

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА
НА ДОКАЗИ ПРИ АМЕНОРЕЈА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување при аменореја.

Член 2

Начинот на згрижување на аменорејата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност за медицинско згрижување на аменорејата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6509/2
07 ноември 2012 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

АМЕНОРЕЈА

- Основни податоци
- Примарна аменореја
- Секундарна аменореја
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Причината за аменореја треба да се востанови и терапијата да се насочи кон неа.
- Кај примарна аменореја пациентката никогаш немала менструација. Кај секундарна аменореја отсуството на менструација е во текот на 6 последователни месеци или ако менструалниот циклус е подолг од нормално, отсуство на 3 последователни менструални циклуси. Во практиката, границата помеѓу различни состојби не е секогаш толку остра.

ПРИМАРНА АМЕНОРЕЈА

- Спроведување на ивентигации ако:
 - не се јавиле знаци на пубертет до возраст од 13 до 14 години или
 - не се јавила менструација до возраст од 16 години, останатите знаци на пубертет се развиваат нормално.

Причини

- Кај 45% од случаите причина е иреверзибилно оштетување на овариумите; често и без знаци за пубертет.
 - Најчесто е поврзано со хромозомални абнормалности, на пример, Тарнеров синдром
 - Други оваријални нарушувања (дисгенезии).
- Причината кај 15% од случаите потекнува од централниот нервен систем; често без појава на пубертет.
 - Тумор на хипофизата (често пролактиноми), други тумори на мозокот, инсуфициенција на хипофизата, Kallman-ов синдром
- Кај 13% од случите причината е физиолошка, пубертетските промени најчесто отсуствуваат.
 - Конституционално доцнење
 - Анорексија
 - Прекумерни физички вежби
- Во 17% од случаите причината е структурална; развојот на пубертетот е нормален
 - ретко: трансверзален вагинален септум, отсуство на цервикс или агенезија на утерусот.
 - ретко: синдром на несензитивност на андрогени, на пример, кај ХУ жени, женски надворешни генитални органи и женска конституција, кратка вагина, отсуство на внатрешните генитални органи.
- Кај 10% од случаите примарната аменореја е причинета од некоја системска болест.
 - Хипотиреоидизам, нетретирана целијачна болест, Кушингов синдром, адренална хиперандрогенија и др.
 - Обезитет

Дијагноза и третман

- Упат кон специјалист (и гинеколог и педијатар)
- Упатот треба да вклучи графикон на растот на пациентката, медицинска историја и медицинска историја на пубертетот на нејзините родители.

СЕКУНДАРНА АМЕНОРЕЈА

- Нормалното функционирање на оската хипоталамус-хипофиза-овариум и на ендометриумот се неопходни за регуларен менструален циклус.

Историја

- Претходна медицинска историја, контрацепција
- Бремености, породувања и процедури поврзани со нив
- Губење или зголемување на телесната тежина (да се процени оската на промена на телесната тежина во однос на нормалната крива, на пример, ако ВМІ е 18, губењето на неколку кг може да предизвика аменореја)
- Податоци за оптоварување со физичка активност, скорашен стрес, примена на медикаменти.
- Сите други симптоми асоцирани со аменореја (препотување, вагинална сувост итн.)

Статус

- Висина, тежина, крвен притисок
- Дистрибуција на маст (обезитет на трупот)
- Стрии, абнормална пигментација на надворешните гениталии
- Хирзутизам, мрсна кожа, акни
- Тиреоидна жлезда
- Гради, можна галактореја
- Гинеколошки преглед: изглед на вагиналниот епител, големина на утерусот и овариумите.

Дијагноза и третман

- Да се исклучи бременост
- Серумски пролактин
 - Галактореја?
 - Ако е покачен пролактинот и постои аменореја, треба да се праша за употреба на антипсихотични медикаменти.
 - Можно е постоење на тумори на хипофиза и хипоталамус
 - Хиперпролактинемија без јасна причина (лактација, антипсихотични лекови) бара упатување на понатамошно иследување.
- Серумски TSH
 - Хипотиреоидизмот е почеста причина за абнормално менструално крвање отколку хипертиреоидизмот
- Прогестеронски тест во текот на 7 до 10 дена (на пример, dydrogesterone 10-20mg/ден или medroxyprogesterone 10mg/ден)
 - Ако крвањето се јави за време од две недели од последната таблета, нивото на естроген е доволно за пролиферација на ендометриумот. Ако не се јави крвање, нивото на естроген е ниско или ендометриумот е нереспондивен.
- Ако не се јави крвање по прекилот на таблетите, треба да се измерат ФСХ и ЛХ.
 1. Ниско ниво на ФСХ и ЛХ
 - Етиологија од хипоталамус/хипофиза

- Анорексија, да се консултира психијатар
 - Прекумерна физичка активност, да се информира пациентката за опасноста од остеопороза. Целта е да се зголеми внесот на калории.
 - Ако физичката активност и ниската телесна тежина не ги објаснуваат наодите, упатете ја пациентката на понатамошни иследувања затоа што мора да се исклучи постоење на хипоталамичен или хипофизарен тумор.
2. Високо ниво на ФСХ и ЛХ
 - Оваријална инсуфициенција
 - Етиологија и третман (на пример, ризик од остеопороза) кај жени на возраст помала од 40 години треба да се спроведат во соодветна болница.
 - Рана менопауза (фамилијарна тенденција кај 30 до 50% од случаите)
 - Полиендокринопатија
 - Јатрогена етиологија (хируршки третман, хемотерапија)
 3. Нормално ниво на ФСХ и ЛХ
 - Етиологијата потекнува од ендометријалниот одговор
 - Присуство на интраутерини атхезии, на пример, после киретажа (Asherman-ов синдром)
 - Упатување кај специјалист
 4. Системски болести може да предизвикаат аменореја
 - Хипертиреозидизам, хипотиреоидизам, ренална или хепатална инсуфициенција, тешка форма на нетретирана целијачна болест, итн. Најчесто нема да се појави крвање по прогестеронскиот тест.
- Ако се појави крвање по престанот на терапијата пациентката е нормоестрогена и ановулаторна.
 1. Да се праша за евентуален стрес фактор (проблеми со персоналните односи, неодамнешна промена на статусот на работното место, смрт на близок член на семејството итн.). Состојбата е транзиторна.
 - Третман со циклични прогестагени (dydrogesterone 10mg/ден 15-24 ден од циклусот) во текот на три месеци.
 - Ако без медикација не се постигне нормализирање на менструалниот циклус, треба да се проследи пациентката кај специјалист.
 2. Очебијно здебелување, обезитет на телото, акни, хирзутизам
 - Синдром на полицистични овариуми
 - Овулација нарушена само поради обезитет, се третира со циклични прогестагени до нормализирање на тежината за да се избегне ендометријалната хиперплазија
 - Ретко: Кушингов синдром
 - Ако постојат јасни знаци за вирилизација (алопеција, значаен хирзутизам, зголемување на клиторисот, задебелување на гласот) и покачување на нивото на серумскиот тестостерон, пациентките мора да се испратат на гинеколог. Пациентките може да имаат андроген-продуцирачки адrenalен или оваријален тумор.
 - Забелешка! Ако нивото на тестостеронот е многу високо нема да се јави крвање кај прогестеронскиот тест.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Прегледи од клиничка практика

- De Vos M, Devroey P, Fauser BC. Primary ovarian insufficiency. Lancet 2010 Sep 11;376(9744):911-21. **PubMed**

Друга литература

- Goodman LR, Warren MP. The female athlete and menstrual function. Curr Opin Obstet Gynecol 2005 Oct;17(5):466-70. **PubMed**

- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. Fertil Steril 2008 Nov;90(5 Suppl):S219-25. **PubMed**

РЕФЕРЕНЦИ

1. Conner P, Fried G. Hyperprolactinemia; etiology, diagnosis and treatment alternatives. Acta Obstet Gynecol Scand 1998 Mar;77(3):249-62 **PubMed**

Authors:

Helena Tinkanen

Article ID: ebm00535 (025.014)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 18.03.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2014 година.**