत भी है। एमएचटी के उपयोग से हृदय रोग के जोखिम को कम करने का समर्थन करने वाले अच्छे डेटा भी हैं, जिससे जीवन प्रत्याशा पर सकारात्मक प्रभाव पड़ता है, लेकिन इन संकेतों के लिए एमएचटी वर्तमान में विश्व स्तर पर कहीं भी लाइसेंस प्राप्त नहीं है। कई अन्य महिलाएं भी एमएचटी से लाभ उठा सकती हैं, लेकिन उनके लिए लेबल के अनुसार एमएचटी का संकेत नहीं है। उदाहरण के लिए, समयपूर्व डिम्बग्रंथि अपर्याप्तता और प्रारंभिक रजोनिवृत्ति वाली महिलाएं, जिन्हें लक्षणात्मक राहत के लिए एमएचटी की आवश्यकता हो सकती है, उन्हें प्राथमिक रोकथाम के उद्देश्यों के लिए भी इसे प्राप्त करना चाहिए।

हालांकि, एमएचटी के संज्ञानात्मक और मनोभ्रंश पर प्रभाव के संबंध में अनुसंधान के निष्कर्ष काफी कम विश्वसनीय हैं और इसके लिए आगे के अनुसंधान की आवश्यकता है। इन मुद्दों की समीक्षा पिछले चार वर्ल्ड मेनोपॉज़ डे आईएमएस श्वेत पत्रों में की गई है, जिसमें समयपूर्व डिम्बग्रंथि अपर्याप्तता [48], हड्डियों का स्वास्थ्य [49], संज्ञानात्मक स्वास्थ्य [50] और हृदय स्वास्थ्य [51] शामिल हैं।

क्या चिकित्सकीय उच्च, जोखिम वाली महिलाओं को एमएचटी दी जानी चाहिए?

इस तरह की परिस्थितियों में हमेशा की तरह, महिलाओं के जीवन की गुणवत्ता पर तनावपूर्ण लक्षणों के उपचार के लाभों को एमएचटी से जुड़े संभावित जोखिमों के साथ तौलना आवश्यक है। 'स्वीकार्य जोखिम' की परिभाषा स्वास्थ्य सेवा प्रदाता 'एचसीपी(और रोगियों के बीच काफी भिन्न हो सकती है। उदाहरण के लिए, हार्मोन रिसेप्टर, पॉजिटिव ब्रेस्ट कैंसर और एंडोमेट्रियल कैंसर वाली महिलाओं में परंपरागत रूप से एमएचटी का उपयोग वर्जित होता है। हालांकि, जीवन की गुणवत्ता पर प्रभाव की डिग्री, और गैर, हार्मोनल विकल्पों की प्रभावकारिता और सहनशीलता के आधार पर, कुछ महिलाएं एमएचटी का उपयोग करने या वापस उपयोग करने का जोखिम लेने के लिए तैयार हो सकती हैं, विशेष रूप से उन महिलाओं में जिनका प्रारंभिक अवस्था के कैंसर के लिए इलाज किया गया हो [52]। वेनस थ्रोम्बोएम्बोलिज्म (VTE) के इतिहास वाली महिलाओं में, एमएचटी पर विचार किया जा सकता है यदि यह कुछ परिस्थितियों, जैसे कि प्रमुख सर्जरी या लंबे समय तक गतिहीनता, से उत्प्रेरित हुई हो, और वीटीई प्रोफिलैक्सिस के लिए एक सहायक एंटीकोआगुलेंट के उपयोग पर विचार किया जा सकता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) के गर्भनिरोधक पर मार्गदर्शन के अनुसार एमएचटी के लिए चिकित्सा पात्रता मानदंड विकसित करने के लिए चल रहे परियोजनाएं हैं, जो विभिन्न नैदानिक परिदृश्यों के लिए विशिष्ट ग्रेडेड मार्गदर्शन प्रदान करेंगे। ये चिकित्सा पात्रता मानदंड भविष्य में सहायक साबित हो सकते हैं लेकिन अभी भी विकास में हैं और इन्हें सार्वभौमिक सहमति और आवेदन की आवश्यकता है [53, 54]।

एमएचटी के प्रकार और डोज़

एमएचटी के प्रकार और डोज़ जो आमतौर पर स्वास्थ्य सेवा प्रदाता द्वारा निर्धारित की जाती है, उसे प्रभावित करने वाले कारक निम्नलिखित हैं⁹

- रोगी की प्राथमिकता;
- गर्भाशय की उपस्थिति या अनुपस्थिति;
- गर्भनिरोधक आवश्यकताएं;
- लक्षण का प्रकार और गंभीरता;
- सहवर्ती बीमारियां।

हाल ही में प्रकाशित टूलकिट्स में प्रिस्क्रिप्शन एल्गोरिदम [41] स्वास्थ्य सेवा प्रदाता को इन कारकों के संबंध में स्पष्ट रूप से मार्गदर्शन करते हैं। इस खंड का उद्देश्य एमएचटी के अनुशंसित प्रकार और डोज़ के संबंध में हाल ही में उत्पन्न हुए कुछ विवादों की आलोचनात्मक जांच करना है।

क्या एस्ट्रोजन का प्रकार महत्वपूर्ण है?

मानव शरीर में चार प्रकार के एस्ट्रोजन स्वाभाविक रूप से पाए जाते हैं⁹ एस्ट्रोन, एस्ट्राडियोल, एस्ट्रियोल और एस्टेट्रॉल। कुछ दावों के अनुसार, विशेष रूप से मिश्रित बायोआइडेंटिकल हार्मोन थेरेपी को बढ़ावा देने वालों में, इन एस्ट्रोजेन्स का सही अनुपात में प्रतिस्थापन एमएचटी की प्रभावकारिता और सुरक्षा को अनुकूलित करने के लिए महत्वपूर्ण है। यह दावा अभी तक सिद्ध नहीं हुआ है और मिश्रित बायोआइडेंटिकल हार्मोन थेरेपी की सुरक्षा और प्रभावकारिता को लेकर चिंताओं में से एक है।

परंपरागत रूप से नियंत्रित प्रणालीगत एमएचटी में संयुग्मित इकाइन एस्ट्रोजेन्स 'सीईई', एस्ट्राडियोल और एस्ट्राडियोल वेलरेट होते हैं। हाल ही में, एस्टेट्रॉल को वासोमोटर लक्षणों 'VMS) के इलाज के लिए नैदानिक परीक्षणों में जांचा गया है और इसे गर्भनिरोधक के लिए बाजार में लाए जाने की संभावना है। योनि एमएचटी में आमतौर पर एस्ट्राडियोल, एस्ट्रियोल या हाल ही में, डिहाइड्रोएपिएंड्रोस्टेरोन 'प्रस्टेरोन(शामिल होते हैं।

सिस्टमेटिक ओरल सिलेक्टिव एस्ट्रोजन रिसेप्टर मॉड्युलेटर 'ऑस्पेमीफेन(और CO₂ और एर्बियम लेजर को वुल्वोवेजाइनल एट्रोफी 'VVA)/मेनोपॉज के जननमूत्र संबंधी सिंड्रोम 'GSM) के लक्षणों के उपचार के लिए भी बाजार में लाया गया है। हालांकि अवलोकन और अनियंत्रित अध्ययनों से उत्साहजनक परिणाम प्राप्त हुए हैं, VVA/GSM के लिए लेजर थेरेपी के नियंत्रित रैंडमाइज्ड क्लिनिकल ट्रायल ने शेम लेजर की तुलना में लाभों की अभी तक पुष्टि नहीं की है।

MHT में आमतौर पर उपयोग किए जाने वाले किसी एक प्रकार के सिस्टमेटिक या स्थानीय एस्ट्रोजन, जैसे कि कंजुगेटेड इकाइन एस्ट्रोजेन्स 'CEE) बनाम एस्ट्राडियोल, को मेनोपॉज के लक्षणों को कम करने में दूसरे की तुलना में श्रेष्ठ साबित करने वाले सिर,से,सिर की तुलना वाले अध्ययन बहुत कम हैं। एस्ट्रोन और एस्ट्रियोल जैविक रूप से CEE और एस्ट्राडियोल से कमजोर एस्ट्रोजेन होते हैं, लेकिन इन्हें आमतौर पर सिस्टमेटिक MHT के लिए विपणन नहीं किया जाता।

हाल ही में ट्रांसडर्मल एस्ट्राडियोल 'पैच.जेल.स्प्रे(के उपयोग की दिशा में रुझान को अवलोकन और केस,कंट्रोल अध्ययन से मिले प्रमाणों द्वारा समर्थन प्राप्त है, जिसमें VTE के जोखिम में कमी दिखाई गई है।⁴⁴ हालांकि, एक ही ट्रांसडर्मल तैयारी से इलाज किए गए महिलाओं में सीरम एस्ट्राडियोल सांद्रता में अक्सर काफी अंतर होता है 'जो 10 गुना तक भिन्न हो सकता है, और बड़े अंतर,व्यक्तिगत अंतर भी होते हैं। इसलिए, एक महिला की एक ही डोज के प्रति प्रतिक्रिया की भविष्यवाणी करना मुश्किल हो सकता है।

ट्रांसडर्मल MHT की प्रभावकारिता इस बात पर निर्भर करती है कि स्टेरॉयड कितनी अच्छी तरह से त्वचा के माध्यम से प्रवेश कर सकता है। आहार, शराब, दवा का सेवन, धूम्रपान, शारीरिक गतिविधि और तनाव सभी परिधीय रक्त प्रवाह, अवशोषण और चयापचय में त्वरित और अस्थायी परिवर्तन का कारण बन सकते हैं। त्वचा के रक्त प्रवाह में सर्केडियन भिन्नताएं भी हो सकती हैं, जिसमें शाम के समय अधिक स्तर होते हैं, जो अवशोषण को बढ़ाते हैं [6]।

इन सभी चरों को ध्यान में रखते हुए, ट्रांसडर्मल तैयारी हमेशा किसी व्यक्ति के लिए सबसे अच्छा विकल्प नहीं हो सकता है। यदि कोई विशेष जोखिम कारक नहीं है 'जैसे मोटापा, VTE का इतिहास(, तो ऐसा कोई कारण नहीं है कि ओरल एस्ट्रोजन को क्यों नहीं निर्धारित किया जा सकता। रोगी द्वारा सूचित विकल्प को हमेशा प्राथमिकता दी जानी चाहिए।

क्या प्रोजेस्टोजन के प्रकार महत्वपूर्ण हैं?

अब काफी सबूत हैं कि माइक्रोनाइज्ड प्रोजेस्टेरोन और जैविक रूप से समान प्रोजेस्टोजेन्स 'जैसे, डाइड्रोजेस्टेरोन(में एंड्रोजेनिक प्रोजेस्टोजेन्स के मुकाबले मेटाबॉलिक और संभवतः स्तन के लिए लाभ होते

हैं। '2/ ,55,57,58) हालांकि यह अभी तक नियामक मार्गदर्शन या प्रिस्क्रिप्शन पर्वियों में परिलक्षित नहीं हुआ है, यह उपचार के व्यक्तिगतकरण में काफी अंतर ला सकता है।

प्रोजेस्टोजन के चयन का महिलाओं में मनोवैज्ञानिक दृष्टिकोण से भी विशेष महत्व हो सकता है, खासकर उन महिलाओं के लिए जिनका प्रीमेंस्ट्रुअल सिंड्रोम 'PMS)/प्रीमेंस्ट्रुअल डिस्फोरिक डिसऑर्डर 'PMDD) का इतिहास रहा है, जो अक्सर प्रोजेस्टोजन असहनशीलता से पीड़ित होती हैं 69]। इन रोगियों में माइक्रोनाइज़्ड प्रोजेस्टेरोन की खुराक और अवधि को भी कम करना आवश्यक हो सकता है, जैसे कि अनुक्रमिक MHT रेजीमेन में प्रति माह 7-10 दिन 100 मिलीग्राम '200 मिलीग्राम के बजाय(दिया जाए। हालांकि, इन उप, इष्टतम खुराकों और रेजीमेंस पर प्रोजेस्टोजन, असहनशील महिलाओं के लिए, एंडोमेट्रियल हाइपरप्लासिया या कार्सिनोमा को बाहर करने के लिए नियमित रूप से अल्ट्रासोनोग्राफी और या एंडोमेट्रियल बायोप्सी के साथ निगरानी करना अत्यंत महत्वपूर्ण है 60]।

माइक्रोनाइज़्ड प्रोजेस्टेरोन का योनि के माध्यम से प्रबंधन 'प्रोजेस्टोजन, संवेदनशील' रोगियों द्वारा और भी बेहतर सहन किया जा सकता है, लेकिन यह अधिकांश देशों में MHT के लिए ऑफ, लेबल है। अन्य विकल्पों में गर्भाशय के भीतर प्रोजेस्टोजन 'लेवोनॉर्गेस्ट्रैल(का वितरण करने वाले इंट्रायूटेरिन डिवाइस और ओरल टिश्यू सिलेक्टिव एस्ट्रोजन कॉम्प्लेक्स 'TSEC) (CEE/बाज़ेडॉक्सिफोन(शामिल हैं, हालांकि बाद वाला वर्तमान में केवल कुछ ही देशों में लाइसेंस प्राप्त है।

एस्ट्रोजन और प्रोजेस्टोजन की डोज़ का महत्व एस्ट्रोजन

हाल ही में, इस बात की चिंता बढ़ रही है कि महिलाओं को लाइसेंस प्राप्त डोज़ सीमा से बाहर एस्ट्रोजन की डोज़ निर्धारित की जा रही है। यह असामान्य नहीं है कि सिस्टमेटिक एस्ट्राडियोल पैच और जेल की अधिकतम अनुशंसित खुराक से तीन से चार गुना अधिक खुराक दी जा रही है, जो कभी, कभी वितरण के विभिन्न मार्गों के संयोजनों में उपयोग की जाती है।

हालांकि कुछ प्रमाण यह बताते हैं कि PMS/PMDD और पेरिमेनोपॉज़ल डिप्रेशन वाली महिलाओं में एंडोजेनस साइकिल स्थिरीकरण और दमन को प्राप्त करने के लिए उच्च खुराक की आवश्यकता होती है 61, 62], या जहां अवशोषण खराब होता है, वहां न्यूनतम पूर्ण रूप से प्रभावी खुराक पर उपचार करने के सिद्धांत का पालन करना महत्वपूर्ण है। महिलाओं में प्रारंभिक डिम्बग्रंथि अपर्याप्तता 'POI) और प्रारंभिक मेनोपॉज़ के मामलों में पूर्ण लक्षण राहत और इष्टतम हड्डी खनिजीकरण प्राप्त करने के लिए एस्ट्रोजन की उच्च खुराक भी आमतौर पर आवश्यक होती है 68]।

पर्याप्त पारंपरिक वासोमोटर लक्षण राहत और हड्डियों की सुरक्षा प्राप्त करने के लिए आवश्यक एस्ट्राडियोल की डोज़ वास्तव में काफी कम होती है 'मौखिक रूप से 1-2 मिलीग्राम एस्ट्राडियोल, 25-50 µg पैच या एस्ट्रोजन जेल के 1-2 पंप(, और हालांकि VMS और हड्डी घनत्व के लिए खुराक, प्रतिक्रिया प्रभाव होता है, लाभ अल्ट्रा, लो, डोज़ MHT सूत्रों के साथ भी प्राप्त किए जा सकते हैं, जिनमें मौखिक रूप से 0.5 मिलीग्राम एस्ट्राडियोल या 14 µg ट्रांसडर्मली शामिल हैं 63-65]।

MHT की कम खुराकों के उपयोग के सिद्धांत का समर्थन करने वाला तर्क यह है कि एस्ट्रोजन के प्रतिकूल प्रभावों की संभावना कम होती है 'जैसे स्तन में कोमलता, सूजन, रक्तस्राव की समस्याएं(, जिसमें मौखिक एस्ट्रोजन के साथ VTE का कम जोखिम और यहां तक कि ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन के साथ स्ट्रोक का जोखिम भी कम होता है 66]। हालांकि, हार्मोन, निर्भर स्तन कैंसर का जोखिम खुराक, निर्भर साबित नहीं हुआ है, MHT के अत्यधिक उपयोग से संभावित रूप से जोखिम बढ़ सकता है। साक्ष्य की अनुपस्थिति आवश्यक रूप से अनुपस्थिति का प्रमाण नहीं है।

एस्ट्रोजन के अतिस्वाभाविक स्तर भी उपचार प्रभावशीलता में अचानक कमी का जोखिम 'टैकीफिलेक्सिस(उत्पन्न कर सकते हैं, जो एस्ट्रोजन रिसेप्टर की असंवेदनशीलता के कारण होता है। यद्यपि यह सामान्य नहीं है, यह उच्च डोज़ के ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन के साथ भी हो सकता है [67], साथ ही एस्ट्रोजन के इम्प्लांटेड पेलेट्स के साथ भी। इस जोखिम को न्यूनतम 'पूर्ण(प्रभावी खुराकों पर एस्ट्रोजन निर्धारित करके कम किया जा सकता है। एस्ट्रोजन पेलेट्स बिना लाइसेंस के होते हैं और बेहतर विनियमन की आवश्यकता होती है, लेकिन एस्ट्रोजन के स्तर की सावधानीपूर्वक निगरानी के साथ, यह उन कुछ देशों में उन महिलाओं के लिए एक विकल्प हो सकता है जिनके लक्षण मौखिक और ट्रांसडर्मल तैयारी का जवाब नहीं देते हैं।

प्रोजेस्टोजन

यह दोहराना महत्वपूर्ण है कि प्रोजेस्टोजन की डोज़ , जो एंडोमेट्रियल सुरक्षा प्रदान करती है, मानक दिशानिर्देशों के अनुसार होनी चाहिए [41], जब तक कि प्रोजेस्टोजन, असहिष्णु महिलाओं में डोज़ को कम करना बिल्कुल आवश्यक न हो [8]। यह विशेष रूप से अनुक्रमिक संयुक्त MHT रेजीमेंस में महत्वपूर्ण है, जहां लंबे समय तक उपयोग के साथ हाइपरप्लासिया की घटना मानक खुराक रेजीमेंस के साथ भी अधिक होती है [9]। MHT में मानक डोज़ की एस्ट्रोजन के साथ उपयोग की जाने वाली विशिष्ट डोज़ में अनुक्रमिक रेजीमेंस में 12-14 दिनों के लिए 200 मिलीग्राम माइक्रोनाइज़्ड प्रोजेस्टेरोन.10 मिलीग्राम डाइड्रोजेस्टेरोन, या निरंतर रेजीमेंस में 100 मिलीग्राम प्रोजेस्टेरोन.5 मिलीग्राम डाइड्रोजेस्टेरोन शामिल हैं।

लेवोनॉर्गेस्ट्रैल इंट्रायूटेरिन डिवाइस एक अन्य तरीका है जो प्रभावी एंडोमेट्रियल सुरक्षा के साथ, साथ गर्भनिरोधक भी प्रदान करता है, हालांकि यह सभी देशों में एंडोमेट्रियल सुरक्षा के लिए लाइसेंस प्राप्त नहीं है। प्रोजेस्टोजन असहिष्णुता से बचने या इसे कम करने के लिए अन्य संभावित विकल्पों में CEE/बाज़ेडॉक्सिफोन'6/ (संयोजन वाला TSEC और चयनात्मक टिश्यू एस्ट्रोजेनिक गतिविधि नियामक 'STEAR) टिबोलोन शामिल हैं '60(। दुर्भाग्यवश, MHT को व्यक्तिगत बनाने के लिए अधिक विकल्पों की आवश्यकता के बावजूद, ये उत्पाद केवल कुछ ही देशों में लाइसेंस प्राप्त हैं।

ELITE अध्ययन के हालिया निष्कर्ष इंगित करते हैं कि अनुक्रमिक योनि प्रोजेस्टेरोन जेल के साथ एंडोमेट्रियल हाइपरप्लासिया का जोखिम बढ़ सकता है, यहां तक कि केवल 1 मिलीग्राम की अपेक्षाकृत कम एस्ट्राडियोल डोज़ के साथ भी '61(। हालांकि एंडोमेट्रियल सुरक्षा के लिए योनि प्रोजेस्टेरोन जेल अब लाइसेंस प्राप्त नहीं है, अगर प्रोजेस्टेरोन योनि के माध्यम से प्रशासित किया जाता है, चाहे वह कोई भी फॉर्मूलेशन हो, मौखिक प्रोजेस्टेरोन के समान डोज़ का उपयोग किया जाना चाहिए और किसी भी अनिर्धारित रक्तस्राव की निगरानी तुरंत शुरू की जानी चाहिए जैसा कि पहले वर्णित किया गया है।

यदि एस्ट्रोजन की खुराक बढ़ाई जाती है, तो यह महत्वपूर्ण है कि प्रोजेस्टोजन की खुराक भी पर्याप्त एंडोमेट्रियल सुरक्षा प्रदान करने के लिए समानुपातिक रूप से बढ़ाई जाए, हालांकि उच्च खुराकों के उपयोग के बारे में उत्पाद लाइसेंस के बाहर कम प्रमाण उपलब्ध हैं '62(। अधिक शोध की आवश्यकता है ताकि एस्ट्रोजन की उच्च खुराक, जैसे कि POI वाली महिलाओं में, के उपयोग के दौरान प्रोजेस्टेरोन की सही खुराक का मार्गदर्शन किया जा सके।

एमएचटी की डोज़ की निगरानी

प्रिस्काइबिंग का सिद्धांत यह है कि 'पहले रोगी का इलाज करें, न कि परिणाम का'। इसलिए, यदि रजोनिवृत्ति की सामान्य आयु वाली कोई मरीज एमएचटी का उपयोग केवल लक्षण राहत के लिए कर

रही है और उसे बिना किसी प्रतिकूल प्रभाव के अपने लक्षणों से पूरी तरह राहत मिल जाती है, तो उसके हार्मोन स्तरों की नियमित जांच की आवश्यकता नहीं है।

एमएचटी की निगरानी के लिए हार्मोन प्रोफाइल मददगार हो सकती है यदि⁹

- एमएचटी शुरू करने के 6-12 हफ्तों के बाद लक्षणों में पर्याप्त राहत न मिले;
- एमएचटी शुरू करने के 6-12 हफ्तों के बाद लगातार प्रतिकूल प्रभाव दिखाई दें;
- एमएचटी का उपयोग POI और प्रारंभिक रजोनिवृत्ति वाली महिलाओं में किया जा रहा हो, विशेष रूप से अगर पहले बताए गए मुद्दों में से कोई एक या दोनों मौजूद हों या यदि ड्यूल, एनर्जी एक्स, रे एब्जॉर्प्टियोमेट्री स्कैन पर हड्डी के खनिजकरण की कमी के बारे में चिंता हो।

यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि एस्ट्रडियोल के स्तरों की सबसे अच्छी व्याख्या ट्रांसडर्मल तैयारी के साथ की जाती है क्योंकि मौखिक एस्ट्रोजन आंशिक रूप से एस्ट्रोन में मेटाबोलाइज होता है। एस्ट्रडियोल के स्तरों को मापने का सबसे अच्छा तरीका मास स्पेक्ट्रोमेट्री है, लेकिन यह हमेशा उपलब्ध नहीं हो सकता।

महिलाएं अभी भी कुछ देशों में मिश्रित बायोआइडेंटिकल एमएचटी की ओर क्यों मुड़ रही हैं?
WHA और अन्य अध्ययनों में एमएचटी के जोखिमों की चिंताजनक रिपोर्टिंग ने महिलाओं को उनके तनावपूर्ण रजोनिवृत्ति के लक्षणों का प्रबंधन करने के लिए अन्य विकल्पों की ओर मोड़ दिया, भले ही WHA में भर्ती की गई महिलाएं औसत रूप से रजोनिवृत्ति की सामान्य आयु से 10 साल से अधिक उम्र की थीं 'औसत आयु 63 वर्ष।'¹²(

इनमें से एक विकल्प मिश्रित बायोआइडेंटिकल हार्मोन थेरेपी था, जिसे परंपरागत रूप से विनियमित एमएचटी की तुलना में काफी अलग और अधिक प्राकृतिक के रूप में प्रचारित किया गया और विभिन्न मीडिया हस्तियों और कार्यात्मक चिकित्सा चिकित्सकों द्वारा बढ़ावा दिया गया।

इन अनलाइसेंस्ड तैयारियों के प्रचार में अक्सर यह विचार सामने आता है कि वे विभिन्न हार्मोनों के सीरम और लार के स्तरों के परीक्षण के बाद खुराक और विविधता में सटीक रूप से व्यक्तिगत हो सकती हैं। यह विचार अनुभवजन्य शोध द्वारा समर्थित नहीं है, जो दर्शाता है कि एक महिला के अंडाशय हार्मोन स्तर, विशेष रूप से पेरिमेनोपॉज में, मासिक चक्र के दौरान काफी भिन्न हो सकते हैं।'⁶³(

हाल ही में पारंपरिक रूप से विनियमित हार्मोन थेरेपी में सुधार के बावजूद, कई देशों, विशेष रूप से अमेरिका, यूके, दक्षिण अफ्रीका और ऑस्ट्रेलिया में मिश्रित किस्मों का प्रिस्क्रिप्शन जारी है।

एमएचटी पर संशोधित वैश्विक सर्वसम्मति वक्तव्य का कहना है कि 'क्रस्टम, कम्पाउंडेड हार्मोन थेरेपी का उपयोग अनुशंसित नहीं है क्योंकि इसमें विनियमन, कठोर सुरक्षा और प्रभावकारिता परीक्षण, बैच मानकीकरण, और शुद्धता उपायों की कमी होती है।'³⁶, पृ. 203(

हाल ही में, एंडोक्राइन सोसायटी और नेशनल एकेडमीज़ ऑफ़ साइंसेज़, इंजीनियरिंग एंड मेडिसिन के वैज्ञानिक वक्तव्य में पाया गया कि अनियमित, अप्रयुक्त और संभावित रूप से हानिकारक कस्टम कम्पाउंडेड बायोआइडेंटिकल हार्मोन थेरेपी के नियमित प्रिस्क्रिप्शन के लिए कोई तर्कसंगतता नहीं थी, और अपर्याप्त प्रोजेस्टोजन के कारण एंडोमेट्रियल कैंसर के मामले भी सामने आए थे।'^{64,66}(

इसलिए यह महत्वपूर्ण है कि नियामक, चिकित्सा समाज और स्वास्थ्य सेवा पेशेवर 'HCPs) महिलाओं को सूचित करें कि MHT की मिश्रित किस्मों के संभावित लाभ परंपरागत रूप से विनियमित शरीर, आइडेंटिकल MHT की किस्मों से प्राप्त किए जा सकते हैं, जिन्हें प्रभावकारिता और सुरक्षा के लिए कठोर रूप से परीक्षण किया गया है।

क्या महिलाओं में टेस्टोस्टेरोन के प्रिस्क्रिप्शन का उपयोग अत्यधिक हो गया है?
हाल तक, टेस्टोस्टेरोन को विशेष रूप से पुरुष हार्मोन माना जाता था, भले ही यह महिलाओं में भी स्वाभाविक रूप से उत्पन्न होता है और इसे महिलाओं के उपयोग के लिए अनुशंसित नहीं किया गया था।

वास्तव में, हाल ही में तक रजोनिवृत्ति में महिलाओं के लिए कोई टेस्टोस्टेरोन तैयारी लाइसेंस प्राप्त नहीं थी, जब ऑस्ट्रेलिया में थेरेप्यूटिक गुड्स एडमिनिस्ट्रेशन ने हाइपोएक्टिव सेक्सुअल डिज़ायर डिसऑर्डर 'HSDD), यानी कम कामेच्छा से परेशान महिलाओं के लिए 1% टेस्टोस्टेरोन क्रीम का उपयोग लाइसेंस किया।

दुनिया भर में अधिकांश महिलाओं में टेस्टोस्टेरोन का प्रिस्क्रिप्शन अभी भी ऑफ, लेबल है, जिसमें पुरुष टेस्टोस्टेरोन तैयारियों को महिलाओं की डोज़ में समायोजित किया जाता है, जो आमतौर पर 1/10वां होता है, ताकि महिला शारीरिक सीमा के भीतर कुल टेस्टोस्टेरोन स्तर प्राप्त हो सके। अब HSDD के उपचार में टेस्टोस्टेरोन की प्रभावकारिता और सुरक्षा के लिए ठोस डेटा उपलब्ध हैं, चाहे वह प्राकृतिक हो या सर्जिकल रजोनिवृत्ति, दोनों ही 'मानक E + P MHT' के साथ और बिना, कई नियंत्रित परीक्षणों और व्यवस्थित समीक्षाओं और मेटा, विश्लेषणों से [8, 79]।

हालांकि रजोनिवृत्ति में अकेले इस्तेमाल किए गए टेस्टोस्टेरोन की सुरक्षा और प्रभावकारिता के सबूत हैं, आम तौर पर यह अनुशंसा की जाती है कि पारंपरिक MHT शुरू की जाए, इससे पहले कि HSDD के लगातार लक्षणों के लिए टेस्टोस्टेरोन पर विचार किया जाए, ताकि महिलाओं को विशेष रूप से योनि क्षेत्र में एस्ट्रोजेनाइड किया जा सके, इससे पहले कि उनकी कामेच्छा बढ़ाई जाए। महिलाओं के लिए टेस्टोस्टेरोन पर वैश्विक सहमति वक्तव्य अनुशंसा करता है कि टेस्टोस्टेरोन के प्रिस्क्रिप्शन का निर्णय लेते समय एक बायोसाइकोसोशल दृष्टिकोण का पालन किया जाए [80]। हालांकि, रजोनिवृत्ति से संबंधित अन्य समस्याओं जैसे संज्ञान, मूड, ऊर्जा और सामान्य जीवन गुणवत्ता के लिए टेस्टोस्टेरोन के संभावित लाभों के लिए अभी भी सबूतों की कमी है, भले ही इन्हें मीडिया द्वारा टेस्टोस्टेरोन के संभावित लाभों के रूप में प्रचारित किया गया हो [81]। जब तक कि इन परिणामों का बेहतर मूल्यांकन करने के लिए उचित रूप से डिज़ाइन किए गए अध्ययनों से डेटा उपलब्ध न हो, महिलाओं में टेस्टोस्टेरोन का प्राथमिक संकेत HSDD के लिए होना चाहिए, और अन्य जो भी लाभ प्राप्त होते हैं, उन्हें द्वितीयक माना जाना चाहिए [82]।

MHT कब शुरू और बंद की जानी चाहिए?

MHT के प्रारंभ के समय को लेकर भी रजोनिवृत्ति देखभाल में विवादित मुद्दा है। MHT को मुख्य रूप से उन महिलाओं में अनुसंधान किया गया है जो या तो पोस्टमेनोपॉज़ल हैं 'अर्थात् आमतौर पर अंतिम मासिक धर्म के 12 महीने बाद (या कुछ अध्ययनों में, देर से पेरिमेनोपॉज़ में ' अर्थात् 6 महीने के एमेनोरिया के बाद एफएसएच स्तर में महत्वपूर्ण वृद्धि के साथ)।

क्या MHT रजोनिवृत्ति से पहले शुरू की जानी चाहिए?

अंतिम मासिक धर्म से 10 साल या उससे पहले शुरू होने वाली, पेरिमेनोपॉज़ महिलाओं के जीवन के एक महत्वपूर्ण चरण को अक्सर नजरअंदाज किया जाता है और इसका प्रबंधन सही तरीके से नहीं होता। पेरिमेनोपॉज़ वाली महिलाओं को अक्सर विभिन्न मेनोपॉज़ और मासिक चक्र से जुड़े लक्षणों का सामना करना पड़ता है, जो अंडाशय के रिजर्व में कमी के साथ 30 के मध्य में शुरू हो सकते हैं। हाल के एक सर्वेक्षण से पता चला है कि जिन महिलाओं को समय से पहले लक्षण अनुभव होते हैं, जैसे पेरिमेनोपॉज़

से जुड़े मासिक चक्र में परिवर्तन या लक्षण जो अपेक्षित समय से पहले होते हैं, उनकी तनाव, संतुष्टि और स्वास्थ्य के मापदंडों पर खराब रेटिंग हो सकती है [3]।

पेरिमेनोपॉज में MHT का प्रिस्क्राइब करना कठिन हो सकता है क्योंकि हार्मोन के स्तर में उतार, चढ़ाव से एस्ट्रोजन की कमी के एपिसोड जल्दी ही एस्ट्रोजन की अधिकता के एपिसोड में बदल सकते हैं। मेनोपॉज संक्रमण के दौरान एस्ट्राडियोल में वृद्धि और चक्र की अनियमितताओं का कारण ल्यूटियल, आउट, ऑफ, फेज घटनाएं हो सकती हैं, जो उच्च फॉलिकुलर फेज के लंबे समय तक रहने वाले फॉलिकल स्टिम्युलेंटिंग हार्मोन (FSH) स्तरों द्वारा ट्रिगर होती हैं, जिसमें एक साथ कई फॉलिकल्स की भर्ती होती है [4]।

यदि ये महिलाएं लक्षण अनुभव करती हैं, तो MHT एक विकल्प बना रहता है, यह मानते हुए कि इस जीवन चरण में MHT ऑफ, लेबल है। पेरिमेनोपॉज वाली महिलाओं के लिए इष्टतम MHT रेजीमेंस निर्धारित करने के लिए काफी अधिक शोध की आवश्यकता है। अनुक्रमिक उपचार पसंद किए जाते हैं, लेकिन ये भी अनियमित रक्तस्राव का कारण बन सकते हैं।

उन पेरिमेनोपॉज वाली महिलाओं के लिए जिनके लिए कोई निषेध नहीं है, पारंपरिक एथिनिल एस्ट्राडियोल, आधारित संयुक्त मौखिक गर्भनिरोधक या नवीन एस्ट्राडियोल या एस्टेट्रोल, आधारित संयुक्त गर्भनिरोधक एक अन्य विकल्प हो सकता है। लेवोर्नॉर्गेस्ट्रेल इंट्रायूटेरिन डिवाइस भी इस समय एक बहुत ही उपयोगी विकल्प है और अगर MHT की आवश्यकता हो तो इसे एस्ट्रोजन के साथ संयोजन में उपयोग किया जा सकता है।

एक और विकल्प यह हो सकता है कि गोनाडोट्रोफिन रिलीजिंग हार्मोन (GnRH) एगोनिस्ट या एंटागोनिस्ट को बची हुई ओवेरियन एक्टिविटी को दबाने के लिए 'एड बैक' MHT के साथ संयोजित किया जाए। ऐसे संयुक्त उत्पाद पहले से ही फाइब्रॉइड और एंडोमेट्रियोसिस से जुड़े रक्तस्राव की समस्याओं के उपचार के लिए मौजूद हैं, हालांकि व्यक्तिगत घटकों को भी प्रशासित किया जा सकता है [5]।

गैर, हार्मोनल विकल्प, जैसे न्यूरोकिनिन (NK) रिसेप्टर एंटागोनिस्ट, सिद्धांत रूप में विचार किए जा सकते हैं, लेकिन इन पर अभी तक पेरिमेनोपॉज वाली महिलाओं में शोध नहीं किया गया है और ये मासिक चक्र की अनियमितताओं या गर्भनिरोधक की आवश्यकता को पूरा नहीं करेंगे।

क्या MHT वृद्ध महिलाओं में रजोनिवृत्ति के संक्रमण के बाद शुरू की जानी चाहिए? अधिकांश समाज सिफारिशें सलाह देती हैं कि 60 वर्ष या उससे अधिक उम्र की महिलाओं में MHT de novo का प्रिस्क्रिप्शन करने में सावधानी बरतनी चाहिए [4, 46]। WHA जैसे अध्ययनों से यह सलाह आई है, जहां 60 और विशेष रूप से 70 के दशक में MHT शुरू करने वाली महिलाओं में हृदयवाहिनी और वेनस थ्रोम्बोएम्बोलिक घटनाओं, स्ट्रोक और स्तन कैंसर की उच्च घटना पाई गई थी, जबकि 50 की उम्र की महिलाओं की तुलना में [3]।

इस वृद्ध आयु वर्ग की अधिकांश महिलाओं में वासोमोटर लक्षण (VMS) कम या बिल्कुल नहीं होते हैं, और कोई भी वुल्वोवेजाइनल एट्रोफी (VVA)/जननमूत्र संबंधी मेनोपॉज सिंड्रोम (GSM) के लक्षण योनि एस्ट्रोजन उपचारों से प्रभावी रूप से ठीक किए जा सकते हैं। साथ ही, यह जानना महत्वपूर्ण है कि 60 के दशक की 30-40% महिलाएं और 70 के दशक की 10-15% महिलाएं कष्टदायक VMS की रिपोर्ट करती हैं [6, 87]। इन आयु समूहों में नए शुरू हुए VMS की नैदानिक प्रस्तुति के अनुसार जांच की जानी चाहिए, ताकि हाइपरथायरायडिज्म और फिओक्रोमोसाइटोमा जैसी वजहों को बाहर किया जा सके।

कुछ महिलाएं असामान्य रूप से 60 वर्ष से अधिक उम्र में ऑस्टियोपोरोसिस के इलाज के लिए MHT चाहती हैं क्योंकि वे गैर, हार्मोनल हड्डी, संरक्षणी तैयारी के प्रतिकूल प्रभावों से बचना चाहती हैं; सूचित निर्णय लेते समय, सभी तैयारियों के लाभ, जोखिम संतुलन को सावधानीपूर्वक तौलना चाहिए [9]।

विशेष रूप से समस्याएं तब उत्पन्न होती हैं जब वे महिलाएं, जो लक्षणात्मक हो सकती हैं या नहीं भी हो सकती हैं, अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं (HCPs) से MHT शुरू करने का अनुरोध करती हैं क्योंकि उन्हें लगता है कि उन्होंने अपने 50 के दशक में MHT का उपयोग करने का अवसर खो दिया है, WHI/MWS अध्ययनों द्वारा उठाए गए चिंताओं के कारण या उनके HCPs द्वारा MHT 'जल्दबाजी में' बंद कर दिया गया था।

ऐसी महिलाओं को परामर्श दिया जाना चाहिए कि नई शुरुआत से MHT को आमतौर पर अनुशंसित नहीं किया जाता है। हालांकि, यदि MHT शुरू की जानी है, तो यह महत्वपूर्ण है कि बहुत कम खुराकें निर्धारित की जाएं, आदर्श रूप से ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजन के साथ, ताकि प्रतिकूल प्रभावों से बचा जा सके; उदाहरण के लिए, 25 µg एस्ट्राडियोल पैच, 1 पंप एस्ट्राडियोल जेल या 1 एस्ट्राडियोल स्प्रे ट्रांसडर्मली, एंडोमेट्रियल सुरक्षा के लिए 100 मिलीग्राम माइक्रोनाइज्ड प्रोजेस्टेरोन या 5 मिलीग्राम डाइड्रोजेस्टेरोन के साथ।

MHT कब बंद की जानी चाहिए?

अधिकांश नियामक प्राधिकरण जैसे कि मेडिसिन्स एंड हेल्थकेयर प्रोडक्ट्स रेगुलेटरी एजेंसी (MHRA), यूरोपीय मेडिसिन्स एजेंसी (EMA) या यूएस फूड एंड ड्रग एडमिनिस्ट्रेशन (FDA) अभी भी सलाह देते हैं कि MHT का उपयोग सबसे कम खुराक पर और लक्षणों से राहत पाने के लिए आवश्यक न्यूनतम अवधि के लिए किया जाना चाहिए, क्योंकि MHT कुछ कैंसर, VTE और स्ट्रोक के जोखिम को बढ़ा सकता है, और MHT का उपयोग जितना लंबा किया जाता है, जोखिम उतना ही बढ़ता है। हालांकि, अब राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय मेनोपॉज सोसाइटियों के बीच इस बात पर सर्वसम्मति है कि MHT के उपयोग की अवधि पर मनमाने ढंग से सीमा नहीं लगाई जानी चाहिए [4, 46, 47]।

IMS के MHT पर शासन सिद्धांत कहते हैं, "MHT की अवधि पर अनिवार्य सीमाएं लगाने का कोई कारण नहीं है।" "चिकित्सा जारी रखनी है या नहीं, यह निर्णय अच्छी तरह से जानकारी रखने वाली महिला और उसके HCP के विवेक पर निर्भर होना चाहिए, जो कि विशेष लक्ष्यों और चल रहे व्यक्तिगत लाभों और जोखिमों के वस्तुनिष्ठ अनुमान पर आधारित है" [4, पृ-111]।

इस प्रकार, मेनोपॉज के आधुनिक प्रबंधन में MHT उपयोग की अवधि के संबंध में व्यक्तिगतकरण शामिल होना चाहिए।

MHT क्यों महत्वपूर्ण है? क्या हम रजोनिवृत्ति को अत्यधिक चिकित्सा कर रहे हैं?

रजोनिवृत्ति स्वयं को उपचार की आवश्यकता नहीं है, लेकिन इससे जुड़े कष्टप्रद लक्षण और स्थितियां उपचार की मांग करती हैं। MHT के उपयोग का वर्तमान संकेत VMS और VVA/GSM के उपचार के लिए है। अनुमान है कि 80% महिलाएं VMS का अनुभव करती हैं, 25% महिलाएं गंभीर VMS से पीड़ित होंगी और लक्षणों की औसत अवधि 8-10 वर्ष है। अर्थात् आधी महिलाएं इन लक्षणों का अनुभव 8-10 वर्षों से अधिक समय तक करेंगी [8]। MHT का कुछ देशों में ऑस्टियोपोरोसिस के उपचार के लिए भी दूसरा संकेत है, और 80 वर्ष की आयु तक 50% महिलाएं अगर उनका इलाज न किया जाए तो ऑस्टियोपोरोसिस से पीड़ित होंगी।

महिलाओं को शुरू से ही यह सलाह देना महत्वपूर्ण है कि रजोनिवृत्ति के लक्षण जैसे कि VMS और नींद में गड़बड़ी [9], मूड स्विंग्स और ब्रेन फॉग समय के साथ आम तौर पर सुधरेंगे और हो सकता है कि उन्हें उपचार की आवश्यकता न हो [10]। कठिनाई यह जानने में होती है कि ये लक्षण कब सुधरेंगे, और यह महत्वपूर्ण है कि एक रूढ़िवादी दृष्टिकोण अपनाए जाने पर महिलाओं को अनिश्चित काल तक पीड़ित न रहने दें।

यह व्यापक रूप से मान्यता प्राप्त है कि रजोनिवृत्ति का संक्रमण अक्सर अन्य कष्टप्रद लक्षणों जैसे कि कम ऊर्जा और मस्कुलोस्केलेटल दर्द से जुड़ा हो सकता है, और MHT का इन लक्षणों पर भी सकारात्मक प्रभाव पड़ सकता है। प्रिस्क्रिप्शन से पहले, प्रमुख लक्षणों की पहचान की जानी चाहिए, और सुधार की अपेक्षित डिग्री और उपचार की प्रतिक्रिया की समयसीमा पर यथार्थवादी लक्ष्य निर्धारित किए जाने चाहिए।

अंतिम लक्ष्य महिलाओं को साक्ष्य, आधारित जानकारी के साथ सशक्त बनाना है ताकि वे एक व्यक्तिगत पसंद बना सकें जो उनके लिए सही है।

क्या हमें MHT के अलावा या उसके साथ गैर, हार्मोनल विकल्पों की सिफारिश करनी चाहिए?

उपचार विकल्पों के व्यापक शस्त्रागार के साथ, उपचार को व्यक्तिगत रूप से अनुकूलित करना आसान हो जाता है। जैसा कि पहले उल्लेख किया गया है, किसी भी चिकित्सा उपचार को जीवनशैली, आहार, व्यायाम, शराब को कम करने और धूम्रपान को रोकने या कम करने के अनुकूलन द्वारा समर्थित किया जाना चाहिए। रजोनिवृत्ति से संबंधित समस्याओं के साथ प्रस्तुत करने वाली महिलाओं को सभी को सबूत, आधारित, सुरक्षित, प्रभावी गैर, हार्मोनल और हार्मोनल विकल्प प्रदान किए जाने चाहिए जो उपचार उपकरण के भाग के रूप में हो [41]। विकल्पों को व्यक्ति की इच्छाओं और चिकित्सा इतिहास के अनुरूप होना चाहिए। कुछ महिलाएं हार्मोन उपचारों से बचना चाह सकती हैं या वे उनके लिए बाध हो सकती हैं।

कठिनाई यह है कि लाइसेंस प्राप्त गैर, हार्मोनल चिकित्सीय विकल्पों की कमी के कारण VMS के लिए एंटी, डिप्रेसेंट्स जैसे उपचारों का ऑफ, लेबल उपयोग किया जाता है। 2015 के नाइस दिशानिर्देश ने यह बहुत स्पष्ट कर दिया कि सेलेक्टिव सेरोटोनिन रीअपटेक इनहिबिटर्स और सेरोटोनिन और नॉरएपिनेफ्रिन रीअपटेक इनहिबिटर्स को उन महिलाओं में VMS के प्रथम, रेखा उपचार के रूप में उपयोग नहीं किया जाना चाहिए जिनके पास MHT के लिए कोई विरोधाभास नहीं है [40]। हाल के शोध ने एक नई दवाओं की श्रेणी के परिणामस्वरूप NK रिसेप्टर एंटागोनिस्ट्स का विकास किया है, जो पहले ही कुछ देशों में VMS के उपचार के लिए लाइसेंस प्राप्त कर चुके हैं [41, 92]। यह रजोनिवृत्ति के लक्षणों को लक्षित करने के लिए एक और लाइसेंस प्राप्त विकल्प प्रदान करता है, जिससे उपचार के व्यक्तिगतकरण को सुविधाजनक बनाया जा सके।

MHT के लिए चिकित्सीय क्षेत्रों की अपर्याप्त आवश्यकताएं

रजोनिवृत्ति चिकित्सा में अभी भी महत्वपूर्ण अपर्याप्त आवश्यकताएं हैं जहां MHT से बहुत लाभ हो सकता है, या तो क्योंकि विषयों को वर्जित माना जाता है या क्योंकि अनुसंधान और विकास इन क्षेत्रों पर केंद्रित नहीं हुआ है [9]

- **VVA/GSM/यौन स्वास्थ्य** जबकि VVA/GSM लक्षणों के प्रबंधन के लिए अब कई उत्पाद उपलब्ध हैं, महिलाओं के लिए इन लक्षणों का इलाज कराने के लिए अभी भी महत्वपूर्ण अनिच्छा है, क्योंकि रोगी की शर्मिंदगी, HCP की बातचीत खोलने की अनिच्छा और इन लक्षणों के प्रभाव के सामान्यीकरण के कारण [43]। समान रूप से महत्वपूर्ण है HSDD जैसे यौन स्वास्थ्य समस्याओं का प्रबंधन और इन मुद्दों को बायोसाइकोसेक्सुअल दृष्टिकोण का उपयोग करके प्रबंधित करने के लिए पर्याप्त विशेषज्ञता और संसाधनों का प्रावधान [44]।

□ **प्रारंभिक डिम्बग्रंथि अपर्याप्तता (POI)/प्रारंभिक मेनोपॉज**: यह क्षेत्र चिंताजनक बना हुआ है क्योंकि आम जनता और सामान्य स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदाता में इस बात की जागरूकता की कमी है कि इन स्थितियों का प्रभाव न केवल जीवन की गुणवत्ता पर बल्कि दीर्घकालिक स्वास्थ्य पर भी पड़ता है। पहले, POI वाली महिलाओं को खोई हुई जनजातियों के रूप में संदर्भित किया जाता था। यह अत्यंत आवश्यक है कि जिन महिलाओं को POI/प्रारंभिक मेनोपॉज की समस्या हो सकती है, उन्हें प्रोत्साहित किया जाए कि वे जल्दी से जल्दी सामने आए ताकि उनका समय पर निदान और प्रभावी प्रबंधन MHT से किया जा सके, जब तक कि कोई चिकित्सा बाधा न हो। श्वेत पत्र और अपडेटेड दिशानिर्देश महत्वपूर्ण हैं लेकिन अभी प्रभावी होते हैं जब उनकी जानकारी का वैश्विक स्तर पर पर्याप्त प्रसार और अनुवाद हो। यूरोपीय मानव प्रजनन और भ्रूणविज्ञान सोसाइटी (ESHRE) POI दिशानिर्देश वर्तमान में अपडेट हो रहे हैं और जल्द ही प्रसारित किए जाएंगे [45]।

2 **पेरिमेनोपॉज:** हालांकि इस पर पहले ही चर्चा की जा चुकी है, यह जोर देना महत्वपूर्ण है कि मेनोपॉज से संबंधित लक्षणों के अलावा, महिलाओं के जीवन के इस चरण में मासिक धर्म में परेशान करने वाले परिवर्तन, PMS/PMDD और जटिल यौन स्वास्थ्य मुद्दे भी हो सकते हैं, जिनके लिए उचित उपचार रेजीमेंस की आवश्यकता होती है [6]।

• आइएट्रोजेनिक रजोनिवृत्ति के कारण

- **सौम्य कारण गैर, हार्मोन, निर्भर कैंसर** यह चिंताजनक है कि कई महिलाओं को, जिन्हें सौम्य या गैर, हार्मोन, निर्भर आयाट्रोजेनिक मेनोपॉज के बाद MHT का उपयोग किया जा सकता है, उन्हें यह अभी भी प्रदान नहीं किया जा रहा है। प्रारंभिक डिम्बग्रंथि अपर्याप्तता (POI) और प्रारंभिक मेनोपॉज के जीवन की गुणवत्ता, बहु, रोगता और मृत्यु दर पर अल्पकालिक और दीर्घकालिक जोखिम अब अच्छी तरह से पहचाने जाते हैं, विशेष रूप से द्विपक्षीय ओओफरेक्टॉमी के बाद [7]। बहुत लंबे समय तक, कैंसर उपचार का ध्यान केवल जीवनकाल को बढ़ाने पर केंद्रित रहा है। जबकि जीवनकाल महत्वपूर्ण है, यह सामान्य और यौन जीवन की इष्टतम गुणवत्ता के बिना बहुत कम मायने रखता है। [87]
- **हार्मोन, निर्भर कैंसर** हार्मोन, निर्भर घातक रोगों के बाद उपयोग की जा सकने वाले उपचार विकल्पों पर शोध लंबे समय से लंबित है [8]। यह उत्साहजनक है कि अब कुछ गैर, हार्मोनल चिकित्सीय विकल्पों पर शोध किया जा रहा है, जैसे कि NK रिसेप्टर एंटागोनिस्ट, जिन्हें हार्मोन रिसेप्टर, पॉजिटिव घातक रोग के इतिहास वाली महिलाओं में उपयोग किया जा सकता है, जिन्हें MHT के उपयोग के लिए निषेध किया गया है।

MHT कहाँ प्राप्त की जा सकती है?

कम और मध्यम, आय वाले देशों में महिलाओं के पास MHT तक सीमित या कोई पहुंच नहीं है, क्या किया जा सकता है?

MHT के बारे में जो कुछ भी लिखा गया है, वह यह मानता है कि यह सार्वभौमिक रूप से सुलभ है, जो कि वास्तव में नहीं है। कई देशों में, MHT के कुछ या कोई विकल्प उपलब्ध नहीं हैं। जहां MHT उपलब्ध है, वहां भी इसे प्रभावी, सुरक्षित और नैतिक रूप से प्रदान करने के लिए विशेषज्ञता की कमी होती है। इसलिए, यह महत्वपूर्ण है कि रजोनिवृत्ति के प्रबंधन के लिए व्यावहारिक, क्षेत्र, देश, संस्कृति, संवेदनशील दृष्टिकोण अपनाए जाएं [9]।

राष्ट्रीय और अंतर्राष्ट्रीय रजोनिवृत्ति समाज MHT और रजोनिवृत्ति देखभाल में प्रशिक्षण प्रदान करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। IMS वर्तमान में संबद्ध रजोनिवृत्ति समाजों की परिषद (CAMS) के माध्यम से 64 संबद्ध रजोनिवृत्ति समाजों और 90 देशों के सदस्यों तक पहुंच रखता है जो राष्ट्रीय और क्षेत्रीय सेटिंग्स में रजोनिवृत्ति का प्रबंधन करने के लिए सर्वोत्तम दृष्टिकोण पर सलाह दे सकते हैं। CAMS एक रजोनिवृत्ति समाज शुरू करने के लिए एक अभिनव टूलकिट और होल्लिंग हैंड्स प्रोग्राम की पेशकश करता है जिसमें छोटे समाजों को बड़े समाजों द्वारा समर्थन दिया जाता है। मासिक 'रजोनिवृत्ति समय वेबिनार स्थानीय भाषाओं में राष्ट्रीय और क्षेत्रीय महत्व के मुद्दों पर शिक्षा प्रदान करते हैं। इन कार्यक्रमों ने वैश्विक स्तर पर रजोनिवृत्ति समाजों के गठन और निरंतर विकास के लिए महत्वपूर्ण मार्गदर्शन प्रदान किया है। रजोनिवृत्ति समाज अब दुनिया के ऐसे क्षेत्रों में भी शुरू हो रहे हैं जैसे कि अफ्रीका और मध्य पूर्व जहां पहले रजोनिवृत्ति समाज नहीं थे। वैश्विक स्तर पर रजोनिवृत्ति समाजों का निरंतर विकास रजोनिवृत्ति देखभाल में HCPs के प्रशिक्षण और मध्य, जीवन की महिलाओं को रजोनिवृत्ति के उनके स्वास्थ्य और कल्याण पर प्रभाव के बारे में शिक्षित करने की महत्वपूर्ण अधूरी आवश्यकता को पूरा करने के लिए अत्यंत महत्वपूर्ण है।

क्या प्रभावशाली व्यक्ति 'चिकित्सा, राजनीतिक और सामाजिक(अवास्तविक अपेक्षाएं पैदा कर रहे हैं, या संतुलन को वापस ला रहे हैं जहाँ इसे होना चाहिए?

हाल ही में कई देशों में, विशेष रूप से यूके में, रजोनिवृत्ति प्रबंधन में एक 'पुनर्जागरण' हुआ है, जहाँ रजोनिवृत्ति के संभावित प्रभाव को आखिरकार जनता, HCPs और सबसे महत्वपूर्ण रूप से नीति निर्माताओं के ध्यान में लाया गया है।

यूके में, रजोनिवृत्ति और MHA राजनीतिक 'टीज़र' और महिलाओं के स्वास्थ्य राजदूतों को MHA की उपलब्धता की देखरेख करने के लिए नियुक्त किया गया है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि इसे जनता को उचित लागत पर समान रूप से वितरित किया जा सके। जबकि महिलाओं को उनकी रजोनिवृत्ति के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए सशक्त बनाना काफी हद तक एक सकारात्मक विकास रहा है, कुछ अप्रत्याशित परिणाम भी सामने आए हैं जो कम वांछनीय हैं। इनमें शामिल हैं⁹

- वर्तमान में उपलब्ध उपचार विकल्पों सहित MHA के साथ क्या हासिल किया जा सकता है, इस पर अवास्तविक अपेक्षाएं;
- निराशा यदि MHA लक्षण राहत पर वांछित प्रभाव प्राप्त नहीं करती है, विशेष रूप से मूड और संज्ञानात्मक समस्याओं के लिए;
- यदि अप्रत्याशित प्रतिकूल प्रभाव होते हैं तो निराशा;
- MHA तक पहुंचने में कठिनाई या MHA आपूर्ति में बाधा;
- प्राथमिक या द्वितीयक स्तर की रजोनिवृत्ति देखभाल तक पहुंचने में कठिनाई, या तो संसाधनों की कमी के कारण या विशेषज्ञता की कमी के कारण;
- रजोनिवृत्ति प्रबंधन का व्यवसायीकरण जो अति, जांच और अति, उपचार का जोखिम पैदा करता है;
- स्व, नियुक्त विशेषज्ञों से अनियमित सलाह और समर्थन जिनके पास थोड़ा या कोई प्रशिक्षण नहीं है।

कुल मिलाकर, ये परिणाम आंशिक रूप से इसलिए उत्पन्न हुए हैं क्योंकि यह 'पुनर्जागरण' जनता और मीडिया सेलिब्रिटीज द्वारा संचालित किया गया है, न कि स्वास्थ्य विभागों द्वारा। इसलिए यह महत्वपूर्ण है कि रजोनिवृत्ति के प्रबंधन के लिए समन्वित दृष्टिकोण स्वास्थ्य विभागों द्वारा पूरी तरह से विकसित किए जाएं ताकि पर्याप्त नैदानिक और शैक्षिक संसाधनों, और साक्ष्य, आधारित सलाह, MHA और विकल्पों तक समान पहुंच सुनिश्चित की जा सके।

संभावित हितों के टकराव

संभावित हितों के टकराव का मुद्दा और फार्मास्युटिकल उद्योग की भूमिका रजोनिवृत्ति चिकित्सा में विशेष रूप से जटिल मुद्दा रहा है , शायद चिकित्सा के कई अन्य क्षेत्रों की तुलना में अधिक। रजोनिवृत्ति देखभाल में फार्मास्युटिकल कंपनियों का प्रभाव उन लोगों के बीच विशेष रूप से मुश्किल है जो मानते हैं कि रजोनिवृत्ति एक महिला के जीवन के कोर्स का एक प्राकृतिक चरण है और इसके लिए उपचार की आवश्यकता नहीं है, और यहां तक कि उन लोगों के बीच भी जो मानते हैं कि रजोनिवृत्ति से जुड़े कष्टप्रद लक्षण उपचार की मांग करते हैं।

जबकि यह समझा जा सकता है कि कुछ लोग फार्मा उद्योग के साथ सहयोग को अनैतिक मान सकते हैं, वास्तव में, सरकारी स्वास्थ्य विभाग और अनुसंधान एजेंसियां सभी यादृच्छिक परीक्षणों की लागत का समर्थन नहीं कर सकतीं। चिकित्सा अनुसंधान और विकास और गैर, प्रचारक शिक्षा का एक महत्वपूर्ण हिस्सा फार्मा उद्योग के बिना नहीं हो पाता। IMS और अधिकांश रजोनिवृत्ति समाजों का दृष्टिकोण यह है कि फार्मा उद्योग के साथ सहयोग नैतिक हो सकता है बशर्ते प्राथमिक उद्देश्य निम्नलिखित हों⁹

- सहयोग का मुख्य लाभार्थी महिला.रोगी.जनता हो;
- किसी भी सहयोग को पूरी तरह से पारदर्शी होना चाहिए और सभी संभावित हितों के टकराव घोषित किए जाने चाहिए;
- दवा अनुसंधान और विकास अवांछित चिकित्सीय आवश्यकताओं को संबोधित करता है, और केवल वित्तीय लाभ बढ़ाने के लिए डिज़ाइन नहीं किया गया है;
- किसी भी शैक्षिक समर्थन की दिशा बिना प्रतिबंध के, गैर, प्रचारक होनी चाहिए और इसे रजोनिवृत्ति समाजों द्वारा विकसित किया जाना चाहिए, न कि फार्मा द्वारा। यदि लाभ के लिए संगठनों के समर्थन पर कम निर्भरता होनी है तो यह निश्चित रूप से आवश्यक है कि वैश्विक स्तर पर सरकारी स्वास्थ्य विभाग स्वतंत्र अन्वेषक, नेतृत्व वाले अनुसंधान और विकास के लिए और रजोनिवृत्ति से संबंधित समस्याओं के प्रबंधन में HCPs की शिक्षा के लिए पर्याप्त संसाधन प्रदान करें, विशेष रूप से निम्न और मध्यम, आय वाले देशों में। सरकारी वित्त पोषित अध्ययनों में भी समकक्ष नैतिक मानकों का पालन अवश्य किया जाना चाहिए @00]।

नियामकों की भूमिका

EMA (कमीटी फॉर मेडिसिनल प्रोडक्ट्स फॉर ह्यूमन यूज), FDA और MHRA जैसे नियामक एजेंसियों की प्राथमिक भूमिका सार्वजनिक स्वास्थ्य की सुरक्षा और सुधार करना है। जबकि वे नए औषधीय उत्पादों की शुरुआत के लिए सुरक्षा गेटकीपर के रूप में कार्य करते हैं, यह महत्वपूर्ण है कि उनके पास, या वे स्वयं के लिए, पर्याप्त विशेषज्ञता हो ताकि वे उन उत्पादों पर संतुलित निर्णय ले सकें जिनका वे मूल्यांकन करते हैं।

इसलिए यह अत्यधिक फायदेमंद होगा यदि ये अधिकारी नियमित रूप से उन राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय रजोनिवृत्ति समाजों के साथ सहयोग करें जो उन HCPs का प्रतिनिधित्व करते हैं जो उन महिलाओं की देखभाल करते हैं जिनके लिए ये उत्पाद लाभ के लिए डिज़ाइन किए गए हैं। ऐसे उदाहरण जहाँ यह सहयोग रजोनिवृत्ति चिकित्सा के लिए फायदेमंद हो सकता है, उनमें शामिल हैं⁹

▣ कुछ देशों में पारंपरिक रूप से विनियमित MHA की उपलब्धता के बावजूद, संयोजित बायोइडेंटिकल हार्मोन प्रिस्क्राइबर्स.क्लीनिक्स का विस्तार हो रहा है।

▣ कुछ देशों में निम्न, डोज़ स्थानीय एस्ट्रोजन थेरेपी से संबंधित मानक, ब्लैक बॉक्स चेतावनी लेबल 'जैसे कि हृदय संबंधी विकार, डिमेंशिया, स्तन कैंसर, एंडोमेट्रियल कैंसर' को हटाने से इनकार कर दिया जाता है, जबकि हानि का कोई प्रमाण नहीं है।

2 उत्पाद लाइसेंस प्रदान करने के लिए वैश्विक स्तर पर नियामकों का असंगत दृष्टिकोण, उदाहरण के लिए लेवोनॉर्गेस्ट्रैल इंटरयूटेरिन डिवाइस को अमेरिका और कनाडा में MHA का हिस्सा नहीं माना गया है।

2 महिलाओं के उपयोग के लिए टेस्टोस्टेरोन को लाइसेंस देने में अनिच्छा, जो वर्तमान में केवल ऑस्ट्रेलिया में लाइसेंस प्राप्त है।

2 MHA के एक पहलू पर ध्यान केंद्रित करने की प्रवृत्ति, जैसे कि स्तन कैंसर, जबकि समग्र लाभ, जोखिम संतुलन पर विचार नहीं किया जाता है [10]। जब तक राष्ट्रीय/क्षेत्रीय अंतर के लिए विशेष कारण नहीं हैं, इन और अन्य मुद्दों पर वैश्विक स्तर पर एक सुसंगत दृष्टिकोण अपनाना महत्वपूर्ण है, ताकि विश्वास को बढ़ावा मिल सके और सुरक्षित और प्रभावी उत्पादों तक सार्वभौमिक पहुंच की सुविधा हो, बिना भौगोलिक या जातीय भेदभाव के।

IMS और अन्य रजोनिवृत्ति समाजों का महत्व

रजोनिवृत्ति समाज रजोनिवृत्ति और मध्य/जीवन की महिलाओं के स्वास्थ्य की समझ, उपचार और प्रबंधन को बढ़ाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। इन समाजों का कार्य शामिल है9

- अनुसंधान का विकास ;
- HCPs, महिलाओं और समुदायों के लिए शिक्षा का विकास और प्रसार;
- सरकारी नीतियों और धन के लिए समर्थन;
- उपचार तक समान पहुंच और समावेशन को बढ़ावा देना;
- गलत सूचना और कलंक का समाधान करना।

राष्ट्रीय और क्षेत्रीय समाज स्थानीय मुद्दों और प्रसार पर ध्यान केंद्रित करते हैं, और IMS, जो एकमात्र वैश्विक रजोनिवृत्ति समाज है, उन्हें CAMS के माध्यम से एक साथ लाता है ताकि इसके दृष्टिकोण की डिलीवरी का समर्थन किया जा सके।

CAMS के सदस्यों के रूप में, समाज एक साथ काम कर रहे हैं ताकि संसाधनों को विकसित कर सकें, जानकारी साझा कर सकें और एक दूसरे को बढ़ावा दे सकें ताकि उनका महत्वपूर्ण कार्य HCPs और महिलाओं को उनके राष्ट्रीय क्षेत्रों की सीमाओं से परे लाभ प्रदान कर सके। CAMS होल्डिंग हैंड्स प्रोग्राम के माध्यम से, IMS उन क्षेत्रों में रजोनिवृत्ति समाजों की स्थापना के लिए HCPs के साथ काम कर रहा है जहाँ कोई नहीं है। IMS, CAMS सदस्यों के साथ साझेदारी में, अत्याधुनिक शैक्षिक संसाधन और कार्यक्रम बनाता है। रजोनिवृत्ति और मध्य/जीवन की महिलाओं के स्वास्थ्य पर दुनिया के प्रमुख विशेषज्ञों द्वारा विकसित और समर्थित, ये संसाधन सुनिश्चित करते हैं कि दुनिया भर के नवीनतम विज्ञान और उभरते रुझानों को बढ़ावा दिया जाए और HCPs और महिलाओं के लिए सुलभ बनाया जाए।

यह विस्तृत पोर्टफोलियो इवेंट्स और शैक्षिक संसाधनों का, जो कई भाषाओं में अनुवादित हैं और जिनमें से कई मुफ्त में उपलब्ध हैं, ज्ञान को बढ़ाते हैं, संस्कृतियों के बीच जागरूकता को प्रोत्साहित करते हैं और कम सेवा प्राप्त क्षेत्रों में पहुंच को बढ़ाते हैं। MHA इस पोर्टफोलियो का एक प्रमुख विषय है जिसमें शामिल हैं9

- रजोनिवृत्ति पर द्विवार्षिक विश्व कांग्रेस;
- विश्व रजोनिवृत्ति दिवस;
- सोसायटी की द्विमासिक पत्रिका क्लाइमेक्टोरिक;
- IMPART, HCPs के लिए एक मुफ्त ऑनलाइन कोर्स;
- प्रमुख वैज्ञानिक पत्रों की एक विशेषज्ञ समीक्षा 'Menopause Live);

- मासिक वेबिनार श्रृंखला;
- मासिक इंटरव्यू श्रृंखला;
- मासिक CAMS वेबिनार;
- क्लिनिकल कोलोकियम श्रृंखला , भविष्य के रजोनिवृत्ति विशेषज्ञों और प्रमुख विशेषज्ञों के बीच समसामयिक राउंडटेबल चर्चा;
- IMS की सिफारिशों का अद्यतन महिलाओं के मध्य, जीवन स्वास्थ्य और रजोनिवृत्ति पर, जिसके बाद MHA पर वैश्विक सहमति बयान का एक और संशोधन प्रकाशित किया जाएगा;
- IMS की ESHRE, अमेरिकन सोसायटी फॉर रिप्रोडक्टिव मेडिसिन (ASRM) और मोनाश सेंटर फॉर हेल्थ रिसर्च एंड इंप्लीमेंटेशन (MCHRI) के साथ साझेदारी, जिसने ESHRE POI दिशानिर्देश के हालिया अद्यतन को सुविधाजनक बनाया है;
- मेनोपॉज इन्फो, जो महिलाओं के लिए साक्ष्य, आधारित और विश्वसनीय जानकारी प्रदान करता है।

यह आवश्यक है कि सभी रजोनिवृत्ति समाज और स्वास्थ्य संगठन राष्ट्रीय और वैश्विक स्तर पर साझेदारी में काम करें ताकि रजोनिवृत्ति पर ध्रुवीकृत विचारों का समाधान किया जा सके जो अक्सर महिलाओं को भ्रमित और असहाय महसूस कराते हैं। रजोनिवृत्ति के भविष्य के नैतिक प्रबंधन को विकसित और बढ़ावा देने का एकमात्र तरीका है कि एक रजोनिवृत्ति समुदाय के रूप में एक साथ काम करें।

रजोनिवृत्ति देखभाल के भविष्य की उम्मीदें

हम पहले व्यावसायिक रूप से उपलब्ध एस्ट्रोजेन और प्रोजेस्टोजेन से काफी आगे आ चुके हैं। वर्तमान में, परंपरागत रूप से लाइसेंस प्राप्त बॉडी, आइडेंटिकल MHA में संयुग्मित एस्ट्रोजेन और सिंथेटिक एंड्रोजेनिक प्रोजेस्टोजेन की तुलना में कुछ फायदे प्रतीत होते हैं। यह निराशाजनक है कि नियामक मार्गदर्शन परंपरागत रूप से विनियमित MHA के अधिक 'प्राकृतिक' प्रकारों के जैविक और नैदानिक प्रभावों में अंतर को स्वीकार नहीं करता है।

रजोनिवृत्ति अनुसंधान के विस्तार के लिए वित्तपोषण आधुनिक प्रकार के MHA के लाभों और सुरक्षा का और अधिक मूल्यांकन करने और नए उपचार विकल्पों को विकसित और पहचानने के लिए महत्वपूर्ण है जो प्रतिकूल प्रभावों को कम करते हैं और लाभ को अधिकतम करते हैं। शोध में एक प्रमुख प्राथमिकता कुछ एजेंसियों और मीडिया द्वारा फैलाए गए इस धारणा का आलोचनात्मक मूल्यांकन करना है कि सभी प्रकार के MHA का रजोनिवृत्ति से संबंधित स्वास्थ्य मुद्दों पर समान प्रभाव होता है। फार्मा उद्योग के साथ शोध साझेदारी के माध्यम से, TSECs और चयनात्मक एस्ट्रोजेन रिसेप्टर मॉड्युलेटर विकसित किए गए हैं जो लाभ को बनाए रखते हुए प्रतिकूल प्रभावों को कम करते हैं। MHA का उपयोग नहीं कर सकने वाली या नहीं करना चाहने वाली महिलाओं के लिए पूरक, संज्ञानात्मक और लाइसेंस प्राप्त गैर, हार्मोनल दृष्टिकोणों का निरंतर शोध और विकास महत्वपूर्ण है। उद्योग के साथ सहयोग का एक अन्य उदाहरण है रजोनिवृत्ति के कष्टप्रद लक्षणों की उत्पत्ति की ओर ले जाने वाली हाइपोथैलेमिक रोग, प्रक्रियाओं की बेहतर समझ। इन सहयोगों ने NK रिसेप्टर एंटागोनिस्ट जैसे नए चिकित्सीय विकल्पों को जन्म दिया है जिनका उपयोग वे महिलाएं कर सकती हैं जो MHA का उपयोग नहीं करना चाहतीं या जिनके लिए MHA का विरोधाभास है, और चल रहे परीक्षणों के लंबित परिणामों के लिए, उन महिलाओं के लिए भी जिनके हार्मोन, संवेदनशील मैलिग्रेंसी का इतिहास है।

फार्माकोजेनेटिक्स की बेहतर समझ रजोनिवृत्ति से संबंधित लक्षणों के प्रबंधन के लिए वास्तव में व्यक्तिगत चिकित्सा विकल्पों को सुविधाजनक बनाएगी और प्राकृतिक रजोनिवृत्ति की दीर्घकालिक जटिलताओं के जोखिम में मानी जाने वाली महिलाओं में प्राथमिक रोकथाम के पक्ष में लाभ, जोखिम अनुपात को भी

बदल देगी। संयुक्त राज्य अमेरिका प्रिवेंटिव सर्विसेज टास्कफोर्स 'USPSTF) जैसी सलाहकार निकाय वर्तमान में प्राथमिक रोकथाम के लिए MHA की सिफारिश नहीं करती हैं [20] हड्डी और हृदय स्वास्थ्य लाभों के पक्ष में साक्ष्य और रजोनिवृत्ति विशेषज्ञों द्वारा लंबे समय से चली आ रही आलोचना के बावजूद [3, 10]।

निष्कर्ष

रजोनिवृत्ति एक महत्वपूर्ण मील का पत्थर है जो एक महिला के जीवन के कोर्स का हिस्सा है और होमो सेपियन्स में इसका विकासात्मक महत्व हो सकता है। हिप्पोक्रेट्स के समय से ही एक मान्यता प्राप्त चरण होने के बावजूद, रजोनिवृत्ति ने अधिक महत्व ले लिया है क्योंकि यह अब कई महिलाओं के लिए एक सामान्य जीवन चरण बन गई है और इसलिए इसे केवल उम्र बढ़ने की प्रक्रिया का हिस्सा नहीं माना जाना चाहिए।

हाल के फोकस ने महिलाओं को उनकी कष्टप्रद रजोनिवृत्ति के लक्षणों को सक्रिय रूप से प्रबंधित करने के लिए सशक्त बनाने पर जोर दिया है, लेकिन यह भी महत्वपूर्ण है कि रजोनिवृत्ति को एक महिला के जीवन के एक प्राकृतिक चरण के रूप में और वर्तमान और भविष्य के स्वास्थ्य चिंताओं को पुनः मूल्यांकन और संबोधित करने के अवसर के रूप में सकारात्मक दृष्टिकोण को भी बढ़ावा दिया जाए। अंडाशयी गतिविधि की समाप्ति महिलाओं को कष्टप्रद साइकिल से संबंधित लक्षणों जैसे कि PMS/PMDD, मासिक धर्म माइग्रेन और दर्दनाक भरी मासिक धर्म से मुक्ति दिला सकती है [5]। यह महिलाओं को गर्भावस्था की चिंता से मुक्त होने का अवसर भी प्रदान करती है, जिससे उन्हें अपने जीवन के कोर्स में नए अवसरों का पता लगाने का अवसर मिलता है।

वैश्विक स्तर पर रजोनिवृत्ति देखभाल और शिक्षा को बढ़ावा देना रजोनिवृत्ति और महिला उम्र बढ़ने से जुड़े भ्रांतियों को दूर करने और इस पर कलंक को कम करने में भी मदद कर सकता है, जिससे अधिक महिलाएं मध्य जीवन और उसके बाद अपने स्वास्थ्य को बेहतर बनाने के लिए आवश्यक देखभाल प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहित होंगी। दुनिया भर में स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का कर्तव्य है कि वे एक सहायक और सूचनात्मक वातावरण प्रदान करें, जहां महिलाएं स्वतंत्र रूप से इस पर चर्चा कर सकें कि रजोनिवृत्ति उन पर व्यक्तिगत रूप से कैसे प्रभाव डालती है, अपनी चिंताओं और प्राथमिकताओं को व्यक्त कर सकें, और अपने जीवन के दूसरे हिस्से में अपने स्वास्थ्य और कल्याण को बेहतर बनाने के लिए व्यक्तिगत देखभाल प्राप्त कर सकें।

मुख्य नोट

हालांकि रजोनिवृत्ति के अधिकांश व्यक्तिगत अनुभव सिसजेंडर महिलाओं 'जो जन्म से महिला हैं और महिला के रूप में पहचान रखती हैं' से संबंधित हैं, ट्रांसजेंडर पुरुष और कुछ लोग जो न तो पुरुष और न ही महिला के रूप में पहचान रखते हैं, वे भी रजोनिवृत्ति का अनुभव करते हैं। इस श्वेत पत्र में 'महिलाओं' का उल्लेख उपलब्ध आंकड़ों के अनुरूप है, जो नियमित रूप से लिंग पहचान की पहचान नहीं करते हैं। रजोनिवृत्ति के ट्रांस और जेंडर विविध अनुभवों पर आसानी से उपलब्ध आंकड़ों की कमी है। ट्रांस और जेंडर विविध लोगों की उम्र से संबंधित स्वास्थ्य आवश्यकताएं अद्वितीय होती हैं, जिन पर चिकित्सकों को विचार करना चाहिए, जिसमें आवश्यक होने पर विशेषज्ञ सेवाओं के लिए रेफरल शामिल है [6]।

प्रकटीकरण वक्तव्य

N. Panay को Abbott, Astellas, Bayer, Besins, Gedeon Richter, Mithra, Theramex और Viatris से सलाहकार कार्य और वक्ताओं के लिए शुल्क प्राप्त हुआ है।

S.B. Ang को Organon, Novo Nordisk, Pfizer और Amgen से मानदेय और यात्रा अनुदान प्राप्त हुए हैं, और वह वर्तमान में IMS के महासचिव हैं।

R. Cheshire के पास रिपोर्ट करने के लिए कोई संभावित हितों का टकराव नहीं है।

S.R. Goldstein के वर्तमान संभावित हितों के टकराव की रिपोर्ट⁹ Astellas Pharma और Pfizer, जिनके लिए वह स्त्री रोग (GYN) सलाहकार बोर्ड में भाग लेते हैं; Bayer और Mithra, डेटा और सुरक्षा निगरानी बोर्ड (DSMB) के रूप में; Mylan, नैदानिक न्यायिक समिति के लिए; Cook Obstetrics/Gynaecology (OB/GYN), सलाहकार के रूप में।

P. Maki Astellas और Bayer के सलाहकार बोर्ड में हैं, और Estrogenic, MidiHealth और Respin में इक्विटी रखते हैं।

R.E. Nappi को Abbott, Astellas, Bayer, Besins, Exeltis, Fidia, Gedeon Richter, Merck & co, Novo Nordisk, Shionogi, Theramex, Viatris और Vichy Laboratories से सलाहकार कार्य और वक्ताओं के लिए मानदेय प्राप्त हुआ है।

फंडिंग (Funding)

शून्य।

Dr. Anju Soni
President,
Indian Menopause Society

डा- अंजू सोनी
अध्यक्ष,
इंडियन मेनोपॉज़ सोसाइटी

संदर्भ

- [1] Nappi RE, Panay N, Davis SR. in search of a well-balanced narrative of the menopause momentum. *Climacteric*. 2024;27(3):223–225. doi: 10.1080/13697137.2024.2339129.
- [2] Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric*. 2012;15(2):105–114. doi: 10.3109/13697137.2011.650656.

- [3] Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, et al. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol.* 2014;43(5):1542–1562. doi: 10.1093/ije/dyu094.
- [4] Gold EB, Crawford SL, Avis NE, et al. Factors related to age at natural menopause: longitudinal analyses from SWAN. *Am J Epidemiol.* 2013;178(1):70–83. doi: 10.1093/aje/kws421.
- [5] Chikwati RP, Jaff NG, Mahyoodeen NG, et al. the association of menopause with cardiometabolic disease risk factors in women living with and without HIV in sub-Saharan Africa: results from the AWI-Gen 1 study. *Maturitas.* 2024;187:108069. doi: 10.1016/j.Maturitas.2024.108069.
- [6] Coslov N, Richardson MK, Woods NF. Symptom experience during the late reproductive stage and the menopausal transition: observations from the Women Living Better survey. *Menopause.* 2021;28(9):1012–1025. doi: 10.1097/GMe.0000000000001805.
- [7] Peycheva D, Sullivan A, Hardy R, et al. Risk factors for natural menopause before the age of 45: evidence from two British population-based birth cohort studies. *BMC Womens Health.* 2022;22(1):438.
- [8] Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet.* 2016;387(10033):2145–2154. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
- [9] Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *Eur J Ageing.* 2022;19(3):775–787. doi: 10.1007/s10433-021-00679-7.
- [10] Wood BM, Negrey JD, Brown JL, et al. Demographic and hormonal evidence for menopause in wild chimpanzees. *Science.* 2023; 382(6669):eadd5473. doi: 10.1126/science.add5473.
- [11] Ellis S, Franks DW, Nielsen MLK, et al. The evolution of menopause in toothed whales. *Nature.* 2024;627(8004):579–585. doi: 10.1038/ s41586-024-07159-9.
- [12] Johnstone RA, Cant MA. Evolution of menopause. *Curr Biol.* 2019;29(4):R112–R115. doi: 10.1016/j.cub.2018.12.048.
- [13] Takahashi M, Singh RS, Stone J. A theory for the origin of human menopause. *Front Genet.* 2016;7:222. doi: 10.3389/fgene.2016. 00222.
- [14] Hawkes K. Human longevity: the grandmother effect. *Nature.* 2004;428(6979):128–129. doi: 10.1038/428128a.
- [15] Williams GC. Pleiotropy, natural selection, and the evolution of senescence. *Evolution.* 1957;11(4):398–411. doi: 10.2307/2406060.
- [16] Shaw LM, Shaw SL. Menopause, evolution and changing cultures. *Menopause Int.* 2009;15(4):175–179. doi: 10.1258/mi.2009.009044.
- [17] Pliny the elder. *Natural history.* vol. 1. Rackham H, trans. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1961. p. 33.
- [18] Marinello G. *the beatification of the ladies.* 1562.
- [19] Tilt EJ. *The change of life in health and disease. A practical treatise on the nervous and other affections incidental to women at the decline of life.* London: Churchill; 1857.
- [20] Allen E, Doisy EA. An ovarian hormone: preliminary report on its localization, extraction and partial purification, and action in test animals. *JAMA.* 1923;81(10):819–821. doi: 10.1001/jama.1923.02650100027012.
- [21] Greer G. *The change: women, ageing and the menopause.* London: Bloomsbury Press; 1991.
- [22] Foxcroft I. *Hot flushes, cold science: a history of the modern menopause.* London: Granta Books; 2010.
- [23] Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA.* 2002;288(3):321–333.

- [24] Beral V, Million Women Study collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003;362(9382):419–427.
- [25] Greendale GA, Lee NP, Arriola ER. The menopause. *Lancet*. 1999;353(9152):571–580. doi: 10.1016/S0140-6736(98)05352-5.
- [26] Manson JE, Crandall CJ, Rossouw JE, et al. The women’s health initiative randomized trials and clinical practice: a review. *JAMA*. 2024;331(20):1748–1760. doi: 10.1001/jama.2024.6542.
- [27] Miller VM, Taylor HS, Naftolin F, et al. Lessons from KEEPS: the Kronos Early Estrogen Prevention Study. *Climacteric*. 2021;24(2):139–145. doi: 10.1080/13697137.2020.1804545.
- [28] Karim R, Xu W, Kono N, et al. Effect of menopausal hormone therapy on arterial wall echomorphology: results from the Early versus Late Intervention Trial with Estradiol (ELITE). *Maturitas*. 2022;162:15–22. doi: 10.1016/j.maturitas.2022.02.007.
- [29] Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ*. 2012;345(oct09 2):e6409– e6409. doi: 10.1136/bmj.e6409.
- [30] Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast cancer Res treat*. 2008;107(1):103–111. doi: 10.1007/s10549-007-9523-x.
- [31] Panay N. Body-identical hormone replacement. *climacteric*. 2012;15 Suppl 1:1–2. doi: 10.3109/13697137.2012.669126.
- [32] Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast cancer. type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet*. 2019;394(10204):1159–1168.
- [33] Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(3):cD002229. doi: 10.1002/ 14651858.cD002229.pub4.
- [34] Baber RJ, Panay N, Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19(2):109–150. doi: 10.3109/13697137.2015.1129166.
- [35] Ruth KS, Beaumont RN, Locke JM, et al. insights into the genetics of menopausal vasomotor symptoms: genome-wide analyses of routinely-collected primary care health records. *BMC Med Genomics*. 2023;16(1):231. doi: 10.1186/s12920-023-01658-w.
- [36] Islam MR, Gartoulla P, Bell RJ, et al. Prevalence of menopausal symptoms in Asian midlife women: a systematic review. *Climacteric*. 2015;18(2):157–176. doi: 10.3109/13697137.2014.937689.
- [37] Fang Y, Liu F, Zhang X, et al. Mapping global prevalence of menopausal symptoms among middle-aged women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1767. doi: 10.1186/s12889-024-19280-5.
- [38] Lensen S, Archer D, Bell RJ, et al. A core outcome set for vasomotor symptoms associated with menopause: the COMMA (Core Outcomes in Menopause) global initiative. *Menopause*. 2021;28(8):852–858. doi: 10.1097/GMe.0000000000001787.
- [39] Lensen S, Bell RJ, carpenter JS, et al. A core outcome set for genitourinary symptoms associated with menopause: the COMMA (Core Outcomes in Menopause) global initiative. *Menopause*. 2021;28(8):859–866. doi: 10.1097/GMe.0000000000001788.
- [40] Thurston RCA, Vlachos HE, Derby CA, et al. Menopausal vasomotor symptoms and risk of incident cardiovascular disease events in SWAN. *J Am Heart Assoc*. 2021;10(3):e017416.
- [41] Davis SR, Taylor S, Hemachandra c, et al. the 2023 Practitioner’s toolkit for Managing Menopause. *Climacteric*. 2023;26(6):517–536. doi: 10.1080/13697137.2023.2258783.

- [42] Safwan N, Saadedine M, Shufelt CL, et al. Menopause in the workplace: challenges, impact, and next steps. *Maturitas*. 2024;185:107983. doi: 10.1016/j.maturitas.2024.107983.
- [43] Hickey M, Lacroix AZ, Doust J, et al. An empowerment model for managing menopause. *Lancet*. 2024;403(10430):947–957. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02799-X.
- [44] Djapardy V, Panay N. Alternative and non-hormonal treatments to symptoms of menopause. *Best Pract Res clin Obstet Gynaecol*. 2022;81:45–60. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2021.09.012.
- [45] “The 2023 Nonhormone Therapy Position Statement of the North American Menopause Society” Advisory Panel. the 2023 nonhormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2023;30(6):573–590.
- [46] “The 2022 Hormone therapy Position Statement of the North American Menopause Society” Advisory Panel. the 2022 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767–794.
- [47] de Villiers TJ, Hall JE, Pinkerton JV, et al. Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19(4):313–315. doi: 10.1080/13697137.2016.1196047.
- [48] Panay N, Anderson RA, Nappi RE, et al. Premature ovarian insufficiency: an International Menopause Society White Paper. *climacteric*. 2020;23(5):426–446. doi: 10.1080/13697137.2020.1804547.
- [49] de Villiers TJ, Goldstein SR. Update on bone health: the International Menopause Society White Paper 2021. *Climacteric*. 2021;24(5):498–504. doi: 10.1080/13697137.2021.1950967.
- [50] Maki PM, Jaff NG. Brain fog in menopause: a health-care professional’s guide for decision-making and counseling on cognition. *Climacteric*. 2022;25(6):570–578. doi: 10.1080/13697137.2022.2122792.
- [51] Stuenkel CA. Reproductive milestones across the lifespan and cardiovascular disease risk in women. *Climacteric*. 2024;27(1):5–15. doi: 10.1080/13697137.2023.2259793.
- [52] Rozenberg S, Panay N, Gambacciani M, et al. Breaking down barriers for prescribing and using hormone therapy for the treatment of menopausal symptoms: an experts’ perspective. *expert Rev clin Pharmacol*. 2023;16(6):507–517. doi: 10.1080/17512433.2023.2219056.
- [53] Mendoza N, Ramírez I, de la Viuda E, et al. Eligibility criteria for Menopausal Hormone Therapy (MHT): a position statement from a consortium of scientific societies for the use of MHT in women with medical conditions. MHT eligibility criteria Group. *Maturitas*. 2022;166:65–85. doi: 10.1016/j.maturitas.2022.08.008.
- [54] Laing A, Thomas L, Hillard T, et al. Exploring the potential for a set of UK hormone replacement therapy eligibility guidelines: a suggested proposal on the topic of venous thromboembolism. *Post Reprod Health*. 2024;30(1):39–54. doi: 10.1177/20533691231223682.
- [55] Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2019;364:k4810. erratum in: *BMJ*. 2019 Jan 15;364:1162. doi: 10.1136/bmj.k4810.
- [56] Rohr UD, Ehrly AM, Kuhl H. Plasma profiles of transdermal 17 beta-estradiol delivered by two different matrix patches. A four-way cross-over study in postmenopausal women. *Arzneimittelforschung*. 1997;47(6):761–767.
- [57] Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2020;371:m3873. doi: 10.1136/bmj.m3873.
- [58] Panay N, Nappi RE, Stute P, et al. Oral estradiol/micronized progesterone may be associated with lower risk of venous thromboembolism compared with conjugated

- equine estrogens/medroxyprogesterone acetate in real-world practice. *Maturitas*. 2023;172:23–31. doi: 10.1016/j.maturitas.2023.04.004.
- [59] Premenstrual disorders including premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tog.12848>.
- [60] Manley K, Hillard T, Clark J, et al. Management of unscheduled bleeding on HRT: a joint guideline on behalf of the British Menopause Society, Royal College Obstetricians and Gynaecologists, British Gynaecological Cancer Society, British Society for Gynaecological Endoscopy, Faculty of Sexual and Reproductive Health, Royal College of General Practitioners and Getting it Right First time. *Post Reprod Health*. 2024;30(2):95–116. doi: 10.1177/20533691241254413.
- [61] Soares CN, Almeida OP, Joffe H, et al. Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):529–534. doi: 10.1001/archpsyc.58.6.529.
- [62] Studd J, Panay N. Hormones and depression in women. *Climacteric*. 2004;7(4):338–346. doi: 10.1080/13697130400012262.
- [63] Notelovitz M, Lenihan JP, McDermott M, et al. Initial 17beta-estradiol dose for treating vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol*. 2000;95(5):726–731. doi: 10.1097/00006250-200005000-00019.
- [64] Panay N, Ylikorkala O, Archer DF, et al. Ultra-low-dose estradiol and norethisterone acetate: effective menopausal symptom relief. *Climacteric*. 2007;10(2):120–131. doi: 10.1080/13697130701298107.
- [65] Ettinger B, Ensrud KE, Wallace R, et al. Effects of ultra low-dose transdermal estradiol on bone mineral density: a randomized clinical trial. *Obstet Gynecol*. 2004;104(3):443–451. doi: 10.1097/01.AOG.0000137833.43248.79.
- [66] Renoux C, Dell'aniello S, Garbe E, et al. Transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke: a nested case-control study. *BMJ*. 2010;340(jun03 4):c2519–c2519. doi: 10.1136/bmj.c2519.
- [67] Briggs P. Possible tachyphylaxis with transdermal therapy? *Post Reprod Health*. 2019;25(2):111–112. doi: 10.1177/2053369119853123.
- [68] Panay N, Studd J. Progestogen intolerance and compliance with hormone replacement therapy in menopausal women. *Hum Reprod Update*. 1997;3(2):159–171. doi: 10.1093/humupd/3.2.159.
- [69] Sturdee DW, Ulrich LG, Barlow DH, et al. The endometrial response to sequential and continuous combined oestrogen-progestogen replacement therapy. *BJOG*. 2000;107(11):1392–1400. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11654.x.
- [70] Yue W, Wang J, Atkins KA, et al. Effect of a tissue selective estrogen complex on breast cancer: role of unique properties of conjugated equine estrogen. *Int J cancer*. 2018;143(5):1259–1268. doi: 10.1002/ijc.31401.
- [71] Del Río JP, Molina S, Hidalgo-Lanusca O, et al. Tibolone as hormonal therapy and neuroprotective agent. *trends Endocrinol Metab*. 2020;31(10):742–759. doi: 10.1016/j.tem.2020.04.007.
- [72] Sriprasert I, Mert M, Mack WJ, et al. Use of oral estradiol plus vaginal progesterone in healthy postmenopausal women. *Maturitas*. 2021;154:13–19. doi: 10.1016/j.maturitas.2021.09.002.
- [73] Hamoda H. British Menopause Society tools for clinicians: progestogens and endometrial protection. *Post Reprod Health*. 2022;28(1): 40–46. doi: 10.1177/20533691211058030.
- [74] Santoro NA, Brown JR, Adel TO, et al. Characterization of reproductive hormonal dynamics in the perimenopause. *J clin Endocrinol Metab*. 1996;81(4):1495–1501. doi: 10.1210/jcem.81.4.8636357.

- [75] Santoro N, Braunstein GD, Butts CL, et al. Compounded bioidentical hormones in endocrinology practice: an endocrine society scientific statement. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(4):1318–1343. doi: 10.1210/jc.2016-1271.
- [76] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Sciences Policy; Committee on the Clinical Utility of Treating Patients with Compounded Bioidentical Hormone Replacement Therapy. The clinical utility of compounded bioidentical hormone therapy: a review of safety, effectiveness, and use. Jackson LM, Parker RM, Mattison DR, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020.
- [77] Eden JA, Hacker NF, Fortune M. Three cases of endometrial cancer associated with “bioidentical” hormone replacement therapy. *Med J Aust.* 2007;187(4):244–245. doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01210.x.
- [78] Achilli C, Pundir J, Ramanathan P, et al. Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2017;107(2):475–482.e15. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.028.
- [79] Islam RM, Bell RJ, Green S, et al. Effects of testosterone therapy for women: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev.* 2019;8(1):19. doi: 10.1186/s13643-019-0941-8.
- [80] Davis SR, Baber R, Panay N, et al. Global consensus position statement on the use of testosterone therapy for women. *Climacteric.* 2019;22(5):429–434. erratum in: *Climacteric.* 2019 Dec;22(6):637. doi: 10.1080/13697137.2019.1637079.
- [81] Sultana F, Davis SR, Bell RJ, et al. Association between testosterone and cognitive performance in postmenopausal women: a systematic review of observational studies. *Climacteric.* 2023;26(1):5–14. doi: 10.1080/13697137.2022.2139600.
- [82] Panay N. British Menopause Society tool for clinicians: testosterone replacement in menopause. *Post Reprod Health.* 2022;28(3):158–160. doi: 10.1177/20533691221104266.
- [83] Woods NF, Coslov N, Richardson M. Anticipated age of perimenopausal experiences, stress, satisfaction, and health and well-being: observations from the Women Living Better Survey. *Menopause.* 2023;30(8):807–816. doi: 10.1097/GMe.0000000000002206.
- [84] Hale Ge, Hughes cl, Burger HG, et al. Atypical estradiol secretion and ovulation patterns caused by luteal out-of-phase (LOOP) events underlying irregular ovulatory menstrual cycles in the menopausal transition. *Menopause.* 2009;16(1):50–59. doi: 10.1097/GMe.0b013e31817ee0c2.
- [85] Arjona Ferreira JC, Migoya E. Development of relugolix combination therapy as a medical treatment option for women with uterine fibroids or endometriosis. *F S Rep.* 2022;4(2 Suppl):73–82. doi: 10.1016/j.xfre.2022.11.010.
- [86] Freeman EW, Sammel MD, Sanders RJ. Risk of long-term hot flashes after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort. *Menopause.* 2014;21(9):924–932. doi: 10.1097/GMe.0000000000000196.
- [87] Gartoulla P, Worsley R, Bell RJ, et al. Moderate to severe vasomotor and sexual symptoms remain problematic for women aged 60 to 65 years. *Menopause.* 2015;22(7):694–701. doi: 10.1097/GMe.0000000000000383.
- [88] Politi MC, Schleinitz MD, Col NF. Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *J Gen intern Med.* 2008;23(9):1507–1513. doi: 10.1007/s11606-008-0655-4.
- [89] Maki PM, Panay N, Simon JA. Sleep disturbance associated with the menopause. *Menopause.* 2024;31(8):724–733. doi: 10.1097/GMe.0000000000002386.
- [90] <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>.

- [91] Pinkerton JV, Simon JA, Joffe H, Maki PM, Nappi Re, Panay N, Soares CN, Thurston RC, Caetano C, Haberland C, Haseli Mashhadi N, Krahn U, Mellinger U, Parke S, Seitz C, Zuurman L. Elinzanetant for the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause: OASIS 1 and 2 randomized clinical trials. *JAMA*. 2024 Aug;22:e2414618. doi: 10.1001/jama.2024.14618.
- [92] Elnaga AAA, Alsaied MA, Elettrey AM, Ramadan A. Effectiveness and safety of fezolinetant in alleviating vasomotor symptoms linked to menopause: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024 Jun;297:142–152. doi: 10.1016/j.ejogrb.2024.04.017.
- [93] Nappi RE, Palacios S, Bruyniks N, et al. The burden of vulvovaginal atrophy on women's daily living: implications on quality of life from a face-to-face real-life survey. *Menopause*. 2019;26(5):485–491. doi: 10.1097/GMe.0000000000001260.
- [94] Cucinella L, Tiranini L, Cassani C, et al. Insights into the vulvar component of the genitourinary syndrome of menopause (GSM). *Maturitas*. 2024;186:108006. doi: 10.1016/j.maturitas.2024.108006.
- [95] Panay N, Anderson R, Bennie A, et al. O-111 Premature ovarian insufficiency: new data and updated guidance. *Hum Reprod*. 2024;39(Suppl_1):deae108.122. doi: 10.1093/humrep/deae108.122.
- [96] Santoro N, Roeca C, Peters BA, et al. The menopause transition: signs, symptoms, and management options. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;106(1):1–15. doi: 10.1210/clinem/dgaa764.
- [97] Mielke MM, Kapoor E, Geske JR, et al. Long-term effects of premenopausal bilateral oophorectomy with or without hysterectomy on physical aging and chronic medical conditions. *Menopause*. 2023;30(11):1090–1097. doi: 10.1097/GMe.0000000000002254.
- [98] Panay N, Fenton A. Iatrogenic menopause following gynecological malignancy: time for action!. *Climacteric*. 2016;19(1):1–2. doi: 10.3109/13697137.2015.1127640.
- [99] Koysombat K, Mukherjee A, Nyunt S, Pedder H, Vinogradova Y, Burgin J, Dave H, Comninos AN, Talaulikar V, Bailey JV, Dhillon WS, Abbara A. Factors affecting shared decision-making concerning menopausal hormone therapy. *Ann N Y Acad Sci*. 2024 Aug;1538(1):34–44. doi: 10.1111/nyas.15185.
- [100] Pickar JH. Conflicts of interest in government-funded studies. *Climacteric*. 2015;18(3):339–342. doi: 10.3109/13697137.2015.1012154.
- [101] Hamoda H, Davis SR, Cano A, et al. BMS, IMS, EMAS, RCOG and AMS joint statement on menopausal hormone therapy and breast cancer risk in response to EMA Pharmacovigilance Risk Assessment committee recommendations in May 2020. *Post Reprod Health*. 2021;27(1):49–55. doi: 10.1177/2053369120983154.
- [102] <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/menopausal-hormone-therapy-preventive-medication>.
- [103] Langer RD, Simon JA, Pines A, et al. Menopausal hormone therapy for primary prevention: why the USPSTF is wrong. *Menopause*. 2017;24(10):1101–1112. doi: 10.1097/GMe.0000000000000983.
- [104] Langer RD, Hodis HN, Lobo RA, et al. Hormone replacement therapy – where are we now? *Climacteric*. 2021;24(1):3–10. doi: 10.1080/13697137.2020.1851183.
- [105] Matina SS, Mendenhall E, Cohen E. Women's experiences of menopause: a qualitative study among women in Soweto, South Africa. *Glob Public Health*. 2024;19(1):2326013. doi: 10.1080/17441692.2024.2326013.
- [106] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.

परिशिष्ट 1: हार्मोनल चिकित्सा के सिद्धांतों का संक्षेप में सारांश (MHT) – 5Ws

1. MHT किसके लिए है?

- MHT के लिए सामान्य संकेत
 - परेशान करने वाले वासोमोटर लक्षण (VMS) और वल्वोवेजाइनल एट्रोफी.मेनोपॉज़ के जननमूत्र संबंधी सिंड्रोम (VVA/GSM) लक्षण।
 - ऑस्टियोपोरोसिस की रोकथाम (कुछ देशों में पहले पंक्ति, दूसरों में दूसरे पंक्ति)।
- बिना लक्षण वाली महिलाएं
 - MHT मुख्य रूप से लक्षणात्मक महिलाओं के लिए है निर्धारित की जाती है।
 - MHT को एग्रीवन का अमृत नहीं समझा जाना चाहिए।
 - MHT वर्तमान में सामान्य रजोनिवृत्ति आयुवाली महिलाओं में हृदय रोग या डिमेंशिया की प्राथमिक रोकथाम के लिए वर्तमान में संकेत नहीं है, लेकिन यह प्राथमिक अंडाशय कमी (POI)/प्रारंभिक मेनोपॉज़ वाली महिलाओं के लिए महत्वपूर्ण रोकथाम चिकित्सा है, भले ही वे बिना लक्षण वाली हों।
- उच्च जोखिम वाली महिलाएं
 - किसी अन्य दवा की तरह लाभ, जोखिम संतुलन की सावधानीपूर्वक सलाह दी जानी चाहिए।
 - 'स्वीकृत जोखिम' की परिभाषा भिन्न होगी ज व्यक्तिगत रूप से चिकित्सा की आवश्यकता है।
 - चिकित्सा योग्यताओं के विकास का निरंतर प्रयास उपयोगी होगा (जैसे गर्भनिरोधक में)

2. MHT के प्रकार और खुराक

○ एस्ट्रोजेन का प्रकार

- चार मानव एस्ट्रोजेन 'एस्ट्रोन, एस्ट्राडियोल, एस्ट्रियोल, एस्टेट्रोल(का सटीक अनुपात दोहराने की आवश्यकता का कोई प्रमाण नहीं है।
- अधिकांश प्रकार के एस्ट्रोजेन VMS और VVA/GSM को पर्याप्त खुराक में उपयोग करने पर कम कर देंगे।
- MHT में एस्ट्रोजेन के प्रकारों के बीच जैविक भिन्नताओं के बावजूद प्रभावकारिता और सुरक्षा में नैदानिक रूप से महत्वपूर्ण भिन्नताओं का कोई सबूत नहीं है।
- वितरण का मार्ग 'जैसे मौखिक बनाम गैर,मौखिक(हृदय,मेटाबोलिक महत्व रखता है 'जैसे ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजेन के साथ कोई वेनस थ्रोम्बोएंबोलिज़्म (VTE) का जोखिम नहीं।
- सामान्य मेनोपॉज़ की उम्र की स्वस्थ महिलाएं यदि चाहें तो मौखिक MHT ले सकती हैं, या यदि वे ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजेन को अवशोषित नहीं कर पा रही हैं या उससे एलर्जी है।

○ प्रोजेस्टोजेन का प्रकार

- MHT में प्रोजेस्टोजेन का मुख्य संकेत एंडोमेट्रियल हाइपरप्लेसिया.कैंसर की रोकथाम है।
- अधिकांश प्रोजेस्टोजेन इसे पर्याप्त खुराक.अवधि में उपयोग करने पर हासिल करते हैं।
- प्रोजेस्टोजेन की सहनशीलता और सुरक्षा में भिन्नताएँ हैं जिन्हें MHT लिखते समय ध्यान में रखना चाहिए।
- शरीर,एकरूप प्रोजेस्टेरोन और शरीर,समान प्रोजेस्टोजेन 'जैसे डाइड्रोगेस्ट्रोन(के हृदय,मेटाबोलिक और स्तन जोखिम मार्करों पर एंड्रोजेनिक प्रोजेस्टोजेन की तुलना में कम प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है।

○ एस्ट्रोजेन और प्रोजेस्टोजेन की खुराक

- MHT को न्यूनतम पूर्ण प्रभावी खुराक पर निर्धारित की जानी चाहिए, ताकि अधिकतम लाभ और न्यूनतम प्रतिकूल प्रभाव के साथ प्राप्त हो सके ।
- यदि गैर,स्थिर खुराक MHT फॉर्मूले में एस्ट्रोजेन की खुराक बढ़ाई जाती है, तो प्रोजेस्टोजेन की खुराक को भी पर्याप्त एंडोमेट्रियल सुरक्षा बनाए रखने के लिए बढ़ाया जाना चाहिए।
- प्रोजेस्टोजेन असहनशीलता वाली महिलाओं में, कम खुराक और अवधि की आवश्यकता हो सकती है J एंडोमेट्रियल निगरानी अनिवार्य है जिसमें अल्ट्रासाउंड ± हिस्टेरोस्कोपी ± एंडोमेट्रियल बायोप्सी शामिल है।
- अन्य विकल्प 'कुछ देशों में लाइसेंस से बाहर.उपलब्ध नहीं(में योनि प्रोजेस्टेरोन, अंतर्गर्भाशयी लेवोनॉर्जेस्ट्रेल और मौखिक ऊतक चयनात्मक एस्ट्रोजेन कॉम्प्लेक्स 'TSEC) (कंजुगेटेड इक्वाइन एस्ट्रोजेन @EE]/बेज़ोडॉक्सिफेन(शामिल हैं।

○ MHT की निगरानी

- सामान्य मेनोपॉज़ की उम्र वाली महिलाओं में MHT को शुरू करने या मॉनिटर करने के लिए नियमित हार्मोन प्रोफाइल की आवश्यकता नहीं है।
- हार्मोनल प्रोफाइल निम्नलिखित परिस्थितियों में उपयोगी हो सकते हैं, विशेष रूप से यदि पहले से किसी योजना में बदलाव की कोशिश की गई है१
 - MHT शुरू करने.स्विच करने के 12 सप्ताह बाद भी लक्षणों में राहत नहीं मिल रही है।
 - MHT शुरू करने.स्विच करने के 12 सप्ताह बाद भी लगातार प्रतिकूल प्रभाव हो रहे हैं।
 - POI/प्रारंभिक मेनोपॉज़ में MHT का उपयोग, विशेष रूप से यदि प्रभावशीलता के मुद्दे.प्रतिकूल प्रभाव या ऑस्टियोपेनिया.ऑस्टियोपोरोसिस के बारे में चिंता हो।
- NB: एस्ट्राडियोल स्तर ट्रांसडर्मल एस्ट्रोजेन चिकित्सा पर प्रभाव के सबसे प्रतिनिधि होते हैं, जहां उपलब्ध हो वहां मास स्पेक्ट्रोमेट्री तकनीकों द्वारा मापा जाता है।

समायोजित जैव,समान हार्मोन चिकित्सा

- कस्टम समायोजित जैव,समान हार्मोन चिकित्सा की सिफारिश नहीं की जाती है क्योंकि विनियमन, कठोर सुरक्षा और प्रभावशीलता परीक्षण, बैच मानकीकरण और शुद्धता उपायों के संबंध में चिंताएं हैं
- समायोजित जैव,समान हार्मोन चिकित्सा के संभावित लाभ पारंपरिक रूप से विनियमित शरीर, एकरूप MHT से प्राप्त किए जा सकते हैं जिसे प्रभावशीलता और सुरक्षा के लिए कठोरता से परीक्षण किया गया है

टेस्टोस्टेरोन

- टेस्टोस्टेरोन एक महत्वपूर्ण महिला हार्मोन है जिसका स्तर जीवन के दौरान स्वाभाविक रूप से घटता है
- महिलाओं में टेस्टोस्टेरोन प्रतिस्थापन का मुख्य संकेत हाइपोएक्टिव सेक्सुअल डिजायर डिसऑर्डर 'HSDD) है J अर्थात कस्टदायक कम परेशान करने वाला कम कामेच्छा।
- अन्य लक्षणों 'जैसे संज्ञानात्मक, मूड(के लिए लाभ वर्तमान परीक्षण डेटा के आधार पर स्थापित नहीं हैं और इन्हें लिखने के लिए मुख्य संकेत नहीं होना चाहिए।
- HSDD का निदान और चिकित्सा के लिए एक बायोप्सिकोसोशल दृष्टिकोण का पालन किया जाना चाहिए, जो वैश्विक सहमति पत्र के अनुसार हो।
- अधिकांश देशों में महिलाओं के लिए टेस्टोस्टेरोन तैयारियाँ लाइसेंस से बाहर हैं, जिसमें पुरुष तैयारियों जैसे जेल 'आमतौर पर पुरुष खुराक का 1/10वां हिस्सा(को कम करने की आवश्यकता होती है।

3. MHT कब शुरू और रोकनी चाहिए?

○ प्रारंभिक अंडाशय अपर्याप्ता 'पीओआई' (प्रारंभिक मेनोपॉज़)

- हार्मोन चिकित्सा (MHT या संयुक्त मौखिक गर्भनिरोधक (COCs) को POI/प्रारंभिक मेनोपॉज़ के निदान के तुरंत बाद संभवतः शुरू किया जाना चाहिए, जब तक कि कोई contraindication न हो।
- उपचार की शीघ्र स्थापना जीवन की गुणवत्ता को बहाल करती है और दीर्घकालिक स्वास्थ्य जोखिमों (ऑस्टियोपोरोसिस, हृदय रोग, डिमेंशिया) के जोखिम को कम करती है।
- उपचार को कम से कम सामान्य मेनोपॉज़ की आयु तक जारी रखा जाना चाहिए और उसके बाद व्यक्तिगत रूप से MHT की निरंतरता पर विचार किया जाना चाहिए, जो लाभ, जोखिम मूल्यांकन पर आधारित हो।

प्रीमेनोपॉज़/पेरिमेनोपॉज़

- MHT वर्तमान में मेनोपॉज़/लेट पेरिमेनोपॉज़ में महिलाओं के लिए संकेतित है।
- मेनोपॉज़ से संबंधित लक्षण अक्सर प्रीमेनोपॉज़ या प्रारंभिक पेरिमेनोपॉज़ में शुरू होते हैं।
- इन महिलाओं में MHT का ऑफ़, लेबल उपयोग किया जा सकता है, लेकिन अंतर्निहित एस्ट्रोजेन उत्पादन में अस्थायी रूप से बढ़ने के कारण प्रतिकूल प्रभावों की उच्च घटना हो सकती है।
- COCs का उपयोग उन महिलाओं में किया जा सकता है जिनमें उम्र के अलावा कोई contraindications नहीं हैं; नए एस्ट्राडियोल और एस्टेट्रोल COCs में VTE का कम जोखिम हो सकता है।
- प्रीमेनोपॉज़/पेरिमेनोपॉज़ में नए उपचार दृष्टिकोणों पर अनुसंधान की तुरंत आवश्यकता है।

वृद्ध पोस्टमेनोपॉज़ल महिलाएं (≥60 वर्ष)

- 60 वर्ष की आयु के बाद नियमित रूप से MHT शुरू करने की सिफारिश नहीं की जाती है क्योंकि जोखिम बढ़ सकते हैं (जैसे मौखिक MHT के साथ VTE, स्ट्रोक)।
- 60 वर्ष से अधिक महिलाओं में ऑस्टियोपोरोसिस की रोकथाम/उपचार के लिए MHT का उपयोग पहले पंक्ति के विकल्प के रूप में नहीं किया जाना चाहिए।
- लाभ, जोखिम मूल्यांकन के आधार पर व्यक्तिगत रूप से चिकित्सा की अनुमति है, विशेष रूप से लगातार VMS वाली महिलाओं में।
- इस आयु वर्ग में VVA/GSM लक्षणों के उपचार के लिए टॉपिकल एस्ट्रोजेन की सिफारिश की जाती है और यह contraindicated नहीं है।

MHT कब रोकना चाहिए

- MHT उपयोग की अवधि पर मनमाने सीमाएं (जैसे 5 वर्ष) नहीं लगाई जानी चाहिए।
- एक व्यक्तिगत दृष्टिकोण अपनाया जाना चाहिए, महिलाओं को साक्ष्य, आधारित व्यक्तिगत निर्णय लेने के लिए सशक्त बनाना चाहिए।

- 60 वर्ष से अधिक महिलाओं में MHT का निरंतर उपयोग, MHT शुरू करने के मुकाबले, हृदय.VTE घटनाओं के लिए एक अधिक अनुकूल जोखिम, लाभ प्रोफ़ाइल से जुड़ा हो सकता है ।

4. MHT क्यों महत्वपूर्ण है?

- क्या मेनोपॉज़ को अधिक चिकित्सा की जा रही है?
 - मेनोपॉज़ का उपचार अनिवार्य नहीं है, केवल जीवनशैली, आहार, व्यायाम आदि के अनुकूलन के अलावा उपचार की आवश्यकता हो ।
 - हालाँकि, परेशान करने वाले मेनोपॉज़ से जुड़े लक्षणों और जोखिमों की सक्रिय पहचान और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं द्वारा समाधान किया जाना चाहिए।
 - MHT और औषधीय विकल्पों के साथ चिकित्सा हमेशा स्वास्थ्य अनुकूलन उपायों और बात करने वाली चिकित्सा द्वारा समर्थित होनी चाहिए यदि संकेतित हो।
 - वैश्विक स्तर पर एक नियमित मेनोपॉज़ चेकअप प्रदान करने से पीड़ा कम करने और स्वास्थ्य संबंधी गैर,संक्रामक रोगों की घटनाओं को कम करने में मदद मिल सकती है, विशेष रूप से क्योंकि VMS हृदय रोग के बढ़ते जोखिम से जुड़े होते हैं।
 - अंतरराष्ट्रीय मेनोपॉज़ समाज (IMS) का दृष्टिकोण है कि दुनिया भर की सभी महिलाओं को साक्ष्य,आधारित ज्ञान और स्वास्थ्य देखभाल तक आसान और समान पहुंच प्राप्त होगी, जिससे उन्हें मध्यावस्था के स्वास्थ्य विकल्प बनाने के लिए पूरी तरह से सूचित किया जा सके।

गैर,हार्मोनल विकल्पों की भूमिका

- उपचार विकल्पों का व्यापक भंडार मेनोपॉज़ के प्रबंधन को व्यक्तिगत बनाने में आसानी करता है।
- महिलाएं जो हार्मोनल उपचार का उपयोग नहीं करना चाहतीं या जिनके लक्षणों में सुधार नहीं हो रहा है.जीवन के अंत में स्थायी लक्षण.प्रतिकूल प्रभाव.MHT के लिए contraindications हैं, उन्हें साक्ष्य,आधारित गैर,हार्मोनल विकल्प चुनने का अवसर मिलना चाहिए।
- चयनात्मक सेरोटोनिन पुनः अवशोषण अवरोधक (SSRIs)/सेरोटोनिन और नॉरएपिनेफ्रीन पुनः अवशोषण अवरोधक (SNRIs) को उन महिलाओं में VMS के इलाज के लिए नियमित रूप से उपयोग नहीं किया जाना चाहिए जिनमें MHT के लिए contraindications नहीं हैं।
- कई देशों में बात करने वाली चिकित्सा, जैसे संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा.हिप्रोथेरेपी तक पहुंच में सुधार की आवश्यकता है।
- VMS के लिए गैर,हार्मोनल विकल्पों के विकास और पहुंच में निरंतरता आवश्यक है, जैसे न्यूरोकिनिन (NK) रिसेप्टर प्रतिकारी, ताकि चिकित्सीय विकल्पों का विस्तार हो सके।

अपूरित आवश्यकताओं के चिकित्सीय क्षेत्र

- मेनोपॉज़ के बारे में जागरूकता में सुधार के बावजूद कुछ आवश्यकताएँ पूरी नहीं हो रही हैं। इनमें शामिल हैं⁹
 - VVA/GSM – लक्षण 50% से अधिक पोस्टमेनोपॉज़ल जनसंख्या को प्रभावित करते हैं और फिर भी केवल अल्पसंख्यक स्थानीय MHT प्राप्त करते हैं, जिससे महिलाएँ 'चुपचाप सहती रहती हैं'।
 - POI/प्रारंभिक मेनोपॉज़ J इससे पहले सोचे गए से अधिक उच्च प्रसार 'POI लगभग 4% विशेष रूप से निम्न और मध्यम आय वाले देशों [LMICs] में; कई महिलाएँ अभी भी बहुत देर से पेश होती हैं, या बिल्कुल नहीं, जिससे रोकथाम योग्य जटिलताएँ उत्पन्न होती हैं।
 - पेरिमेनोपॉज़ J लक्षण आम और परेशान करने वाले होते हैं, लेकिन हार्मोन चिकित्सा में कठिनाई होती है क्योंकि हार्मोन स्तर में उतार, चढ़ाव होते हैं, और इसलिए इसे आजमाया नहीं जाता है, हालाँकि यह किया जा सकता है।

चिकित्सीय मेनोपॉज़ के कारण⁹

- सौम्य कारण.गैर,हार्मोन निर्भर कैंसर J MHT सामान्यतः लिखी जा सकती है लेकिन अक्सर नजरअंदाज की जाती है जिससे पीड़ा और अनावश्यक गैर,संक्रामक रोगों 'NCDs) का कारण बनता है।
- हार्मोन,निर्भर कैंसर J MHT और गैर,हार्मोनल विकल्पों के लाभ,जोखिम संतुलन पर सक्रिय रूप से चर्चा की जानी चाहिए।

5. MHT कहाँ तक पहुंचा जा सकता है?

- निम्न और मध्यम आय वाले देशों में MHT तक पहुंच।
- कई देशों में, विशेष रूप से LMICs में, महिलाओं के पास MHT और मेनोपॉज़ प्रबंधन के लिए वैकल्पिक विकल्पों तक पहुंच बहुत कम या नहीं है J इस स्थिति में सुधार की आवश्यकता है।
- राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय मेनोपॉज़ समाज मेनोपॉज़ और MHT के बारे में जागरूकता बढ़ाने और शिक्षा प्रदान करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं J यह अनुवादित दिशानिर्देशों.ऑनलाइन शैक्षिक उपकरणों.ऐप्स.आर्टिफिशियल इंटेलिजेंस 'AI) आदि के माध्यम से हासिल किया जा सकता है।
- वैश्विक उम्र बढ़ने और इस संयुक्त राष्ट्र की स्वस्थ उम्र बढ़ने के दशक में गैर संक्रामक रोगों को महामारी को देखते हुए मोनोपोज स्वास्थ्य सेवा की बेहतर देखभाल आवश्यक है।
- MHT पर 'सामाजिक और राजनीतिक प्रभावकारों' का प्रभाव।
- सोशल और अन्य मीडिया में गलत जानकारी और भ्रांतियाँ महिलाओं के मेनोपॉज़ और MHT के बारे में भ्रम और असमर्थन का कारण बन सकती हैं।
- MHT के संभावित लाभों और जोखिमों के बारे में अपेक्षाएँ अक्सर वास्तविकता से मेल नहीं खाती हैं और MHT उपयोगकर्ताओं के लिए निराशा का कारण बन सकती हैं।

- सरकारों, स्वास्थ्य सेवा पेशेवरों (HCPs) और समाज को सामान्य रूप से महिलाओं को मेनोपॉज़ के बारे में पूरी जानकारी देने की जिम्मेदारी है, ताकि उन्हें सही विकल्प बनाने के लिए सशक्त बनाया जा सके।
- उपयुक्त मेनोपॉज़. MHA सलाह व्यक्तिगत और सामाजिक दोनों लाभों के माध्यम से
 - सामाजिक स्वास्थ्य देखभाल बोझ में कमी।
 - कार्यस्थल में सुधार की दक्षता और उत्पादकता।

नोट्स

(1) कृपया MHA प्रकारों, खुराक, योजनाओं, संदर्भ आदि के बारे में अधिक विवरण के लिए पूर्ण पांडुलिपि देखें।

(2) IMS (<https://imsociety.org>) और मेनोपॉज़ जानकारी ' <https://menopauseinfo.org>) वेबसाइटों का लिंक।

(3) प्रोजेस्टोजेन < प्रोजेस्टेरोन और सिंथेटिक प्रोजेस्टिन।

डॉ. अंजू सोनी

अध्यक्ष,

इंडियन मेनोपोज सोसाइटी

Dr. Anju Soni

President,

Indian Menopause Society