

Diferenciálna diagnostika porúch menštruačného cyklu

prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc., MUC Alexandra Krištúfková

I. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a FNsP, Bratislava

Poruchy menštruačného cyklu sú pomerne časté a ich etiológia je rozmanitá. Vznikajú v dôsledku anovulácie, organických príčin, endokrinopatií, systémových ochorení, vplyvom niektorých liekov alebo psychiky ženy. Diferenciálna diagnostika príčin nepravidelného menštruačného cyklu je veľmi dôležitá a je potrebné dokonalé poznanie fyziologických regulačných hormónových mechanizmov. Liečba je komplexná. Autori vo svojej práci uvádzajú prehľad diagnostických algoritmov k určeniu správnej príčiny a následnej liečby poruchy menštruačného cyklu.

Kľúčové slová: dysfunkčné krvácanie, anovulačné cykly.

Differential diagnosis of menstrual disorders/abnormal uterine bleeding

Menstrual disorders/abnormal uterine bleeding are/is relatively frequent and their/its etiology is varied. They result from anovulatory cycles, organic, endocrinological, systemic diseases, under the influence of some drugs or on the psychogenic base. Differential diagnosis of the cause of abnormal uterine bleeding is very important and perfect knowledge of physiologic principles is needed. Treatment is complex. The authors present a view of diagnostic algorithm to diagnose the right cause and subsequent therapy of abnormal uterine bleeding.

Key words: dysfunctional uterine bleeding, anovulatory cycles.

Ambulantná terapia, 2009, roč. 7 (1): 18 – 22

Úvod

Poruchy menštruačného cyklu, nepravidelné krvácanie, špinenie alebo silné krvácanie patria medzi najčastejšie dôvody, pre ktoré ženy navštívia gynekológa. Určenie správnej príčiny narušeného menštruačného cyklu je veľmi dôležité a častokrát vyžaduje dôkladnú osobnú, ale i rodinnú anamnézu a precízne fyzikálne vyšetrenie.

Etiológia

Anovulačný cyklus je najčastejšou príčinou nepravidelného menštruačného cyklu, resp. dysfunkčného krvácania. Je výsledkom funkčného narušenia synchronnosti regulačnej osi hypotalamus-hypofýza-ovárium. V etiológii anovulačných cyklov má podstatnú úlohu vek ženy, pretože fyziologicky sa vyskytujú anovulačné cykly v hraničných častiach fertílneho života – tesne po menarché a v perimenopauze. V gynekologickej praxi sa stretávame najmä s anovuláciou spojenou so syndrómom polycystických ovárií (PCOS).

Anovuláciu spôsobujú aj endokrinné ochorenia zasahujúce do regulačnej hypotalamo-hypofyzárnej osi: poruchy štítnej žľazy (hypo/hypertyreóza), nadobličiek, zvýšená sekrécia prolaktínu rôznej etiológie. Príčinou môže byť aj porucha metabolizmu steroidov v pečeni a v obličkách pri závažnom stupni hepatopatie alebo renálnej insuficiencie. Odchýlky v menštruačnom cykle môžu byť spôsobené aj organickou príčinou (zápal, myóm, tumor, porušená gravidita), hematologickými ochoreniami (m. Willebrand, trombocytopenie), systémovými

ochoreniami alebo pri liečbe antikoagulantami, kortikosteroidmi, antipsychotikami (olanzapín, risperidon) a tricyklickými antidepresívami (1, 2).

Patofyziológia

V klinickej praxi dysfunkčné krvácanie súvisí s anovuláciou. V endometriu nedochádza ku kompletnej a synchronnej transformačnej zmene. Takéto nepravidelné odlučovanie endometria môže nastať v dôsledku troch typov mechanizmov.

- **Krvácanie zo spádu estrogénov** vzniká, ak sa odlúči iba proliferované endometrium. Tento typ krvácania pozorujeme u niektorých žien ako tzv. ovulačné krvácanie v strede menštruačného cyklu v dôsledku predovulačného poklesu estrogénov. Teoreticky môže dôjsť k takémuto krvácaniu po vysadení exogénnych estrogénov u ženy po oophorektómii.
- **Krvácanie z prieniku estrogénov** býva najčastejšou príčinou dysfunkčného krvácania. Príčinou je estrogén-gestagénová nerovnováha a organizmus je pod vplyvom relatívneho hyperestrogenizmu. Tento stav vzniká pri nezrelosti regulačnej osi v období tesne po menarché, pri hormonálnej dysbalancii ústiacej do anovulačných cyklov u perimenopauzálnych žien, pri anovuláciách v rámci PCOS alebo pri hyperestrogenizme súvisiacom s obezitou a metabolickým syndrómom. Medzi mierou nadbytku estrogénov a intenzitou prienikového krvácania existuje priamo úmerný vzťah. Nepravidelné krváca-

nie môže mať charakter spottingu až profúzne metrorágie po dlhšom období amenorey. Pri chronicky pretrvávajúcich anovulačných cykloch endometrium vykazuje sklon k hyperplázii a patologickej štruktúre, pretože sa neuplatňuje vplyv progesterónu, ktorý limituje rast endometria, zabezpečuje jeho transformáciu a tým aj schopnosť kompletneho odlúčenia počas menštruácie.

- **Krvácanie z prieniku gestagénov** nastáva pri abnormálne vysokom pomere gestagén/estrogén, ktorý vzniká iatrogénne, napr. podávaním perorálnych kontraceptív, resp. pri kontinuálnej gestagénovej antikoncepcii (1).

Klinické delenie porúch menštruačného cyklu

Posudzovanie a hľadanie príčiny poruchy menštruačného cyklu začína určením charakteru krvácania (tabuľka 1). Za fyziologický sa považuje cyklus s intervalom 21 až 35 dní, s dĺžkou krvácania 1 až 7 dní a krvácanie by nemalo vyžadovať viac ako 1 vložku/1 tampón počas 3 hodín. Malé odchýlky v menštruačnom cykle najmä u dievčat do 2 rokov po menarché (anovulačné cykly) a u perimenopauzálnych žien (vynechaná menštruácia, predĺžené krvácanie) možno považovať za normálne. Skrátený interval, opakovane pod 21 dní však u perimenopauzálnych žien vyžaduje odobratie vzorky endometria. U fertílных žien možno premenštruačný spotting považovať za normálny variant cyklu, ak je pravidelný a trva-

nie menštruácie je menej ako 8 dní. Pravidelný postmenštruačný spotting možno tiež považovať za normálny variant cyklu, avšak niekedy môže byť spôsobený endometritídou (2).

Diagnostika a diferenciálna diagnostika

V diferenciálnej diagnostike porúch menštruačného cyklu je dôležité odlišiť dysfunkčné krvácanie od krvácania z organických príčin. O dysfunkčné krvácanie sa jedná, ak vylúčime všetky organické príčiny krvácania (obrázok 1).

Vo fertilnom veku je nutné ako prvé myslieť na krvácanie z porušenej gravidity, či už zmysle spontánneho potratu alebo mimomaternicovej tehotnosti. Palpačným gynekologickým vyšetrením a vyšetrením v zrkadlách diferencujeme niektoré organické príčiny krvácania. Je nutné vylúčiť gynekologický zápal, poranenie genitálu, cudzie teleso, benígne procesy (endometriový polyp, myóm), karcinóm endometria alebo karcinóm cervixu. Diagnostika hematologických abnormalít, najmä koagulopatie typu *m. Willebrand* u adolescentiek tvoria samostatnú kapitolu, ktorá vyžaduje aj pomoc hematológa.

Pri dôkladnom fyzikálnom vyšetrení pacientky zisťujeme znaky súvisiace s príčinou poruchy menštruačného cyklu – hirsutizmus, akné, galaktorea, zväčšenie štítnej žľazy, znaky poruchy príjmu potravy – anorexia/obezita alebo prejavy psychickej poruchy. Netreba zabúdať ani na dôkladnú osobnú, rodinnú, liekovú anamnézu a možný vplyv zamestnania, vyčerpania a pod. Kľúčovú úlohu v diferenciálnej diagnostike majú laboratórne hormonálne vyšetrenia. Ako prvé je nevyhnutné vylúčiť poruchu funkcie štítnej žľazy a poruchy sekrecie prolaktínu. U uvedených endokrinopatií býva prvým prejavom porušený menštruačný cyklus, avšak vyžadujú si odlišný terapeutický prístup.

Hypotyreóza i hyperprolaktinémia spôsobujú spomalenie vylučovania folikulo stimulujúceho hormónu (FSH) a luteinizačného hormónu (LH). Vzniká porucha zrenia folikulov, luteálna insuficiencia až anovulácia s klinickým obrazom nepravidelného menštruačného cyklu až amenorey. Odoberá sa krv na vyšetrenie tyreotropného hormónu (TSH) a prolaktínu (PRL).

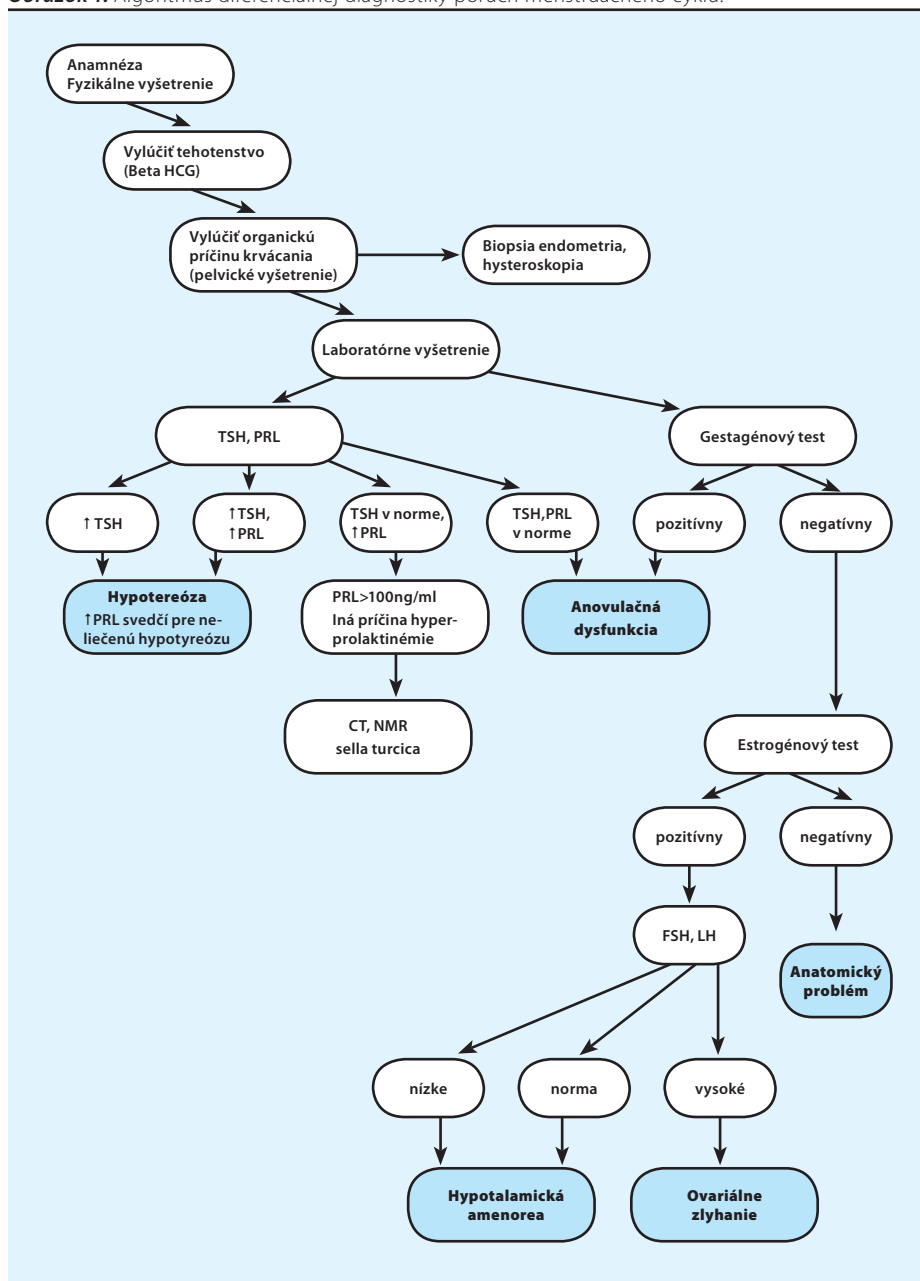
Dlhodrvajúca neliečená hypotyreóza stimuluje sekreciu prolaktínu (až do 100 ng/ml) prostredníctvom TRH stimulačného efektu na adenohipofýzu, preto u žien s klinickými prejavmi galaktorey treba vždy myslieť aj na hypotyreózu.

Zvýšené hodnoty TSH viac ako 15 mU/l zvyčajne potvrdzujú klinicky manifestnú hypotyreózu. Pri mierne zvýšených hodnotách TSH (do 15 mU/l) stanovujeme voľnú frakciu tyroxínu (fT4). Znížené

Tabuľka 1. Charakter krvácania a jeho možné príčiny (spracované podľa Ely J. W. a kol., 2006).

Charakter krvácania	Klinický obraz	Možné príčiny
Závažné akútne krvácanie	• krvácanie vyžadujúce viac ako 1 vložku/1 tampón za 1 hodinu • vitálne znaky hypovolémie	• submukózný myóm • koagulopatia • užívanie antikoagulancií
Nepravidelné krvácanie	• metrorrhagia • menometrorrhagia • oligomenorrhagia • predĺžené krvácanie (trvajúce týždne až mesiace) • intermenštruačné krvácanie • premenštruačný/postmenštruačný spotting • spotting počas ovulácie	• Syndróm polycystických ovárií • endometritída (akútna/chronická) • endometriálny karcinóm • hyperprolaktinémia • kong. adrenálna hyperplázia • androgénny secernujúci nádor • endokrinopatie, lieky • perorálne hormonálne kontraceptíva
Menorrhagia	• silné, ale pravidelné krvácanie • prítomnosť krvných zrazenín v menštruačnej krvi alebo anémie z deficitu železa • krvácanie trvá viac ako 7 dní • krvácanie trvajúce viac ako 12 dní sa považuje za predĺžené krvácanie pri nepravidelnom menštruačnom cykle	• subjektívne vnímanie silnejšieho krvácania • koagulopatie/trombocytopatie • organická príčina - endometriálna hyperplázia, polyp, submukózný myóm, endometriálny karcinóm, adenomyosis

Obrázok 1. Algoritmus diferenciálnej diagnostiky porúch menštruačného cyklu.



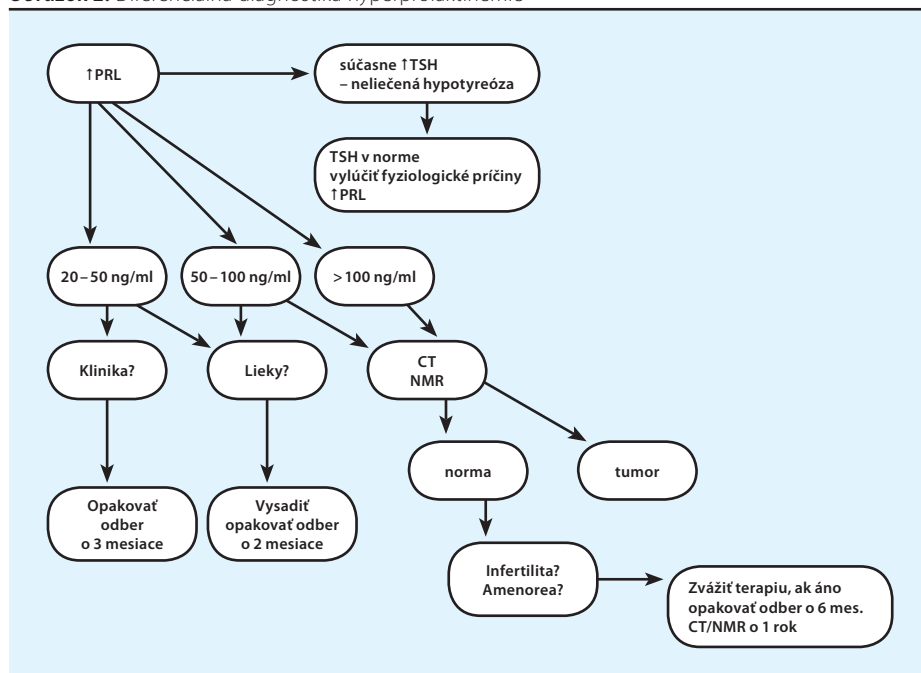
hladiny fT4 potvrdzujú manifestnú hypotyreózu. Pri mierne zvýšených hodnotách TSH a zároveň normálnych hladinách fT4 sa jedná o latentnú, resp. subklinickú hypotyreózu. Pretrvávajúce zvýšenej hladiny PRL pri normálnej koncentrácii TSH poukazuje na inú príčinu hyperprolaktinémie ako je hypotyreóza (obrázok 2) (1).

Diagnostickým kritériom hyperprolaktinémie je opakované zvýšenie koncentrácií prolaktínu, pričom musia byť dodržané pravidlá odberu krvnej vzorky odber za kludových podmienok aspoň 2 hodiny po prebudení. Vylúčiť treba fyziologické príčiny hyperprolaktinémie (gravida, laktácia, stres, hypoglykémia, hypertermia, dráždenie prsných bradaviek, pohlavný styk) a farmakologickú hyperprolaktinémiu (estrogény, psychofarmaká, metoklopramid, blokátory receptorov pre histamín, verapamil, α -metyldopa, narkotiká, opiáty, prostaglandíny). Patologická hyperprolaktinémia je prítomná pri organických procesoch hypotalamu, mikro-/makroprolaktinómoch, idiopatická hyperprolaktinémia spôsobená hyperpláziou laktotrofov hypofýzy, afunkčný makroadenóm hypofýzy, ktorý útlakom stopky hypofýzy vyvoláva hyperprolaktinémiu, pri hyperandrogénnom syndróme, renálnej insuficiencii (dialyzačný program), pri cirróze pečene a pri Addisonovej chorobe (3).

V ďalšom kroku laboratórnej diferenciálnej diagnostiky dysfunkčného krvácania zisťujeme vlastnú poruchu sekrécie gonadotropínov. Vyšetrujeme sérovú hladinu FSH a LH. Odporúča sa časový odstup minimálne 2 týždne od estrogén-gestagénovej medikácie (endogénny klírens hormónov). Koncentrácie hormónov kolíšu v závislosti od fázy cyklu, preto u pacientky s nepravidelným menštruačným cyklom treba stanoviť hladiny FSH a LH na 4. deň menštruácie. U pacientky s dlhodobou amenoreou sa nepredpokladá cyklická sekrécia gonadotropínov, preto časovanie odberu nie je potrebné. Hladiny gonadotropínov u amenoreických žien s negatívnou odpoveďou v gestagénovom teste môžu byť patologicky zvýšené pri nedostatočnej ováriovej sekrécii estrogénov. Predčasné ováriálne zlyhanie diagnostikujeme pri hladine FSH nad 40 IU/l dvakrát po sebe v mesačnom intervale u ženy mladšej ako 40 rokov. Patologicky znížené alebo hraničné sérové hladiny FSH a LH môžu svedčiť pre centrálnu poruchu v hypotalamo-hypofýzovej oblasti (1, 3).

Osobitnú kapitolu predstavuje diferenciálna diagnostika hyperandrogenémie ako jednej z príčin chronickej anovulácie (obrázok 3). Hyperandrogenémia je definovaná ako zvýšená koncentrácia testosterónu, androstendiónu alebo dehydroepiandrosterónu (DHEA), resp. hodnota voľného testosterónu je dvojnásobne zvýšená nad hornú referenčnú hodnotu minimálne

Obrázok 2. Diferenciálna diagnostika hyperprolaktinémie



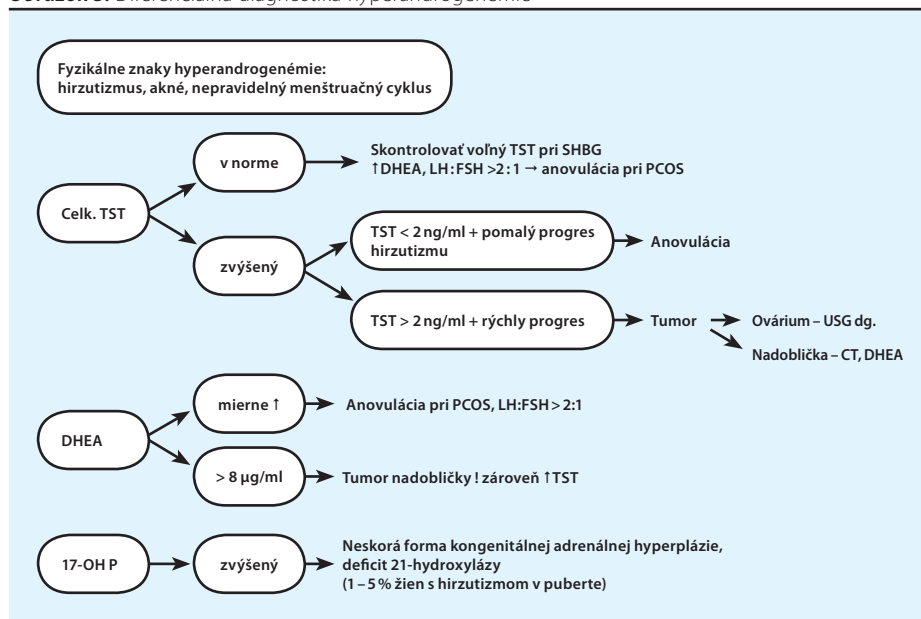
v dvoch odberoch. Hyperandrogenémia sa najčastejšie vyskytuje ako súčasť PCOS, ktorého prevalencia medzi ženami vo fertilnom veku je okolo 10 % (3). Diagnostické kritériá pre PCOS zahŕňajú najmenej 2 z nasledujúcich kritérií: porucha menštruačného cyklu – oligomenorea, anovulácia, znaky hyperandrogenémie, laboratórne stanovenie hyperandrogenémie, obraz polycystických vaječníkov na ultrazvuku. Pred určením diagnózy PCOS je nutné vylúčiť iné príčiny hyperandrogenémie ako kongenitálna adrenálna hyperplázia – neskorá forma, androgény secernujúce nádory z ovárií alebo nadobličiek (2).

Pri užívaní perorálnej kombinovanej antikoncepcie, najmä nízkoúčinkovej alebo vnútromaterni-

cového systému s levonorgestrelom (IUD) sa môže vyskytovať krvácanie z prieniku gestagénov. Ak sa krvácanie vyskytuje po troch mesiacoch užívania kombinovanej antikoncepcie je dôležité vylúčiť zápalový pôvod krvácania. Ak zápalový pôvod krvácania vylúčime, je potrebné zmeniť perorálnu kombinovanú antikoncepciu za inú s vyššou dávkou estrogénov. U pacientok s IUD môže byť tiež nepravidelné krvácanie spojené s endometritídou (2).

Ultrazukové vyšetrenie (USG) či už abdominálne alebo transvaginálne je neodmysliteľnou súčasťou pri určovaní príčiny poruchy menštruačného cyklu. Je neinvazívne, nebolestivé a umožňuje posúdiť hrúbku endometria. USG môže odhaliť najmä organické príčiny ako po-

Obrázok 3. Diferenciálna diagnostika hyperandrogenémie



lyp, myóm, nádory alebo cysty na ováriách (2). Frakciovaná kyretáž endometria predstavuje jednu z nenahradiateľných metodík hlavne pri vylučovaní organickej patológie endometria alebo cervixu pri nepravidelnom menštruačnom cykle. Je však nutné indikovať ju uvážlivo. K tejto indikácii sa prikláňame vzhľadom na vek pacientky a pri podozrení na hyperpláziu, resp. karcinóm endometria. Ide najmä o ženy vo veku nad 35 rokov, ženy obézne alebo ženy chronicky exponované neoponovaným estrogénom.

Hysteroskopia má dôležité miesto v diagnostike polypov endometria, resp. submukózneho myómu a s presnosťou diagnostiku možného karcinómu endometria (1).

Terapia akútneho dysfunkčného krvácania

Akútne krvácanie vyžaduje okamžité riešenie a väčšinou nie je dostatok času na komplexnú diagnostiku. Opierame sa o základné diferenciálne diagnostické kritériá – vek, suspektná organická príčina a charakter krvácania. Pri akútnom krvácaní je dôležité posúdiť indikáciu na frakciovanú kyretáž alebo indikáciu hormónovej terapie pri predpokladanej funkčnej príčine krvácania (1).

Liečebný postup závisí od klinického priebehu – od intenzity krvácania a stavu pacientky hodnoteného objektívne a prostredníctvom krvného obrazu (tabuľka 2). Pri hormónovej terapii sa v snahe zastaviť akútne krvácanie rozhodujeme medzi intenzívnou estrogénovou terapiou, gestagénovou alebo estro-gestagénovou terapiou.

Estrogénová terapia

Intenzívnu liečbu relatívne vysokými dávkami neoponovaných estrogénov volíme najmä pri metrorágií, kde v dôsledku silného alebo prolongovaného krvácania existuje už iba bazálna vrstva endometria neschopná transformácie pod vplyvom gestagénov. Vykonáva sa hormonálne zastavenie krvácania, stimuluje sa rast a sekrečná premena nového endometria s následným kompletným odlúčením nepravidelného endometria a vytvorením základu k jeho normálnemu rastu v ďalšom cykle. Na začiatku podávame každé 4 hodiny 2 mg estradiolu perorálne, resp. 1,25 mg konjugovaných estrogénov (CEE) počas 24 hodín. Pri zoslabení krvácania podávame 2 mg estradiolu, resp. 1,25 mg CEE denne počas 7 až 10 dní. Po zastavení krvácania sa podávajú orálne kombinované kontraceptíva s dávkou ethinylestradiolu 30 µg : 4 x 1 tbl počas 4 dní → 3 x 1 tbl počas 3 dní → 2 x 1 tbl počas 2 dní → 1 x 1 tbl počas 3 týždňov. Po prerušení liečby očakávame do 3 dní odlučovacie krvácanie. Schémy podávania orálnych kombi-

Tabuľka 2. Liečba vybraných príčin porúch menštruačného cyklu (spracované podľa Cibula D. a Václavová Z., 2005).

Syndróm polycystických ovárií	• redukcia hmotnosti u obéznych pacientok • kombinovaná hormonálna antikoncepcia (monofázické preparáty s obsahom 30–35 µg ethinyl estradiolu (EE) v kombinácii s antiandrogénnym alebo nízko androgénnym gestagénom) • pri neznášanlivosti kombinovanej hormonálnej antikoncepcie – elektro-kauterizácia ovárií • antiandrogény – pri akné
Primárna amenorea, oligomenorea (idiopatická, hypotalamická amenorea)	• gestagény – cyklicky 15. až 26. deň cyklu • kombinovaná substitučná liečba v cyklickej forme – pri potvrdení osteoporózy, osteopénii alebo rizikových faktorov s negatívnym vplyvom na metabolizmus kostí vo fertilnom veku • kombinovaná hormonálna antikoncepcia – ak je nutný antikoncepčný efekt
Hyperprolaktinémia	• agonisti dopamínových receptorov bromokriptin, dávku postupne zvyšujeme • cabergolin – pri neznášanlivosti bromokriptinu, 1 tbl. týždenne, postupne zvyšovanie na 1–2 tbl. týždenne • kombinovaná hormonálna antikoncepcia – ak je žiaduci antikoncepčný efekt
Predčasná ováriálna zlyhanie	• kombinovaná hormonálna substitúcia v kontinuálnom alebo cyklickom režime • kombinovaná hormonálna antikoncepcia – v prípade ak nemôžeme vylúčiť prechodné obnovenie ovulačných cyklov – preferujeme nízкодávkové prípravky (15–20 µg EE/deň)

nových kontraceptív sa u jednotlivých autorov líšia, avšak takýto dlhší interval odlučovacieho krvácania od predchádzajúceho akútneho krvácania poskytuje čas na regeneráciu stavu pacientky. Po takejto liečbe je nutná prevencia opakovania nepravidelného krvácania, po 1 týždni bez podávania kombinovaných kontraceptív sa odporúča pokračovať aspoň 3 cyklami so štandardným podávaním kombinovaných kontraceptív (1, 2, 4).

Ak nenastane zoslabenie krvácania pri intenzívnej estrogénovej terapii do 24 hodín, je nutné prehodnotiť predpokladanú príčinu krvácania a indikovať frakciovanú kyretáž. Pri uvedených vysokých dávkach estrogénov je možné zvýšenie relatívneho rizika tromboembolickej príhody. Terapiu treba indikovať opatrne, po zvážení individuálnych rizikových faktorov a nemala by byť indikovaná u ženy s pozitívnou rodinnou alebo osobnou anamnézou tromboembolickej choroby (1).

Druhou indikáciou podania neoponovaných estrogénov je nepravidelné krvácanie vyskytujúce sa pri dlhodobej hormónovej medikácii s prevahou gestagénov. Dochádza ku krvácaniu z prieniku gestagénov. Endometrium je nízke až atrofické, prítomná je pseudodeciduálna stróma a fragilné cievne zásobenie. Podávame perorálne 2 mg estradiolu, resp. 1,25 mg CEE denne počas 7 dní, pričom je nevyhnutné zároveň pokračovať aj v užívaní antikoncepcie (1). Pri nepravidelnom krvácaní u pacientok s IUD môžeme podať aj jeden cyklus kontraceptív. Estrogény podáme po vylúčení zápalu alebo endometritídy pri IUD, kedy podávame antibiotiká (2).

Juvenilná metrorágia pri hematologických ochoreniach tvorí samostatnú diagnosticko-terapeutickú jednotku. Kauzálnou terapiou v týchto prípadoch je podanie čerstvej zmrazenej plazmy a následne substitúcia defektného faktora (1).

Gestagénová terapia

Čisto gestagénovú liečbu používame, ak chceme doceliť sekrečnú premenu endometria, počas ktorej dôjde k zastaveniu krvácania a po jej ukončení k odlúčeniu premeneného endometria. Túto schému liečby nemožno použiť na deskvamované endometrium u hypoestrogénnych žien. Podávané preparáty: dydrogesterón 2x denne počas 10 dní, norgestrolacetát 1x denne počas 10 dní alebo medroxyprogesterónacetát 2x denne počas 12 dní. V nasledujúcich cykloch je nutná prevencia recidív (4).

Kombinovaná estro-gestagénová terapia

Zastavenie krvácania dosiahneme aj podaním estrogénov v prvej fáze, ktoré stimulujú rast endometria a v druhej fáze pridávame gestagén k správnej sekrečnej premene a odlúčeniu endometria. Podávame 2 mg estradiolu denne počas 21 dní a následne pridávame gestagény: dydrogesterón 2x 10 mg posledných 10 dní, norgestrolacetát 1x 5 mg denne posledných 10 dní alebo medroxyprogesterónacetát 2x 5 mg denne posledných 12 dní.

Liečbu kombinovanou perorálnou antikoncepciou zvolíme pri chronických anovulačných cykloch, pri krvácaní z prieniku estrogénov, ak sa nejedná o akútnu silnú, resp. prolongovanú metrorágiu a ak žena neužíva dlhodobú antikoncepciu s prevahou gestagénov. Odporúčané sú monofázové preparáty nízкодávkovej perorálnej antikoncepcie 3 x 1 tbl počas 7 dní. Zoslabenie až vymiznutie krvácania sa očakáva do 12 až 24 hodín po začatí terapie. Je dôležité upozorniť pacientku, že po vysadení uvedenej terapie nastane o 2–4 dni krvácanie zo spádu estrogénov a nejde o neúspech terapie (1, 4).

Prevenia recidívy dysfunkčného krvácania

Po zastavení akútneho dysfunkčného krvácania je nevyhnutné pacientku nastaviť na adekvátnu hormónovú terapiu, inak je pravdepodobnosť recidívy nepravidelného krvácania vysoká a existuje riziko atypických tkanivových zmien pri hyperestrogenizme. Vhodnú preventívnu schému vyberáme na základe podrobnej diferenciálnej diagnostiky príčiny poruchy menštruačného cyklu a s prihliadnutím želania pacientky otehotnieť. Rozhodujeme sa medzi kombinovanou estrogestagénovou terapiou, cyklickou terapiou gestagénmi alebo IUD (1, 3). V perimenopauze a pri súčasnem výskyte klimakterických symptómov môžeme voľiť prípravky cyklickej kombinovanej hormonálnej substitúcie (3). V niektorých prípadoch je vhodná aj endometriálna ablácia prvej alebo druhej generácie (5). Kombinovanú estrogestagénovú terapiu vo forme kombinovanej perorálnej antikoncepcie odporúčame pacientkám s anovulačnými cyklami, ktoré si neželajú otehotnieť. Po zastavení akútneho krvácania je vhodné odporučiť perorálnu kombinovanú antikoncepciu z preventívnych dôvodov minimálne počas 3 mesiacov.

Gestagény podávané vo farmakologických dávkach pôsobia preventívne proti vzniku hyperplázie endometria. U žien s nepravidelným krvácaním v dôsledku anovulačných cyklov je indikovaná cyklická substitúcia exogénnymi gestagénmi minimálne 12 dní v každom mesiaci. Výber gestagénu sa odvíja od klinického stavu pacientky a od želania pacientky otehotnieť. Pri plánovaní gravidity sú syntetické gestagény kontraindikované. Používa sa prirodzený progesterón v mikronizovanej forme, resp. vhodné deriváty progesterónu. Indikujeme ich v druhej fáze cyklu od 14. do 25. dňa v dávke norgestrelacetát 1 x 5 mg denne, dydrogesterón 2 x 10 mg denne, mikronizovaný progesterón v dennej dávke 2 x 100 mg (1, 3). IUD možno použiť u žien s myomatóznym uterusom, hypermenoreou, menometrorágiou, hyperpláziou endometria a dysmenoreou. Pred inzerciou je vhodné histologické vyšetrenie endometria (6).

Záver

Dôkladná diferenciálna diagnostika porúch menštruačného cyklu a určenie ich správnej príčiny sa odvíja od dobrého poznania fyziologických regulačných mechanizmov. V klinickej praxi často dochádza k predčasnej indikácii invazívne-

ho výkonu, t. j. kyretáže. Kyretáž by však nemala predstavovať prvú voľbu pri liečbe akútneho/nepravidelného krvácania. Dysfunkčné krvácanie je zapríčinené hormónovo a preto je žiadúce liečiť ho hormónovo v súlade s fyziologickými princípmi ženského organizmu (1).

Literatúra

1. Václavová Z, Borovský M, Payer J. Diagnostika, liečba a prevencia dysfunkčného krvácania. Praktická gynekológia 2002; 3: 128–133.
2. Ely JW, Kennedy CM, Clark EC, Bowdler NC. Abnormal uterine bleeding: A management Algorithm. J. Am. Board Fam. Med. 2006; 19: 590–602.
3. Cibula D, Václavová Z. Hormonálna liečba porúch menštruačného cyklu. In: Borovský M, Václavová Z. Hormonálna liečba v gynekológii. Bratislava: SAP 2005. 80 s.
4. Nižňanská Z, Košťálová L, Koliba P, Feráková N, Feldmár T. Hormonálna liečba v gynekológii detí a dospievajúcich. In: Borovský M, Václavová Z. Hormonálna liečba v gynekológii. Bratislava: SAP 2005. 80 s.
5. Bongers MY, Mol BWJ, Brölmann HAM. Current treatment of dysfunctional uterine bleeding. Maturitas 2004; 47: 159–174.
6. Oravec J, Štendl P, Greková K, Maršík L, Gažo M, Sysák R, Durechová A. Intrauterinný systém „Mirena“ – viac ako len antikoncepcia. Slovenská gynekológia a pôrodnictvo 2008; 1: 7–9.

prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc.

I. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a FNŠP
Antolská 11, 851 07 Bratislava
borovsky@npba.sk

Tlačová správa

Môj plán pre zdravý a aktívny život

(Bratislava 11. február 2009) – Spoločnosť Danone v spolupráci s Centrom pre zdravý životný štýl Arcadia Medica vytvorila dvojmesačný program pre všetkých, ktorí si chcú upraviť či zmeniť svoj nezdravý spôsob života, pod názvom **Môj Activia plán**. Tri vybrané účastníčky vo veku 24, 35 a 56 rokov začali s komplexným programom zmeny k zdravému životnému štýlu a zapojili sa do dvojmesačného Activia plánu. Dosiahnuté pozitívne výsledky v oblasti stravovania, pohybu a celkového psychického postoja majú byť inšpiráciou pre všetkých, ktorí sa zaujímajú o svoje zdravie a chcú pre seba niečo urobiť. Hoci sa liečebné metódy ustavične zdokonaľujú, stále ešte platí, že zdravým životným štýlom vieme predísť vzniku až 75 % ochorení.

Vhodným spôsobom života môžeme predísť mnohým civilizačným ochoreniam, ale aj veľmi účinne pomôcť pri už vzniknutých zdravotných problémoch. Je dokázané, že zmena životného štýlu vedúca k úprave stravovacích návykov a zvýšeniu fyzickej aktivity je najdôležitejším faktorom v prevencii alebo v oddialení progresu takých civilizačných chorôb ako diabetes mellitus, zvýšený krvný tlak, zvýšená hladina cholesterolu a ďalšie, vysvetľuje riaditeľka Centra pre zdravý životný štýl Arcadia Medica MUDr. Martina Šintálová. Arcadia Medica je miesto, kde pod „jednou strechou“ možno nájsť všetky nevyhnutné súčasti komplexného manažmentu zdravého života a skrášľovacích procedúr pod odborným dohľadom. Centrum ponúka širokú škálu služieb v poradenstve výživy a pohybu, ako aj samotné pohybové aktivity. Organizuje školenia, kurzy a prednášky

súvisiace s danou aktuálnou témou v oblasti zdravia a zdravého životného štýlu. Spoločnosť Arcadia Medica poskytuje služby v Piešťanoch a Bratislave. Od mája 2009 sa navyše plánuje v nových priestoroch Apollo Business Centra rozšírenie doteraz poskytovaných služieb o odborné služby ortopedickej ambulancie, možnosť využitia lipolytickej vibračnej plošiny, kozmetických a dermatokozmetických služieb, atď.

„Z pohľadu výživy je vstupnou bránou k zdraviu náš tráviaci trakt. Základom je pestrosť a vyváženosť všetkých zložiek potravy. Treba pritom dávať pozor na množstvo a čas stravovania, pitný režim a konzumáciu dostatku vlákniny, ktorá zvyšuje účinnosť dôležitých probiotík, vitamínov, minerálov a antioxidantov“, vysvetľuje odborníčka na výživu Ing. Judita Kobzová.

U mnohých ľudí stále prevláda názor, že zdravé návyky sú nudné a ťažko dosiahnuteľné. Že uplatňovať zdravý životný štýl znamená nevyhnutne podrobiť sa dlhému radu odriekaní. Aj vďaka projektu **Môj Activia plán** sa môžu presvedčiť, že sa to dá inak, s radosťou a dobrým pocitom zo samého seba.

Pre viac informácií kontaktujte:

Mgr. Angela Buday

angela.buday@danone.com

MUDr. Martina Šintálová

m.sintalova@arcadiamedica.sk

www.arcadiamedica.sk

arcadia medica
uľahčíme Vašu budúcnosť