

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

**Ústav porodní asistence**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Lenka Martincová, DiS.**

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

Ústav porodní asistence

Lenka Martincová, DiS.

## **Premenstruační syndrom**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Bubeníková

Olomouc 2013

## **ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

### **Název práce:**

Premenstruační syndrom

### **Název práce v AJ:**

Premenstrual syndrome

**Datum zadání:** 2013-01-24

**Datum odevzdání:** 2013-05-03

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autorka práce:** Lenka Martincová, DiS.

**Vedoucí práce:** Mgr. Štěpánka Bubeníková

### **Abstrakt v ČJ:**

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou premenstruačního syndromu. První část je věnována jeho etiologii, patogenezi a diagnostice. Dále je popsána klinická jednotka premenstruačního syndromu – premenstruační dysforická porucha a její diagnostika. Poslední část pojednává o léčbě premenstruačního syndromu a premenstruační dysforické poruchy.

### **Abstrakt v AJ:**

This summarizing bachelor thesis is targeted to premenstrual syndrome matters. The first part of bachelor thesis is aimed to etiology, pathogenesis and diagnostics. Furthermore, the clinical unit of the premenstrual syndrome – premenstrual dysphoric disorder

and its diagnostics are described. The last part of bachelor thesis deals with a treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder.

**Klíčová slova v ČJ:**

Premenstruační syndrom, premenstruační dysforická porucha, menstruační cyklus, menstruace, bolest, psychika.

**Klíčová slova v AJ:**

Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, menstrual cycle, menstruation, pain, psyche.

**Rozsah:** 50 s., 2 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 3. května 2013

.....

podpis

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Štěpánce Bubeníkové za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad. Děkuji svojí rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

<b>Obsah</b> .....	6
<b>Úvod</b> .....	8
<b>1 Premenstruační syndrom</b> .....	11
1.1 Definice premenstruačního syndromu.....	11
1.2 Etiologie a patogeneze premenstruačního syndromu.....	13
1.2.1 Fyziologické hypotézy.....	14
1.2.2 Psychologické hypotézy.....	17
1.3 Diagnostika premenstruačního syndromu.....	17
1.3.1 Stanovení diagnózy premenstruačního syndromu.....	17
1.3.2 Symptomatologie premenstruačního syndromu.....	19
<b>2 Premenstruační dysforická porucha</b> .....	21
2.1 Definice premenstruační dysforické poruchy.....	21
2.2 Diagnostika premenstruační dysforické poruchy.....	23
2.2.1 Stanovení diagnózy premenstruační dysforické poruchy.....	23
2.2.2 Symptomatologie premenstruační dysforické poruchy.....	27
<b>3 Léčba premenstruačního syndromu a premenstruační dysforické poruchy</b> .....	28
3.1 Nefarmakologické metody léčby PMS A PMDP.....	28
3.1.1 Dieta.....	28
3.1.2 Aerobní cvičení.....	30
3.1.3 Psychoterapie a relaxační techniky.....	30
3.1.4 Volně prodejné přípravky.....	30
3.2 Farmakologické metody léčby PMS A PMDP.....	32
3.2.1 Hormonální léčba.....	33
3.2.2 Diuretika.....	36
3.2.3 Inhibitory syntézy prostaglandinů.....	36
3.2.4 Psychofarmaka.....	37
<b>Závěr</b> .....	40
<b>Seznam použitých zkratk</b> .....	43
<b>Seznam použitých bibliografických a elektronických zdrojů</b> .....	44

<b>Seznam příloh</b> .....	48
<b>Přílohy</b> .....	49



## ÚVOD

Premenstruační syndrom (PMS) je soubor obtíží, které postihují ženy těsně před začátkem menstruačního krvácení. Přesto, že už PMS zkoumala řada lékařů i léčitelů, přetrvávají stále otazníky nad jeho příčinami i léčbou (Shreeve, 1998, s. 72).

Během menstruačního cyklu se periodicky mění psychika ženy. V předmenstruačním období jsou u žen časté poruchy nálady, vzrůstá neklid a napětí, objevuje se agrese. Nejméně u každé čtvrté menstrující ženy lze vysledovat lehčí nebo těžší příznaky předmenstruačního diskomfortu. Dochází ke snížené koncentraci, menší výkonnosti, objevují se změny nálady ústící často až v depresi, úzkost a podrážděnost spolu s dalšími příznaky, které se vztahují ke zvýšené retenci tekutin, poruchám vodního metabolismu a kardiovaskulárním komplikacím (Uzel, 2004, s. 2).

Lze najít velké individuální a mezikulturní rozdíly ve vnímání předmenstruačních změn. Některé ženy je chápou jako přirozenou součást svojí ženské role, jiné jako stav, který je omezuje nebo přímo jako onemocnění (Havlín, 2005, s. 62).

Premenstruační syndrom a jeho klinická jednotka premenstruační dysforická porucha jsou často závažné stavy, které se běžně objevují u žen v reprodukčním věku (Svojanovská, 2010, s. 5). Omezení, která vyplývají z těžkých projevů těchto onemocnění, mohou výrazně snižovat kvalitu života ženy především v sociální oblasti (Dell, 2005, s. 32). Mohou mít negativní dopad na vztah k partnerovi, k dětem, ke kolegům v zaměstnání, na společenské aktivity a záliby (Pidrman a Látalová, 2001, s. 59).

Cílem této práce bylo najít a shromáždit co nejvíce informací o premenstruačním syndromu a následně vytvořit přehledovou studii.

### **Zkoumaný problém:**

Hlavní otázkou bakalářské práce je: „Jaké poznatky byly dosud publikovány o premenstruačním syndromu?“

### **Cíle:**

1. Cíl: Předložit poznatky o premenstruačním syndromu.
2. Cíl: Předložit poznatky o premenstruační dysforické poruše.

3. Cíl: Předložit poznatky o léčbě premenstruačního syndromu a premenstruační dysforické poruchy.

**Vstupní literatura:**

CITTERBART, Karel et al., 2001. *Gynekologie*. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 80-7262-094-0.

ČEPICKÝ, Pavel a Petr HERLE, 2012. *Gynekologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-87553-60-2.

FERIN, Michael, Raphael JEWELEWICZ a Michelle WARREN, 1997. *Menstruační cyklus*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-350-2.

MACKŮ, František a Evžen ČECH, 2002. *Gynekologie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-001-6.

ROZTOČIL, Aleš et al., 1994. *Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví. I. část, Gynekologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-167-5.

ROZTOČIL, Aleš et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

SHREEVE, Caroline, 1998. *Obtížné dny*. Přeložila Ivana Suchardová. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-75-6.

**Časopisecké zdroje:**

- Arch Womens Ment Health, ISSN 1435-1102.
- CNS drugs, ISSN 1172-7047.
- Gynecological Endocrinology, ISSN 1473-0766.
- Gynekologie po promoci, ISSN 1213-2578.
- Interní medicína pro praxi, ISSN 1212-7299.
- Moderní babictví, ISSN 1214-5572.
- Moderní gynekologie a porodnictví, ISSN 1214-2093.
- Neurologie pro praxi, ISSN 1213-1814.
- Psychiatrie, ISSN 1211-7579.
- Psychiatrie pro praxi, ISSN 1213-0508.
- Revista Brasileira de Psiquiatria, ISSN 1516-4446.

**Vyhledávací strategie:**

Rešeršní činnost proběhla v databázích dostupných z online přístupů na Univerzitě Palackého v Olomouci a ve spolupráci s Lékařskou knihovnou ve Zlíně.

Vyhledávací období:

Prosinec 2012 až březen 2013.

Kritéria pro vyhledávání:

Články publikované v odborných recenzovaných periodikách v letech 1999 až 2012.

Klíčová slova pro vyhledávání:

Premenstruační syndrom, premenstruační dysforická porucha, menstruační cyklus, menstruace, bolest, psychika.

Databáze:

MEDVIK, EBSCO, UP TO DATE.

Vyhledávače:

Google, Google Scholar.

Na základě výše uvedených klíčových slov a kritérií bylo v databázích i pomocí vyhledávačů nalezeno celkem 57 článků, z toho 45 článků v českém jazyce a 12 článků v anglickém jazyce. V bakalářské práci bylo použito 31 článků, 25 článků v českém jazyce a 6 článků v anglickém jazyce. Ostatní články nebyly použity z důvodu opakujících se informací a nevhodnosti jejich obsahu k vytyčeným cílům bakalářské práce.

# 1 PREMENSTUAČNÍ SYNDROM

## 1.1 DEFINICE PREMENSTUAČNÍHO SYNDROMU

Premenstruační syndrom (PMS) je pravidelná přítomnost psychických či somatických potíží, které se objevují výhradně v luteální fázi menstruačního cyklu a nedají se vysvětlit jiným onemocněním (Líbalová et al., 2007, s. 182). Psychologické a fyziologické změny, které se objevují během menstruačního cyklu, mohou být premenstruačně vystupňovány až do stavu, který je vnímán jako patologický, do premenstruačního syndromu (Čepický, 1999, s. 5).

Předpokládá se, že biologické změny (např. vysoké fluktuace hormonálních hladin), které provází menstruační cyklus, mají za následek intenzitu fyzických a psychických symptomů. K tomu dále přistupuje individuální reakce organismu a vlivy zevního prostředí. Velká část žen vnímá pouze mírné cyklické symptomy, které významně neovlivňují jejich emocionální ani fyzickou aktivitu. Ovšem téměř třicet až čtyřicet procent žen udává premenstruační symptomatologii, kterou popisují jako obtěžující, a která dočasně negativním způsobem ovlivňuje jejich život. U pěti procent žen je symptomatologie velmi závažná (Steiner a Born, 2000, s. 288).

Podle autorky Dell má nejméně pětadesát procent žen ve fertilním věku některý z typů premenstruačního syndromu. Asi polovina z nich nevyhledává pomoc, protože jejich obtíže jsou mírné a vnímají je pouze jako příznak blížící se menstruace (Dell, 2005, s. 31).

Potíže mohou mít různou intenzitu a charakter, společný je výskyt obtíží v závěru luteální fáze menstruačního cyklu, nejčastěji sedm dní před menses. Se začátkem menstruace mizí (Líbalová et al., 2007, s. 182). Symptomy se mohou objevit současně s ovulací a postupně se během luteální fáze zhoršují (typ 1), nebo vznikají až ve druhé polovině luteální fáze (typ 2) a se začátkem folikulární fáze dalšího menstruačního cyklu ustupují. U některých žen proběhne krátká epizoda potíží v období ovulace, následuje období bez příznaků a obtíže se znovu objeví několik dnů před menstruací (typ 3). U nejvíce postižených žen se symptomy objeví v období ovulace, postupně

se zhoršují během celé luteální fáze a k úlevě dochází v prvních dnech menstruace (typ 4), takže prožívají jen sedmi až desetidenní bezpříznakové období (Fanta, 2000, s. 2). Pro stanovení diagnózy PMS je třeba přítomnost nejméně jednoho psychologického a jednoho fyzického symptomu ve třech po sobě jdoucích cyklech. V diferenciální diagnostice je třeba pamatovat na premenstruační zhoršení jiných nemocí, např. epilepsie, afektivní poruchy, migrény (Líbalová et al., 2007, s. 182).

Asi pět procent žen trpí premenstruační dysforickou poruchou (PMDP), která představuje samostatnou diagnostickou kategorii. Ke stanovení diagnózy PMDP nebo PMS je třeba pečlivé zhodnocení všech psychologických i fyzických příznaků, hlavně ve vztahu k menstruačnímu cyklu, a také odlišení těchto poruch od somatických onemocnění nebo od ostatních poruch emotivity (Pilver et al, 2011, s. 391).

Premenstruační příznaky u žen obvykle začínají ve třetí dekádě života. Předmenstruační symptomy polevují během gravidity, ale mají tendenci přetrvávat až do menopauzy. Omezení, které vyplývá ze závažných příznaků PMS je podobné omezení u žen s těžkou depresí, a to hlavně v sociální oblasti. Ženy si například dokáží v předmenstruačním období zachovat svoji pracovní produktivitu, ale může být zastíněna konflikty s kolegy v zaměstnání. Také konflikty s partnerem nebo s dětmi vedou často k rozhodnutí poprvé vyhledat pomoc (Dell, 2005, s. 32).

V předmenstruačním období ženy dvakrát častěji přivádějí svoje děti k lékaři, více dívek dostává špatné známky ve škole nebo propadá u zkoušek. Větší procento žen páchá trestné činy, a pokud už jsou ve výkonu trestu, jsou v premenstruačním období znovu trestány pro výtržnosti. Ženy před menstruací páchají více dopravních přestupků, sebevražedných pokusů a výrazně častěji jsou hospitalizovány v psychiatrických léčebnách (Uzel, 2004, s. 21). Většinu pokut a trestů udělí ženy ve vedoucích funkcích svým podřízeným v týdnu před menses (Veveřa et al., 2002, s. 229).

## 1.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE PREMENSTUAČNÍHO SYNDROMU

Etiologie premenstruačního syndromu není jednoznačně známá, přestože bylo navrženo mnoho teorií. Předpokládá se dysbalance v neurotransmitterových a endokrinních systémech spojená s psychickými faktory (Chovanec a Dostálová, 2009, s. 93).

Za spouštěče premenstruačního syndromu se podle autora Stárky et al. považují steroidní sexuální hormony. Předpokládá se nedostatečná hladina progesteronu, nedostatek estrogenů, změna v poměru těchto steroidů nebo změny citlivosti na cirkulaci pohlavních hormonů. Studie, které sledují hormonální rozdíly mezi ženami trpícími PMS nebo ženami s významnými výkyvy nálady v průběhu menstruačního cyklu, jsou nekonzistentní. Obvykle však nenacházejí výrazné rozdíly v koncentracích progesteronu, estrogenů ani ve vzorcích hormonální sekrece (Stárka et al., 2003, s. 182).

Vznik PMS je dáván také do souvislosti se zvýšenou hladinou aldosteronu nebo renin-angiotenzinovou aktivitou, nedostatkem vitamínu B6, hyperprolaktinemií, subklinickou hypoglykemií, alergií na endogenní hormony, aberantním metabolismem prostaglandinů a s mnoha dalšími faktory. Příčina PMS je pravděpodobně multifaktoriální, zahrnuje neurotransmitterové a neurohumorální změny, které nelze u člověka snadno prokázat.

Existuje ale velké množství důkazů, že je premenstruační syndrom vázán na cyklické změny menstruačního cyklu:

- Ke zlepšení nebo vymizení PMS dochází při zrušení ovariální sekrece, např. tento syndrom mizí v období vzniku hypogonadotropní amenorey a během léčby analogy gonadotropin-releasing hormonu (GnRH).
- PMS se nevyskytuje před pubertou, v době inaktivity reprodukční osy.
- PMS se nevyskytuje nebo ustává v menopauze (ale může dojít k jeho vyvolání estrogen-progestinovou substituční terapií).
- PMS nemizí po hysterektomii se zachováním ovarií.

Je prokázán vztah mezi intenzitou symptomů PMS a hormonální fází menstruačního cyklu. Nejmenší je ve střední až pozdní folikulární fázi, roste během časně luteální fáze a vrcholí v pozdní luteální fázi (Halbreich et al., 2007, s. 129).

### **1.2.1 Fyziologické hypotézy**

#### **Gonadální steroidy**

Autor Čepický říká, že u žen trpících PMS byly opakovaně popsány změny hladiny progesteronu, bohužel však nekonzistentně. Někteří autoři popisují vyšší, jiní nižší hladinu. Nově byla prokázána nižší koncentrace metabolitu pregnenolonu allopregnanolonu (působí anxiolyticky) v luteální fázi menstruačního cyklu žen s PMS. Za příčinu PMS byl považován i pokles estrogenů, silným argumentem proti této hypotéze je nepřítomnost podobných změn po ovulaci, kdy hladina estrogenů také klesá. Odedávna byla hledána patogeneze premenstruačního syndromu ve změně poměru progesteronu a estrogenů. Rozbor studií sledujících vliv hormonální antikoncepce na PMS svědčí pro to, že u subsyndromu iritabilita-anxieta-hostilita může být poměr progesteron-estrogeny vysoký, u depresivního subsyndromu nízký. Pro roli gonadálních steroidů svědčí i přítomnost jejich receptorů v centrálním nervovém systému (CNS) a jejich vztah k metabolismu serotoninu. Estrogeny snižují hladinu pyridoxinu, při jehož nedostatku se tryptofan nemetabolizuje na serotonin, ale na kyselinu nikotinovou.

#### **Endogenní opioidní peptidy**

Tyto peptidy jsou distribuovány centrálním nervovým systémem a mají vliv na velké množství funkcí. Například působí analgeticky, ovlivňují změny nálady, chování, spánek, chuť k jídlu, regulaci střevní činnosti a tělesnou teplotu. Opioidní systém má vliv na dopaminergní aktivitu, na tvorbu vasopresinu, inzulinu a prostaglandinů. Existuje hypotéza, že předmenstruační pokles opioidní aktivity ovlivňuje vznik PMS (Čepický, 1999, s. 7).

Pokusy u nehumánních primátů prokázaly, že hladina mozkového beta endorfinu (nejdůležitějšího endogenního opioidního peptidu) řídí ovariální steroidy a mění se

v průběhu menstruačního cyklu. V současné době neexistují technologie, které by umožňovaly přímé měření koncentrace mozkových opioidních peptidů u člověka. Ale při použití opiátového antagonisty naloxonu byly získány nepřímé důkazy, které podporují hypotézu, že dochází k podobné fluktuaci endogenních opioidních peptidů u lidí. Tato přímá souvislost mezi ovariálním cyklem a endogenními opioidními peptidy může poskytnout objasnění vztahu mezi cyklickým průběhem premenstruačního syndromu a velkým množstvím jeho příznaků. U některých žen zřejmě existuje zvýšená citlivost na opakující se expozici ovariálních steroidů. Při následném poklesu hladiny endogenních opioidních peptidů dochází k manifestaci příznaků premenstruačního syndromu (Steiner a Born, 2000, s. 294).

### **Prolaktin**

Část autorů tvrdí, že ženy trpící PMS mají vyšší premenstruační hladinu prolaktinu. Tuto hypotézu potvrzuje fakt, že v léčbě PMS je efektivní použití bromokriptinu. Prolaktin pravděpodobně není sám o sobě etiologickým agens, spíše jen hladina prolaktinu odráží dopaminergní aktivitu CNS, která se podílí na vzniku předmenstruačních symptomů.

### **Prostaglandiny**

Prostaglandiny (především  $PgE_1$ ) ovlivňují iritabilitu, termoregulaci, koncentraci, bolesti hlavy a sedaci CNS. Terapeutických výsledků bylo dosaženo jak s prekursory prostaglandinů, tak s blokátory jejich syntézy. Hladina  $PgE_2$  a  $PgF_{2\alpha}$  v séru je u žen s PMS snížena v obou fázích cyklu. Ženy trpící PMS mají poruchu desaturace kyseliny cis-linolenové na kyselinu gama-linolenovou, a také sníženou syntézu  $PgE_1$  a kyseliny arachidonové (Čepický, 1999, s. 8).

### **Serotonin**

Nadměrná reaktivita některých žen na výkyvy hladin hormonů může být způsobena změnami ve funkci serotonergního systému. U žen s PMS jsou pozorovány posuny jak v kvantitativních parametrech funkce serotonergního systému (snížená hladina serotoninu, snížené vychytávání serotoninu destičkami během luteální fáze), tak v nepřímých ukazatelích (snížená neuroendokrinní reakce na podání prekurzorů serotoninu). Nedostatek serotoninu zhoršuje premenstruační syndrom a léčba



antidepresivy ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), nebo přímých agonistů serotoninu potíže zmírňuje (Stárka et al., 2003, s. 182).

### **Mineralokortikoidy**

V období před menstruací se objevuje současně retence tekutin a deprese. Hladina reninu a aldosteronu v séru se mění stejně jako hladina progesteronu, s tím rozdílem, že hladina aldosteronu stoupá před ovulací. Progesteron má diuretický a natriuretický účinek, estrogény zadržují sodík v těle a stimulují systém renin-angiotensin-aldosteron. U žen s PMS však nebyly nalezeny odchylky v hladinách aldosteronu a angiotensinu v séru a jediné diuretikum účinné v léčbě PMS je spironolakton.

### **Hypoglykémie**

Víc než sedmdesát let se předpokládá existence premenstruační hypoglykémie, ale dosud nebyla prokázána. Je ovšem pravdou, že v luteální fázi menstruačního cyklu je častější pozitivní výsledek glukózového tolerančního testu a část diabetiček si v tomto období zvyšuje dávku inzulínu (Čepický, 1999, s. 8).

### **Magnesium**

U žen trpících PMS bývá zjištěn nedostatek magnesia, jeho nízká koncentrace má zřejmě negativní dopad na průběh menstruačního cyklu a děje, které jej přímo ovlivňují. Hladina magnesia má vliv na produkci prostaglandinů, regulaci tvorby a uvolňování hormonů, udržování rovnováhy tělesných tekutin, správnou funkci nervového systému a svalstva, upravuje i hladinu glykémie (Steiner a Born, 2000, s. 292).

### **Hypotyreóza**

V pozdní luteální fázi dochází k úbytku objemu štítné žlázy, nedochází při tom ke změnám periferních koncentrací tyreoidálních hormonů. Předpokládá se, že v pozadí premenstruačního syndromu může být nepoznaná subklinická hypotyreóza, což lze prokázat tyreoliberinovým testem (Čepický, 1999, s. 8).

## **1.2.2 Psychologické hypotézy**

Dříve se uváděl jako možná příčina premenstruačního syndromu vliv skrytého manželského nesouladu a nezpracovaného oidipovského komplexu. Popisovala se souvislost mezi předmenstruačními obtížemi a narušeným postojem k menarché a k menstruaci, pocitem viny za sexuální pokušení, neuroticismem, špatnou manželskou a sexuální adaptací.

Moderní teorie hledají původ PMS v narušeném psychickém zpracování fyziologických podnětů, například zvýšení hladiny CO<sub>2</sub> související se snížením hladiny progesteronu. Jiní autoři považují za možnou příčinu PMS dlouhotrvající psychický stres nebo syndrom naučené bezmoci, kdy menses představuje opakovanou neodvratnou a nepříjemnou událost. U dospívajících dívek s PMS byl zaznamenán vyšší výskyt emočního distresu (Čepický, 1999, s. 8–9).

## **1.3 DIAGNOSTIKA PREMENSTRUAČNÍHO SYNDROMU**

### **1.3.1 Stanovení diagnózy premenstruačního syndromu**

Klinické stanovení PMS je často složité, protože diagnóza je založena na komplexu mnoha příznaků. Základním úkolem v diagnostice je určit, zda jsou fyziologické a psychologické změny závislé na menstruačním cyklu. Je důležité odlišit klientky s PMS od těch, u kterých během luteální fáze cyklu dochází k exacerbaci psychické nebo somatické poruchy nebo ty, u kterých fluktuace obtíží není vázána na menstruační cyklus. Celá řada medicínských a psychiatrických obtíží se v předmenstruačním období zhoršuje, v lékařské i laické literatuře se premenstruační exacerbaci jiných poruch nevěnuje dostatečná pozornost (Dell, 2005, s. 32).

Klinické vyšetření by mělo obsahovat pečlivou anamnézu a gynekologické vyšetření, aby se vyloučily gynekologické nebo hormonální poruchy, které by mohly být spojeny s premenstruačním syndromem nebo by mohly napodobovat jeho příznaky. Mezi tyto poruchy patří syndromy spojené se zvýšenou hladinou prolaktinu, tyreopatie, ovariální cysta nebo endometrióza. Je třeba se zaměřit i na abúzus alkoholu, drog, kofeinu,

nikotinu a medikamentů, a také na anamnézu psychiatrických poruch (Steiner a Born, 2000, s. 297).

U čtyřiceti procent žen, které se domnívají, že mají PMS nebo PMDP, je nakonec diagnostikována úzkostná porucha, porucha nálady nebo obě tyto poruchy dohromady. Je třeba odlišit předmenstruační exacerbaci jiných poruch, hlavně psychiatrických. O ženách trpících depresivními poruchami je známo, že jsou častěji hospitalizovány na psychiatrii a mají větší incidenci pokusů o sebevraždu v období před menstruací a během prvních pár dní po jejím nástupu (Dell, 2005, s. 32).

### **Diferenciální diagnostika PMS**

Psychické poruchy: deprese, bipolární afektivní porucha, dystymie, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, poruchy příjmu potravy, psychotické poruchy, poruchy osobnosti.

Ostatní stavy s premenstruační exacerbací: endometrióza, dysmenorea, migréna, astma, alergie, epilepsie, herpes genitalis, autoimunitní choroby (Svojanovská a Herman, 2009, s. 610).

Nezbytnou podmínkou pro určení diagnózy PMS je prospektivní sledování výskytu a intenzity symptomů po dobu nejméně dvou (lépe tří) menstruačních cyklů. Obtíže se musí vyskytnout v luteální fázi každého menstruačního cyklu a nikdy se nesmí objevit ve druhém týdnu cyklu (Líbalová et al., 2007, s. 182). Určit diagnózu PMS nelze pomocí žádných laboratorních testů ani fyzikálních vyšetření (Svojanovská, 2010, s. 3). Ke stanovení diagnózy je nutná přítomnost alespoň jednoho psychického a jednoho fyzického symptomu v nejméně třech po sobě jdoucích cyklech (Chovanec a Dostálová, 2009, s. 93).

Prvním krokem je zavedení prospektivního diáře, do kterého si klientka denně zaznamenává své potíže a vyhodnocuje je. Do menstruačního kalendáře se zaznamenávají denně na stupnici: 0 - žádné, 1 – mírné, 2 – střední, 3 – těžké. Sledování musí trvat nejlépe tři měsíce. V rámci tohoto požadavku se často dojde ke zjištění, že obtíže nejsou tak závažného charakteru, aby žena byla ochotna je každodenně zaznamenávat (Čepický a Líbalová, 2007, s. 274). Vyhodnocení diáře by mělo potvrdit, že symptomy jsou nejvýraznější právě před menstruací,

v jejím průběhu se zmírňují a v týdnu po menstruaci nejsou přítomny vůbec. Vyskytují-li se obtíže během celého menstruačního cyklu a před menstruací se ještě více zvyrazňují, trpí klientka pravděpodobně předmenstruačním zhoršováním jiného tělesného nebo psychického onemocnění. Například pokud žena vykazuje během celého menstruačního cyklu depresivní příznaky, které se před menses zhoršují, může jít o depresivní poruchu, která se v tomto období prohlubuje. Je dokázáno, že ženy trpící PMS mají sklon ke zhoršování dalších psychických a fyzických obtíží. Diář pomáhá jak lékařům, tak klientce, aby lépe pochopili, co se odehrává, protože velké množství žen s depresivní poruchou se na její příznaky zaměřuje právě jen při jejich předmenstruačním zhoršení (Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 37).

K určení diagnózy premenstruačního syndromu se používají také dotazníky, z nichž nejznámější je Moosův. Srovnávají symptomy v luteální a folikulární fázi cyklu a lze je vyplňovat i retrospektivně. Prospektivní sledování příznaků ovšem dotazníky nenahrazují (Čepický, 1999, s. 6).

### **1.3.2 Symptomatologie premenstruačního syndromu**

Symptomatologie PMS je pestrá, v podstatě jakýkoliv symptom se může stát součástí premenstruačního syndromu, pokud splňuje následující podmínky:

- Opakuje se pravidelně v pozdní luteální fázi, to znamená jeden až sedm dní před menstruací.
- Vymizí krátce po začátku menses.
- Nikdy se neobjevuje v druhém týdnu menstruačního cyklu, to znamená uprostřed folikulární fáze.
- Tyto časové souvislosti jsou prokázány každodenním prospektivním sledováním nejméně po dobu dvou měsíců (Čepický, 1999, s. 5–6).

## **Příznaky premenstruačního syndromu**

Premenstruální obtíže mohou být různého charakteru, zahrnují emocionální, behaviorální, kognitivní a fyzické změny (Halbreich et al., 2006, s. 524). Podle Svojanovské je s premenstruačním syndromem spojováno více než 300 příznaků různého charakteru, z nichž nejvýraznější vliv na kvalitu života žen trpících PMS mají příznaky psychické a narušení běžných denních aktivit.

- **Psychické** – neklid, podrážděnost, deprese, úzkost, zlost, nerozhodnost, emoční labilita, smutek, pocity beznaděje, tenze, výkyvy nálad, přecitlivělost, plačtivost.
- **Fyzické** – bolest hlavy, bolest svalů a kloubů, citlivost nebo bolest prsů, křeče v podbřišku, pocit plnosti břicha, meteorismus, otoky končetin, bolest zad, akné, zácpa.
- **Kognitivní a ostatní příznaky** – poruchy koncentrace pozornosti, pocit ztráty sebekontroly, obtížné soustředění, zapomínání, paranoidita, zvýšení interpersonálních konfliktů, snížené sebevědomí, pokles zájmu o běžné aktivity, změny chuti k jídlu, přírůstek váhy, poruchy spánku, únava, změny libida, závratě, třes, parestézie, pokles výkonnosti, sociální izolace (Svojanovská, 2010, s. 1).

Podle Abrahama se všechny příznaky dělí do čtyř skupin podle vedoucího symptomu: A – podrážděnost a úzkost, C – změny chuti, H – otoky, D – deprese. Moos rozlišuje osm podskupin: poruchy koncentrace, bolest, behaviorální změny, retence vody, autonomní reakce, negativní afekty, excitabilita, poruchy kontroly (Čepický, 1999, s. 6).

Podle diagnostických kritérií PMS stanovených Americkou společností porodníků a gynekologů (ACOG, 2003) musí být k diagnóze PMS přítomen alespoň jeden fyzický nebo psychický příznak z následujících:

Psychické: deprese, podrážděnost, zlost, zmatenost, úzkost, sociální stranění.

Fyzické: citlivost prsou, bolest hlavy, pocity plnosti břicha, otoky končetin (Svojanovská, 2010, s. 2).

## 2 PREMENSTUAČNÍ DYSFORICKÁ PORUCHA

### 2.1 DEFINICE PREMENSTUAČNÍ DYSFORICKÉ PORUCHY

Podle autorky Svojanovské je premenstruační syndrom poměrně častý stav, který postihuje až třicet procent menstrujících žen. Klinicky závažný premenstruační syndrom je charakterizován fyzickými a psychickými symptomy, které se objevují několik dní až dva týdny před menses a mizí brzy po začátku menstruačního krvácení. Nejzávažnější formou premenstruačního syndromu s převahou psychických symptomů je premenstruační dysforická porucha (PMDP), která se vyskytuje asi u tří až osmi procent žen. Pro obě tyto diagnózy platí, že obtíže nejsou pouze exacerbací jiného somatického onemocnění nebo psychické poruchy (Svojanovská, 2010, s. 1).

Premenstruační dysforická porucha je soubor subjektivně nepříjemných fyzických a psychických příznaků. Vyskytuje se v luteální fázi ovariálního cyklu. Během menses ustupuje a zcela vymizí nejpozději týden po jeho skončení. PMDP je pravděpodobně abnormální reakcí na fyziologickou cirkadiální rytmicitu (ovariální cyklus). Dosud nebyly nalezeny přesvědčivé důkazy o hormonální dysregulaci. Premenstruační dysforická porucha obdobně jako jiná psychická onemocnění narušuje sociální a rodinné interakce (Pidrman a Látalová, 2001, s. 60).

První zmínky o PMDP lze nalézt u Hippokrata, od XI. století je považována premenstruační dysforická porucha díky Tortula de Salernovi za nemoc. Autorem je označována za „šilenství žen, které odchází s menstruací“. Ve 30. letech XX. století se poprvé objevil název premenstruační tenze. Termín premenstruační syndrom, který byl zaveden v 50. letech pro soubor symptomů tenze, emoční lability a iritability vznikající v období před menstruací, je používán dosud. V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM III-R) v roce 1987 byl zaveden termín pozdně luteální dysforická porucha. 4. vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV) zařadilo premenstruační dysforickou poruchu do kategorie „Jiné specifické depresivní poruchy“ (Pidrman a Látalová, 2001, s. 58). PMDP není jako diagnostická kategorie uvedena v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

V DSM-IV je charakterizována intermitentními fyzickými, emočními a behaviorálními symptomy, které postihují část žen v luteální fázi menstruačního cyklu (Chromý, 2001, s. 1). Premenstruační dysforická porucha je nejzávažnější formou premenstruačního syndromu, která má víc omezujících kritérií. Převažují u ní emocionální a behaviorální příznaky (Cirillo et al., 2012, s. 468).

Podle Pidrmana a Látalové je průměrný věk, kdy se nejčastěji poprvé objeví příznaky premenstruační dysforické poruchy, 26 let. PMDP se ale může objevit kdykoliv po menarché. Ze začátku nebývají přítomny všechny symptomy, s přibývajícím věkem často dochází k jejich rozšiřování. Intenzita a četnost obtíží dosahuje maxima ve čtvrtém deceniu, což je zřejmě výsledek dlouhodobého cyklického balancování množství ovariálních hormonů. Tuto hypotézu podporuje i fakt, že v kulturách, kde mají ženy výrazně méně menstruačních cyklů (ve fertilním období jsou opakovaně těhotné), se premenstruační syndrom ani premenstruační dysforická porucha téměř nevyskytují. Pokud k začátku premenstruační dysforické poruchy dochází průměrně ve věku 26 let a nedochází-li k mírnění symptomů opakovanou graviditou, prožije žena během svého života více než 200 symptomatických menstruačních cyklů, čili 1400 až 2800 symptomatických dnů. Prožije tedy celkem tři až osm symptomatických let života, než dojde k menopauze. Během této doby se může negativně změnit kvalita jejího života, hlavně vztah k dětem, partnerovi, spolupracovníkům, společenským aktivitám a zálibám. Dochází tedy k přechodnému, ale velkému narušení schopnosti plnit sociální a pracovní funkce stejně jako u jiných duševních poruch.

Rizikové faktory významné pro rozvoj premenstruační dysforické poruchy nejsou příliš specifické. V osobní anamnéze je možné nalézt přítomnost některé z forem afektivní poruchy včetně úzkostné poruchy a poporodního blues. V rodinné anamnéze jde znovu o afektivní poruchy, a to hlavně o deprese a PMDP (Pidrman a Látalová, 2001, s. 58–59).

## **2.2 DIAGNOSTIKA PREMENSTRUAČNÍ DYSFORICKÉ PORUCHY**

### **2.2.1 Stanovení diagnózy premenstruační dysforické poruchy**

Podle výzkumných kritérií DSM-IV je premenstruační dysforická porucha definována poměrně přesně. Během většiny menstruačních cyklů v posledním roce se v týdnu před menses musí objevovat nejméně pět z jedenácti příznaků (nejméně jeden z nich musí být emoční), které slábnou na začátku menstruačního krvácení a zcela chybí v týdnu po něm. Důležitým kritériem pro diagnostiku PMDP je silná interference poruchy se sociálními a pracovními aktivitami i vztahy. Nesmí se také jednat jen o exacerbaci jiné psychické poruchy. Splnění těchto kritérií se musí potvrdit každodenním prospektivním hodnocením nejméně během dvou následujících cyklů (Halbreich, 2004, s. 322).

Podle autorky Svojanovské ke stanovení diagnózy premenstruační dysforické poruchy neexistují žádná fyzikální vyšetření ani laboratorní testy. V ambulantní praxi se k orientačnímu stanovení diagnózy PMDP používá jednoduchý retrospektivní Dotazník na závažnost předmenstruačních potíží - viz příloha č. 1. Aby bylo možné definitivně stanovit diagnózu závažné PMDP, je třeba symptomy prospektivně ověřit v průběhu nejméně dvou po sobě následujících měsíců za použití Denního záznamu závažnosti potíží - viz příloha č. 2 (Svojanovská, 2010, s. 3).

### **Diferenciální diagnostika**

Existují dva rozdílné pohledy na diagnostiku PMS a PMDP. Podle jednoho jde v podstatě o totéž, podle druhého se jedná o dvě odlišné diagnózy. Někteří autoři předpokládají, že premenstruační syndrom se týká především fyzických příznaků, oproti tomu dysforická premenstruační porucha zahrnuje pocity rozmrzelosti a nepohodlí. Jiní tvrdí, že v obou případech mohou být přítomny jak psychické, tak fyzické potíže. Nesoulad panuje i v tom, že PMS je diagnostikován podle kritérií MKN-10, zatímco PMDP podle kritérií DSM-IV. Kritéria MKN-10 požadují, aby potíže začínaly v luteální fázi menstruačního cyklu a ustávaly se začátkem menstruačního krvácení nebo brzy po něm, a také prezentaci alespoň jednoho



z následujících symptomů: napětí v prsech, meteorismus, přírůstek hmotnosti, mírné psychické rozladění, otoky nohou a rukou, špatná koncentrace, různé bolesti, změny chuti a poruchy spánku. Na rozdíl od DSM-IV kritéria MKN-10 nepožadují přítomnost funkční alterace klientky (Halbreich et al, 2007, s. 124).

Podle autorů Dell, Moskowitz a Sondheimera je v současnosti upřednostňována terapie premenstruační dysforické poruchy jako zvláštní klinické jednotky, jež postihuje tři až sedm procent žen. Symptomy, hlavně emoční, jsou hodnoceny jako závažné a někdy zneschopňující, začínají v luteální fázi a končí na začátku folikulární fáze menstruačního cyklu. Premenstruační syndrom se může objevit u mnoha žen v některé fázi jejich reprodukčního věku, ale jeho symptomy nejsou ani tak závažné, ani tak četné, jako symptomy PMDP a nezhoršují funkční schopnost postižených. U obou těchto poruch mohou být přítomny cyklicky se opakující fyzické potíže, jako je bolest hlavy, křeče, napětí v prsech a meteorismus. Vyskytují se také konfliktní údaje o věku, v němž je největší prevalence výskytu premenstruační dysforické poruchy. Nejčastěji zřejmě splňují diagnostická kritéria ženy na začátku a uprostřed čtvrté životní dekády. Při prospektivním použití hodnotící škály lze ukázat, do jaké míry se potíže vztahují k menstruačnímu cyklu a jsou-li dostatečně závažné, aby potvrdily diagnózu PMDP. Klientky, které neudávají nejméně pět z uvedených symptomů v dostatečné intenzitě, a tudíž nesplňují kritéria pro premenstruační dysforickou poruchu, by se přesto také měly léčit pro předmenstruační symptomatologii (Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 2–3).

Pro správnou diagnostiku premenstruační dysforické poruchy je třeba odlišit poruchy, které exacerbují v období před menstruací. Mezi tyto poruchy patří afektivní poruchy, psychotické poruchy, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, abúzus, alergie, migrény, astma (Pidrman a Látalová, 2001, s. 58).

## Odlišení PMDP od velké depresivní poruchy

<b>PMDP</b>	<b>Depresivní porucha</b>
Potíže se objevují v prokazatelné závislosti na menstruačním cyklu	Trvá dlouhodobě po dobu několika týdnů nebo měsíců
Na začátku menstruační fáze se zmírňuje	Porucha nálady přetrvává
Premenstruační úzkost a napětí	Po většinu dní nižší zájem o všechny aktivity
Dá se pozorovat pouze u menstrujících žen	Postihuje ženy i graviditě nebo po menopauze
Nespavost nebo hypersomnie	Nespavost nebo hypersomnie každý den trvale
Problémy se soustředěním	Zhoršená schopnost rozhodovat, soustředit se, myslet
Látky, které mají vliv na serotonin, působí okamžitě, non-serotoninergní látky mají menší účinek	Začátek účinku látek, které ovlivňují serotonin, může nastat i po čtyřech až šesti týdnech, účinné jsou i jiné typy antidepressiv
Předrážděnost a zlostnost	Pocity excesivní viny nebo vlastní bezmocnosti
Pocit ztráty kontroly, nezvládnání povinností	Suicidální úvahy, opakované myšlenky na smrt
Tělesné příznaky – napětí v prsech, meteorismus, přírůstek váhy, bolesti svalů	Velké změny tělesné hmotnosti
Farmakoterapie nemusí být kontinuální	Farmakoterapie musí být kontinuální

(Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 4)

Podle autora Chromého není stanovení diagnózy premenstruační dysforické poruchy jednoduché. Kromě přehlédnutí somatické choroby (např. anémie, hypotyreózy a diabetu) hrozí hlavně záměna s emočními poruchami, které se v období před menstruací mohou zhoršit, ale trvají i ve folikulární fázi (neurotické poruchy, zvláště panická a jiné poruchy nálady). Nejsložitější je situace, kdy premenstruační dysforická porucha komplikuje jinou duševní poruchu (poruchu osobnosti, dystymii).

Výzkumná definice to dovoluje a znamená to, že období po menses nemusí být asymptomatické. Tyto situace se hodnotí podle bodovacích škál propočtem rozdílu mezi luteální a folikulární fází, je požadován nárůst o padesát procent.

Vztah premenstruační dysforické poruchy k ostatním duševním chorobám není dosud příliš objasněn. Dříve byla vyslovena hypotéza, že PMDP je rizikovým faktorem pro pozdější vznik depresivní poruchy. V poslední době ale převládá názor, že environmentální a genetické rizikové faktory pro těžkou depresivní chorobu a premenstruační dysforickou poruchu nemají blízký vztah. V předchorobí žen s PMDP nejsou častější ani úzkostné poruchy, ale předpokládá se určitá vzájemná souvislost. U žen postižených PMDP byly prokázány pasivně-agresivní, cykloidní a hraniční rysy (Chromý, 2001, s. 3). Mezi ženami postiženými PMDP je velké zastoupení v dětství zneužitých žen. Svědčí to pro častou nerozpoznanou komorbiditu se stresovou posttraumatickou poruchou (Pilver et al., 2011, s. 391).

Premenstruační dysforická porucha má jistou příbuznost s poruchami příjmu potravy (nadměrný příjem potravy v luteální fázi). Byl hledán příčinný vztah mezi fázemi menstruačního cyklu a symptomy bulimie. Hormonální dysfunkce v rámci PMS a PMDP je dávána do souvislosti s bulimickou impulsivitou. Frekvence bulimických epizod se v závislosti na jednotlivých fázích menstruačního cyklu mění (Krch, 2004, s. 14–15).

Neléčená premenstruační dysforická porucha trvá obvykle až do menopauzy, v graviditě mizí a po porodech se může její průběh zhoršovat. Probíhá obvykle s individuálně stejným klinickým obrazem. Zhoršení kvality života je srovnatelné s dystymií, ale není tak velké jako u chronické depresivní poruchy. Dosud nejsou známy výsledky žádné studie o dopadu poruchy na blízké okolí postižených žen, na jejich děti, partnery a spolupracovníky (Chromý, 2001, s. 3).

## 2.2.2 Symptomatologie premenstruační dysforické poruchy

Diagnostická kritéria PMDP podle DSM-IV jsou:

- a) Ve většině menstruačních cyklů v průběhu posledního roku se objevilo pět nebo více z následujících příznaků. Obvykle se objevily v posledním týdnu luteální fáze, ustoupily několik dní po nástupu folikulární fáze a zcela chyběly v týdnu po menstruaci. Jeden z příznaků musí být symptom uvedený v bodě 1, 2, 3 nebo 4.
  1. Výrazná depresivní nálada, pocity sebezpodceňování a beznaděje.
  2. Výrazná úzkost, napětí, pocity zahrnutí do rohu, pocity chycení do pasti.
  3. Výrazná emoční labilita (např. zvýšená citlivost k odmítnutí, návaly smutku s pláčem).
  4. Přetrvávající a výrazná zlostnost či předrážděnost nebo častější interpersonální konflikty.
  5. Nižší zájem o běžné denní aktivity (např. škola, práce, přátelé, zájmy).
  6. Subjektivní pocit obtížného soustředění.
  7. Letargie, snadná unavitelnost, nebo výrazný pocit nedostatku energie.
  8. Výrazné změny apetitu, přejídání se nebo specifické chutě.
  9. Insomnie nebo hypersomnie.
  10. Subjektivní pocit nezvládnutí, pocit ztráty kontroly.
  11. Další fyzické příznaky, jako citlivost či otoky prsů, bolest hlavy, bolesti svalů a kloubů, pocity nadýmání, přírůstek hmotnosti.
- b) Obtíže výrazně narušují povinnosti ve škole, v zaměstnání, běžné sociální aktivity a vztahy k lidem (např. pokles produktivity a výkonu ve škole nebo v zaměstnání, vyhýbání sociálním aktivitám).
- c) Potíže nejsou jen vystupňováním symptomů jiné choroby, např. velké depresivní poruchy, dysthymické poruchy, panické poruchy, nebo poruchy osobnosti. I když mohou nasedat na kteroukoliv z těchto chorob.
- d) Kritéria a), b), c) musí být ověřena prospektivním denním hodnocením po dobu nejméně dvou po sobě následujících symptomatických cyklů (Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 2; Svojanovská, 2010, s. 2–3).

### **3 LÉČBA PREMENSTUAČNÍHO SYNDROMU A PREMENSTUAČNÍ DYSFORICKÉ PORUCHY**

Přístup k terapii PMS a PMDP by měl být multimodulární, to znamená, že by měl zahrnovat jak změnu návyků klientky, tak i přímé intervence specialistů. Jde především o vyšetření a péči gynekologicko-endokrinologicko-psychiatrickou (Pidrman a Látalová, 2001, s. 59). Na začátku terapie by mělo být poučení a emoční podpora. Obtíže jsou zhoršovány stresem, proto by se na terapii měl podílet také psycholog (Čepický, 1999, s. 11). Jsou-li vyloučeny příčiny gynekologické, respektive endokrinologické, měla by zcela logicky následovat řádná psychiatrická péče, která je vhodná i jako podpurná metoda při zjištění fyzických či laboratorních odchylek (Pidrman a Látalová, 2001, s. 59).

#### **3.1 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY LÉČBY PMS A PMDP**

Podle autorů Dell, Moskowitz a Sondheimera se u mnoha žen s premenstruačním syndromem a premenstruační dysforickou poruchou obtíže zmírňují po nefarmakologické léčbě. Ta zahrnuje změnu stravovacích návyků, pravidelné cvičení a psychoterapii s nácvikem relaxačních technik. Při léčbě PMS a PMDP se využívá také terapie jasným světlem (fototerapie). Důkazy o účinku alternativních postupů při léčbě PMS a PMDP jsou zatím velmi skromné. Přesto se ukazuje, že ženy používající komplementární terapii ji pokládají za užitečnou.

##### **3.1.1 Dieta**

Vegetariánská dieta s malým obsahem tuků a velkým obsahem vlákniny vede k výraznému ústupu menstruačních bolestí i premenstruačních obtíží, včetně poruch koncentrace, zadržování vody a behaviorálních symptomů. Tato dieta zvyšuje hladiny vazebného globulinu pro sexuální hormony v séru a snižuje hladiny estrogenů v séru u premenopauzálních a postmenopauzálních žen. Tyto změny hladin estrogenů

jsou zřejmě klíčovým faktorem při zmírnění symptomů PMS a menstruačních bolestí. Ženy držící popsanou dietu dosáhly také váhového úbytku. Klientkám s příznaky PMS se doporučuje i omezení příjmu kofeinu, alkoholu, čokolády, tučných jídel, soli, rafinovaných cukrů a nikotinu (Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 10). Naopak je vhodný dostatek minerálů a lehká strava v luteální fázi menstruačního cyklu (Pidrman a Látalová, 2001, s. 60).

### **Dietní postupy při léčbě PMS A PMDP**

Zvýšit přísun těchto potravin:

- Zelenina - mrkev, špenát, pórek a sladké brambory.
- Ovoce - pomeranče, jablka, ořechy, borůvky a další.
- Luštěniny - fazole, hrách, boby, čočka.
- Vlákna, celozrnný chléb, přírodní rýže, ovesné vločky.

Snížit přísun následujících potravin:

- Koblíhy, bramborové lupínky, hranolky, sójové máslo.
- Mléčné výrobky, maso, vejce, ryby, drůbež.
- Přepalované tuky, margarín, dresinky na saláty.

Další doporučení:

- Zvýšit příjem vlákniny.
- Zařadit do jídelníčku lněné semínko nebo lněný olej.
- Jíst neupravenou stravu, např. celozrnný chléb a přírodní rýži.
- Vyvarovat se mastných jídel a živočišných produktů, které mohou i v malém množství zhoršovat potíže.
- Dodržovat dietní režim jeden až dva menstruační cykly, aby bylo možné jej zhodnotit (Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 10).

### 3.1.2 Aerobní cvičení

Aerobní cvičení zvyšuje hladinu endorfinů v krvi a tím zlepšuje náladu. Anaerobní zátěž má horší výsledky, extrémní zátěž při cvičení vede k amenoree a tím se PMS vyřeší úplně. Vysokou daní za to jsou pak ale sekundární následky hypoestrismu (Čepický, 1999, s. 9).

Cvičení, jako je pravidelný aerobik nebo každodenní procházky, pomáhá zlepšovat premenstruační náladu a způsobuje úbytek tělesného tuku, který má svoji úlohu při vzniku PMS. Část žen využívá anaerobní cvičení pro zlepšení svojí symptomatologie.

### 3.1.3 Psychoterapie a relaxační techniky

Ženám, pro které je největší problém předrážděnost, zvýšené psychické napětí, přehnané reakce v zaměstnání, náhlé změny nálad a mezilidské konflikty, je doporučován nácvik relaxačních technik. Některým klientkám pomáhá akupunktura, jóga, masáže, hypnóza, biofeedback nebo kognitivní terapie. Rovněž všechny činnosti, které pomáhají snížit hladinu stresu, mají kladný vliv na celkovou náladu (Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 10). Zvýšený stres zhoršuje předmenstruační obtíže, což poskytuje prostor pro využití psychoterapeutických technik. Kombinují se relaxační techniky a kognitivně-behaviorální přístup (Čepický, 1999, s. 9).

### 3.1.4 Volně prodejné přípravky

Podle autorů Dell, Moskowitz a Sondheimer se ženy s PMS a PMDP často léčí samy různými bylinnými prostředky. Tyto preparáty obsahují nejčastěji vitamín B<sub>6</sub>, vitamín E, esenciální mastné kyseliny, progesteron a ginko biloba.

**Vitamín B<sub>6</sub>** – používá se proti depresi, působí jako koofaktor při tvorbě melatoninu a serotoninu, zvyšuje syntézu neurotransmiterů v mozku. Užívá se obvykle perorálně v dávce 50 až 200 mg denně.

**Vitamín E** – pomáhá snížit pocit napětí v prsech, předpokládá se vazba vitamínu E na estrogenní receptory.

**Esenciální mastné kyseliny, např. pupalkový extrakt, lněný olej, extrakt z hroznů, extrakt z černého rybízu** – poskytují úlevu při bolesti, pocitu nadýmání, napětí v prsech, při předrážděnosti. Mastné kyseliny zvyšují hladinu protizánětlivého prostaglandinu E. Dieta s vysokým obsahem  $\omega$ -3 mastných kyselin účinně pomáhá tlumit menstruační bolesti. Existuje teorie, že křeče a bolesti spojené s PMS jsou následkem poruchy rovnováhy prostaglandinu v organismu.

**Ginko biloba** – uvolňuje napětí v prsech a retenci tekutin, zlepšuje mikrocirkulaci. Může způsobovat a zvyšovat předrážděnost a nespavost.

**Agnus castus L.** neboli Drmek obecný (rod sporýšovité), známý také jako „mnišský pepř“ (pěstoval se v klášterních zahradách) – přináší úlevu při tělesných potížích. Plody drmku obecného pomáhají snižovat hladinu prolaktinu, brání uvolňování folikulostimulačního hormonu (FSH) a zvyšují hladinu hormonu luteinizačního (LH). Jedna z teorií o vzniku PMS říká, že potíže jsou důsledkem nerovnováhy mezi progesteronem a estrogeny v druhé polovině menstruačního cyklu.

**Třezalka tečkovaná** - působí proti depresi, zvyšuje hladinu serotoninu. Klientky užívající antidepresiva by měly třezalku užívat opatrně, protože jsou možné jejich vzájemné interakce.

**Smetánka lékařská** (pampeliška), listy – pomáhá při nadýmání, má diuretické účinky.

**Lékořice** – zmírňuje tělesné symptomy, obsahuje kortikoidní hormony.

**Vápník** – zmírňuje příznaky PMS, včetně retence tekutin, změny nálady a problémy s koncentrací pozornosti. Je prokázáno, že kalciumkarbonát v dávce 1200 mg denně zmírňuje veškeré obtíže v luteální fázi cyklu. Obtíže spojené s PMS zmírňuje také kombinace kalcia a magnézia.

**Valeriana, citronový extrakt, ovesný extrakt, melisa** – sedativa, pomáhají stabilizovat spánkový cyklus.



**Fytoestrogeny** – zmírňují fyzické obtíže, vyrovnávají estrogení aktivitu vazbou na estrogení receptory. Fytoestrogeny jsou obsaženy v sóje a v zelenině, v bobech, zeleném hrášku, cizrně a v dalších luštěninách (Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 8–9).

### **3.2 FARMAKOLOGICKÉ METODY LÉČBY PMS A PMDP**

Základem úspěšné léčby je správné určení diagnózy. Nejdříve se doporučují nefarmakologické metody a kombinovaná antikoncepce obsahující drospirenon. Spolupráce s psychologem je u závažných případů premenstruačního syndromu vhodná. Při neúspěchu se přistupuje k dalším farmakoterapeutickým možnostem (jejich výběr se řídí podle vedoucího příznaku) nebo k hormonálnímu zablokování menstruačního cyklu (Čepický et al, 2006, s. 622).

S výjimkou těžkých stavů spojených s PMS nebo PMDP by měla být před farmakoterapií vyzkoušena nefarmakologická léčba. Část klientek může mít užitek z pravidelného cvičení, vynechání alkoholu, cukru, kofeinu, či z vegetariánské diety s malým obsahem tuků. Některé z žen trpících PMS se samy zajímají o alternativní postupy, přestože výzkum je v této oblasti zatím na začátku, zdá se, že některé tyto metody mohou být užitečné. Pozitivně mohou působit výcvikové a edukační programy zaměřené na snížení stresu. Někdy je vhodné postupovat individuálně. Například pokud si žena stěžuje na pocity nadýmání, je vhodné doporučit jí zvýšit příjem tekutin. Trpí-li předmenstruační bolestí hlavy, může cítit úlevu po podání některého z volně dostupných analgetik. Pokud tyto metody nezlepší předmenstruační potíže během jednoho až dvou měsíců, je vhodné začít s farmakoterapií (Dell, Moskowitz a Sondheimer., 2001, s. 4).

### **3.2.1 Hormonální léčba**

#### **Hormonální antikoncepce (HAK)**

Podle autora Havlína má hormonální antikoncepce obecně kladný účinek na premenstruační syndrom. Hlavně monofazická antikoncepce s nízkým a velmi nízkým obsahem hormonů pravděpodobně stabilizuje endokrinní systémy a odstraňuje stres z nežádoucího otěhotnění (Havlín, 2005, s. 62). Autoři Svojanovská a Herman uvádí, že i když neexistuje žádný důkaz o jejím účinku v této indikaci, používá se hormonální antikoncepce při terapii premenstruačního syndromu. Je jen malý rozdíl v symptomech PMS mezi ženami užívajícími hormonální antikoncepci a ženami bez ní. Období sedmi dní bez pilulek při běžném režimu užívání HAK umožňuje zvýšení hladin pohlavních hormonů v časném folikulárním období. Tato hormonální aktivita může být dostačující ke vzniku symptomů PMS, obzvláště u žen, které mají vyšší senzitivitu k cyklickým změnám hladin pohlavních hormonů. Obtíže související s hladinou hormonů se výrazně zhoršují během sedmi dní bez užívání pilulek ve srovnání s jednadvaceti dny, kdy ženy užívají HAK. Při zkrácení časového intervalu bez užívání pilulek na tři až čtyři dny dochází k menšímu vzestupu hladiny pohlavních hormonů, a tím i k menšímu výskytu premenstruačních symptomů (Svojanovská a Herman, 2009, s. 613).

Pro ženy trpící premenstruačním syndromem je potlačení ovulace pravidelným užíváním HAK logickým léčebným postupem, zvláště pokud tyto ženy mají zájem také o kontracepční zajištění. Donedávna byl zjištěn určitý efekt HAK pouze na některé příznaky PMS, navíc na vzniku mnoha obtíží spojených s premenstruačním syndromem (deprese, bolest hlavy, napětí prsů, nadýmání) může mít užívání hormonálních kontraceptiv svůj podíl (Fanta, 2009, s. 598).

#### **Drospirenon**

Kombinovaná hormonální kontraceptiva jsou lékem první volby pro klientky trpící PMS, zároveň je ale známo, že jde pravděpodobně jen o placebo efekt. Avšak nová kombinovaná antikoncepce s drospirenonem je výjimkou (Čepický a Líbalová, 2006b, s. 1–3). Jeho unikátní farmakologický profil dává naději, že preparáty obsahující drospirenon přinesou ženám spokojenost (Čepický a Líbalová, 2006a, s. 1). Drospirenon je unikátní uměle vyrobený progestin, který je odvozený

od  $17\alpha$  - spirolaktonu. Drospirenon je v první řadě progestin, to znamená receptorový agonista receptorů progesteronu. Kromě gestagenního účinku má také účinek antiandrogenní a především antimineralokortikoidní, účinkuje jako receptorový blokátor mineralokortikoidních receptorů (Fanta, 2011, s. 117). Drospirenon nemá účinek estrogení, androgenní ani glukokortikoidní. Více než jiné preparáty se svými vlastnostmi podobá přirozenému progesteronu, na rozdíl od něj se ale velice dobře vstřebává při perorálním užití. Drospirenon má antimineralokortikoidní vliv a zvyšuje vylučování vody a sodíku z těla, resp. blokuje retenci vody a sodíku způsobenou estrogeny. Výsledkem tohoto faktu je jeho příznivý vliv na obtíže spojené s PMS související s retencí tekutin v těle (bolestivost prsů, bolest hlavy, váhový přírůstek, nadýmání, otoky). Překvapivě má také pozitivní vliv na symptomy, které s retencí tekutin přímo nesouvisí, například podrážděnost, zvýšená chuť k jídlu nebo deprese (Čepický a Líbalová, 2006b, s. 1–3).

Podle autora Fanty po vzniku kombinované hormonální antikoncepce s obsahem drospirenonu YAZ® (3 mg drospirenonu, 20 µg ethinylestradiolu) byl několika studii prokázán pozitivní vliv drospirenonu na předmenstruační potíže. Při režimu užívání HAK 24/4, kdy je zkráceno období bez užívání pilulek na čtyři dny, dochází k ještě většímu účinku při léčbě fyzických i emočních symptomů spojených s PMS nebo PMDP. Při terapii premenstruační dysforické poruchy už byl jeho účinek prokázán ve dvou dvojitě zaslepených, randomizovaných, placebem kontrolovaných studiích. V obou těchto studiích byly použity Denní záznamy závažnosti potíží (DRSP – Daily Record of Severity of Problems) k posouzení změny intenzity obtíží. Škála DRSP byla vytvořena přímo pro diagnostiku i hodnocení příznaků a poruch souvisejících s PMDP podle kritérií DSM-IV. Stupnice spolehlivě hodnotí symptomy PMDP, skládá se ze čtyřadvaceti otázek, které jsou rozčleněny do jedenácti tematických příznaků a tří tematických funkčních poruch. Postižené ženy je denně hodnotí na šestistupňové škále od 1 (žádná porucha nebo symptom) do 6 (extrémně vyjádřená porucha či symptom). Čím více se porucha manifestuje, tím vyšší je skóre. Naopak snížení skóre značí klinické zlepšení.

V první studii bylo sledováno 450 žen s prospektivně stanovenou diagnózou PMDP podle kritérií DMS-IV. Tyto ženy byly ve věku 18 až 40 let. Popisovaná studie byla dosud největší ve sledování účinků na premenstruační dysforickou poruchu. Ženy byly

nejprve sledovány během tří menstruačních cyklů před zahájením terapie přípravkem YAZ® nebo podáváním placebo. U žen užívajících přípravek s drospirenonem došlo k významnému zlepšení skóre emočních i tělesných příznaků a zlepšení nálady ve srovnání s ženami užívajícími placebo. U 48 procent žen se dostavila terapeutická reakce na léčbu drospirenonem (ve smyslu nejméně 50 % snížení DRSP skóre), u žen užívajících placebo odpovídalo na léčbu 36 procent z nich.

Ve druhé, zkřížené studii bylo 64 žen randomizováno do dvou skupin. První skupina užívala preparát s drospirenonem v režimu 24/4, druhá skupina užívala placebo během tří menstruačních cyklů. Pak následovalo období wash-out (jeden menstruační cyklus) a další tři terapeutické cykly, kdy klientky užívaly opačnou medikaci (ženy na začátku užívající přípravek s drospirenonem dostávaly placebo a naopak). Terapie preparátem s drospirenonem vedla ve srovnání s užíváním placebo k výraznému poklesu celkového DRSP proti situaci před začátkem studie. Při léčbě drospirenonem byla terapeutická odpověď (nejméně 50 % snížení DRSP skóre) zjištěna u 42,9 procent žen, při užívání placebo u 19,5 procent žen. Při podávání preparátu s drospirenonem bylo v obou studiích zjištěno velké zlepšení ve všech 11 položkách DRSP skóre, a to jak při srovnání se situací před začátkem studie, tak i s užíváním placebo. Ze zjištěných údajů vyplývá, že preparáty HAK s drospirenonem v režimu 24/4 mají unikátní pozici mezi kontraceptivy užívanými při terapii PMS a PMDP (Fanta, 2009, s. 601–605).

### **Perkutánní estradiol (ve formě náplastí a implantátů)**

Při aplikaci transdermálních estrogenů ve formě estradiolových náplastí 100 nebo 200 µg dvakrát týdně dochází ke zmírnění symptomů premenstruačního syndromu. Při dlouhodobé léčbě se aplikuje podkožní implantát se 75 mg estradiolu každých šest měsíců. Aby nedošlo při dlouhodobé estrogenové léčbě k hyperplazii endometria, je nutné podávání progesteronu nebo progestogenu. To ale může způsobit obnovení mírnějších příznaků podobných PMDP. Proto je vhodné zkrátit interval aplikace gestagenů na sedm dní nebo zavést nitroděložní tělísko s levonorgestrelm.

## **Danazol**

Androgenní steroid danazol v dávce 200 mg odstraňuje symptomy závažného premenstruačního syndromu, způsobuje ale výrazně maskulinizující nežádoucí účinky. Proto není v terapii PMS běžně užíván.

## **GnRH analoga**

Pomocí analog gonadotropin-releasing hormonu lze dosáhnout vytvoření menopauzy a tím suprese ovulace. Aby nedošlo k vasomotorickým symptomům a kostní demineralizaci, je nutná estrogen/gestagenní substituce nebo aplikace tibolonu. Tento způsob odstranění příznaků premenstruačního syndromu je však finančně nákladný. (Svojanovská a Herman, 2009, s. 613).

### **3.2.2 Diuretika**

Diuretika se aplikují především při retenci tekutin a váhovém přírůstku. Používají se pouze v luteální fázi, s podáváním se začíná jeden až dva dny před začátkem obtíží. Diuretika, především **spironolakton** v dávce 100 mg/den je podáván ženám, jejichž váhový přírůstek v období před menses je alespoň 1,5 kg. Jejich užití odstraňuje symptomy související s retencí vody. Diuretika mají dominový efekt na některé afektivní symptomy PMS a PMDP.

### **3.2.3 Inhibitory syntézy prostaglandinů**

Jsou podávány deriváty kyseliny fenamové ve vysokých dávkách, např. **kyselina mefenamová** v dávce 3x500 mg/den. Mají vliv na některé příznaky, hlavně bolesti, retenci vody a depresi. Vhodné je jejich podávání ženám, které současně trpí premenstruačním syndromem a dysmenoreou. Inhibitory prostaglandinů se neužívají víc než sedm dní v cyklu (Čepický, 1999, s. 11).

### 3.2.4 Psychofarmaka

Podle autorů Pidrmana a Látalové by prvním krokem ve farmakologické léčbě PMDP před hormonální terapií měla být terapie psychiatrická, v případě že byl nalezen zřejmý metabolický podklad pro dané obtíže. Existují účinná a bezpečná psychofarmaka, která mohou ženě pomoci šetrněji než podání hormonálních preparátů. Mělo by být také respektováno, že pro řadu žen je hormonální intervence v této indikaci nepřijatelná (Pidrman a Látalová, 2001, s. 60).

#### a) Antidepresiva

Pro ženy trpící závažnými symptomy PMS nebo PMDP, které nechtějí hormonální léčbu a u nichž není vhodné užívání HAK, jsou lékem první volby **antidepresiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu - SSRI** (Svojanovská a Herman, 2009, s. 614). Biologická charakteristika PMDP je primárně vázána ke změnám hladin neurotransmiterů, které jsou vyvolány kolísáním množství ovariálních steroidů. Serotonin má při tomto ději zásadní význam (Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 5).

Kromě zlepšení nálady potlačují SSRI i nejčastější somatické obtíže spojené s PMDP, jako je citlivost prsou a nadýmání. Před začátkem terapie je třeba prospektivně zaznamenat výskyt symptomů, protože je třeba potvrdit nepřítomnost obtíží v pomenstruačním období. Především proto, že PMS je třeba léčit dlouhodobě, až do menopauzy, jelikož nedochází k remisi jako např. u depresivní poruchy. Prospektivním sledováním se zároveň vyloučí možná afektivní porucha, u níž by mohlo podávání SSRI bez stabilizátoru nálady vyvolat manickou epizodu. U PMDP je účinné intermitentní užívání (jen v luteální fázi). Jinak je tomu u deprese, protože u PMDP dojde k rychlejší reakci na léčbu SSRI (jeden až dva dny) než u afektivních poruch (tři až šest týdnů). Intermitentní užívání SSRI v luteální fázi začíná kolem 14. dne menstruačního cyklu a pokračuje do začátku menses. Výhodou intermitentního podávání je, že nedochází k příznakům z náhlého vysazení a je při něm nižší výskyt nežádoucích účinků, např. váhového přírůstku a sexuální dysfunkce. Další variantou je symptomatické podávání SSRI, při začátku obtíží v luteální fázi (většinou tři až sedm dní před menses) s přerušením terapie při začátku menstruačního krvácení (Svojanovská a Herman, 2009, s. 614).

### **Citalopram**

Citalopram účinně zmírňuje příznaky PMDP. Jeho účinek nastupuje mnohem rychleji než u ostatních poruch, včetně obsedantně kompulzivní poruchy, panické poruchy a deprese.

### **Clomipramin**

Clomipramin je tricyklické antidepresivum, které způsobuje blokádu zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu. Jeho podávání úspěšně léčí tělesné i duševní obtíže u těžkých premenstruačních syndromů. Podává se v posledních dvou týdnech před menses v dávce 5 mg denně nebo kontinuálně v dávce 5 až 10 mg denně. Mezi jeho nežádoucí účinky patří nauzea, vertigo, únava, suché sliznice.

### **Fluoxetin**

Fluoxetin je vynikajícím přípravkem první linie při terapii PMDP. Jeho předpis doporučuje výrobce až tehdy, trpí-li klientka nejméně pěti příznaky uvedenými v kritériích DSM-IV. Užívá se v dávce 20 mg denně během posledních 14 dní před menstruací nebo během celého cyklu. Nejčastější nežádoucí účinky jsou únava, nauzea, nervozita, závratě a zhoršená koncentrace.

### **Fluvoxamin**

Fluvoxamin redukuje obtíže spojené s PMDP při denní dávce 100 mg. Jeho nežádoucí účinky jsou únava, nauzea, nespavost, sucho v ústech.

### **Paroxetin**

Paroxetin je vysoce účinný selektivní inhibitor zpětné resorpce serotoninu. Je neúčinnější při tlumení návalů zlosti a iritability a zmenšuje pocity bezcennosti a nedostatek energie. Přípravek se aplikuje buď kontinuálně v dávce 5 až 30 mg denně, nebo intermitentně v luteální fázi menstruačního cyklu. Jeho nejčastější nežádoucí účinky jsou nauzea, snížené libido a anorgasmie.

## **Sertralin**

Sertralin zlepšuje psychosociální aktivity u žen s PMDP a celkově snižuje premenstruační symptomatologii. Funkční zlepšení bývá patrné už během druhého cyklu (Dell, Moskowitz a Sondheimer, 2001, s. 5–6).

## **b) Anxiolytika**

Anxiolytika **bupiron** (dávkování 10 mg 2x až 3x denně) a **alprazolam** (dávkování 0,25 až 0,5 mg 2x až 3x denně) jsou účinné v terapii PMDP, ale méně než SSRI. Anxiolytika se mohou podat, pokud u klientky přetrvává úzkost k SSRI (Svojanovská a Herman, 2009, s. 614).

Farmakoterapie by měla být individuální. Hormonální antikoncepce působí spíše jako placebo, ale přesto je při terapii PMS lékem první volby (placebo efekt je u premenstruačního syndromu velmi výrazný). Je-li hlavním příznakem mastalgie, je předepisován danazol nebo řepkový olej. Trápí-li ženu nejvíce retence vody a přírůstek váhy, jsou ordinována diuretika (především spironolakton), danazol nebo řepkový olej. Je-li hlavním symptomem bolest, podávají se inhibitory syntézy prostaglandinů. Při depresi a anxietě je vhodné podání alprazolamu, inhibitorů reuptake serotoninu, případně danazolu a inhibitorů syntézy prostaglandinů. Nezabírá-li nic, lze podat agonisty gonadoliberinu, v extrémních podmínkách byla použita chirurgická kastrace (Čepický, 1999, s. 11).

Provedení hysterektomie s bilaterální adnexectomií je poslední možností u žen, u kterých nezabrala léčba všemi ostatními dostupnými způsoby, a které už nechtějí mít další děti, případně mají i další gynekologickou indikaci. Pouhá hysterektomie je při terapii PMS bez účinku a bilaterální oophorektomie bez hysterektomie musí být doplněna estrogen-gestagenní substitucí, při které hrozí riziko obnovení symptomů PMS (Svojanovská a Herman, 2009, s. 615).



## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku premenstruačního syndromu. Cílem práce bylo najít a shromáždit co nejvíce informací o tomto tématu a následně vytvořit přehledovou studii.

Hlavní otázka bakalářské práce zněla: „**Jaké poznatky byly dosud publikovány o premenstruačním syndromu?**“ Byly vytvořeny 3 cíle, kterými se práce zabývá.

**Prvním cílem bylo předložit poznatky o premenstruačním syndromu.** Podle Líbalové et al. je premenstruační syndrom pravidelná přítomnost psychických či somatických potíží, které se objevují výhradně v luteální fázi menstruačního cyklu a nedají se vysvětlit jiným onemocněním. Steiner a Born poukazují na to, že téměř třicet až čtyřicet procent žen udává premenstruační symptomatologii, která je obtěžuje a dočasně negativním způsobem ovlivňuje jejich život. Podle autorky Dell má ovšem některý z typů premenstruačního syndromu nejméně pětadesát procent žen ve fertilním věku.

Příčina PMS je podle většiny autorů zřejmě multifaktoriální a zahrnuje neurotransmitterové a neurohumorální změny. Líbalová et al. uvádějí, že nezbytnou podmínkou pro určení diagnózy PMS je prospektivní sledování výskytu a intenzity symptomů po dobu nejlépe tří menstruačních cyklů. Obtíže se musí vyskytnout v luteální fázi každého menstruačního cyklu a nikdy se nesmí objevit ve druhém týdnu cyklu. Pro stanovení diagnózy PMS je třeba přítomnost nejméně jednoho psychického a jednoho fyzického symptomu ve třech po sobě jdoucích cyklech. V diferenciální diagnostice je třeba pamatovat na premenstruační zhoršení jiných nemocí.

Halbreich popisuje, že premenstruační obtíže mohou být různého charakteru. Zahrnují emocionální, behaviorální, kognitivní a fyzické změny. Svojanovská tvrdí, že s premenstruačním syndromem je spojováno více než 300 příznaků různého charakteru, z nichž nejvýraznější vliv na kvalitu života mají příznaky psychické a narušení běžných denních aktivit. **Cíl 1 byl splněn.**

**Druhým cílem bylo předložit poznatky o premenstruační dysforické poruše.** Existují dva rozdílné pohledy na diagnostiku PMS a PMDP. Podle jednoho jde v podstatě o totéž, podle druhého se jedná o dvě odlišné diagnózy. Někteří autoři předpokládají, že premenstruační syndrom se týká především fyzických příznaků, oproti tomu dysforická premenstruační porucha zahrnuje pocity rozmrzelosti a nepohodlí. Jiní tvrdí, že v obou případech mohou být přítomny jak psychické, tak fyzické potíže. Svojanovská popisuje, že premenstruační dysforická porucha je nejzávažnější formou premenstruačního syndromu s převahou psychických symptomů, která se vyskytuje asi u tří až osmi procent žen. Chromý říká, že v DSM-IV je PMDP charakterizována intermitentními fyzickými, emočními a behaviorálními symptomy, které postihují část žen v luteální fázi menstruačního cyklu. Podle Pidrmana a Látalové premenstruační dysforická porucha narušuje obdobně jako jiná psychická onemocnění sociální a rodinné interakce.

Halbreich píše, že podle výzkumných kritérií DSM-IV je premenstruační dysforická porucha definována poměrně přesně. Během většiny menstruačních cyklů v posledním roce se v týdnu před menses musí objevovat nejméně pět z jedenácti příznaků (nejméně jeden z nich musí být emoční), které slábnou na začátku menstruačního krvácení a zcela chybí v týdnu po něm. Důležitým kritériem pro diagnostiku PMDP je silná interference poruchy se sociálními a pracovními aktivitami a vztahy. Nesmí se jednat jen o exacerbaci jiné psychické poruchy. **Cíl 2 byl splněn.**

**Třetím cílem bylo předložit poznatky o léčbě premenstruačního syndromu a premenstruační dysforické poruchy.** Pidrman a Látalová tvrdí, že přístup k terapii PMS a PMDP by měl být multimodulární, to znamená, že by měl zahrnovat jak změnu návyků klientky, tak i přímé intervence specialistů. Jde především o vyšetření a péči gynekologicko-endokrinologicko-psychiatrickou.

Podle autorů Dell, Moskowitz a Sondheimera se u mnoha žen s premenstruačním syndromem a premenstruační dysforickou poruchou obtíže zmírňují při užití nefarmakologické léčby. Ta zahrnuje změnu stravovacích návyků, pravidelné cvičení a psychoterapii s nácvikem relaxačních technik. Vegetariánská dieta s malým obsahem tuků a velkým obsahem vlákniny vede k výraznému ústupu menstruačních bolestí i dalších premenstruačních obtíží, včetně poruch koncentrace, zadržování vody a behaviorálních symptomů. Klientkám s příznaky PMS se doporučuje i omezení

příjmu kofeinu, alkoholu, čokolády, tučných jídel, soli, rafinovaných cukrů a nikotinu. Cvičení, jako je pravidelný aerobik nebo každodenní procházky, pomáhá zlepšovat premenstruační náladu a způsobuje úbytek tělesného tuku, který má svoji úlohu při vzniku PMS. Čepický tvrdí, že zvýšený stres zhoršuje předmenstruační obtíže, což poskytuje prostor pro využití psychoterapeutických technik. Kombinují se relaxační techniky a kognitivně-behaviorální přístup.

Autoři Dell, Moskowitz a Sondheimer popisují, že se ženy s PMS a PMDP často samy léčí různými bylinnými prostředky. Tyto preparáty obsahují nejčastěji vitamín B<sub>6</sub>, vitamín E, esenciální mastné kyseliny, progesteron a ginko biloba. Pokud tyto nefarmakologické metody nezlepší předmenstruační potíže během jednoho až dvou měsíců, je podle většiny autorů vhodné začít s farmakoterapií.

Podle autorů Pidrmána a Látalové by prvním krokem ve farmakologické léčbě PMDP před hormonální terapií měla být terapie psychiatrická, v případě že byl nalezen zřejmý metabolický podklad pro dané obtíže. Oproti tomu Fanta tvrdí, že pro ženy trpící premenstruačním syndromem je potlačení ovulace pravidelným užíváním HAK logickým léčebným postupem, zvláště pokud tyto ženy mají zájem také o kontracepční zajištění. Donedávna byl zjištěn určitý efekt HAK pouze na některé příznaky PMS. Po vzniku kombinované hormonální antikoncepce s obsahem drospirenonu byl několika studiemi prokázán jeho pozitivní vliv na předmenstruační potíže. Čepický a Líbalová popisují, že drospirenon má příznivý vliv na obtíže spojené s PMS související s retencí tekutin v těle (bolestivost prsů, bolest hlavy, váhový přírůstek, nadýmání, otoky). Překvapivě má také pozitivní vliv na symptomy, které s retencí tekutin přímo nesouvisí, například podrážděnost, zvýšená chuť k jídlu nebo deprese.

Svojanovská a Herman uvádí, že pro ženy trpící závažnými symptomy PMS nebo PMDP, které nechtějí hormonální léčbu, a u nichž není vhodné užívání HAK, jsou lékem první volby antidepresiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu. **Cíl 3 byl splněn.**

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACOG - Americká společnost porodníků a gynekologů

CNS - centrální nervový systém

CO<sub>2</sub> - oxid uhličitý

DRSP - Daily Record of Severity of Problems (Denní záznamy závažnosti potíží)

DSM - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

FSH - folikulostimulační hormon

GnRH - gonadotropin-releasing hormon

HAK - hormonální antikoncepce

LH - luteinizační hormon

MKN-10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

PgE<sub>1</sub> - prostaglandin alprostadil

PgE<sub>2</sub> – prostaglandin dinoproston

PgF<sub>2alfa</sub> – prostaglandin cloprostenol

PMDP – premenstruační dysforická porucha

PMS – premenstruační syndrom

SSRI - antidepressiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu

## SEZNAM POUŽITÝCH BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

1. CIRILLO, Patricia C. et al., 2012. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online]. December 2012, vol. 34, iss. 4, s. 468 [cit. 2013-01-31]. ISSN 1516-4446. Dostupné z: doi: [10.1016/j.rbp.2012.04.010](https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.010)
2. ČEPICKÝ, Pavel, 1999. Menstruační cyklus. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. 1999, roč. 8, č. 3, s. 5–11 [cit. 2013-01-09]. ISSN 1214-2093. Dostupné z: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol8c3.php>
3. ČEPICKÝ, Pavel, 2010. Bolesti spjaté s menstruačním cyklem. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, roč. 19, č. 4, s. 388. ISSN 1214-2093.
4. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana LÍBALOVÁ, 2006a. Postavení drospirenonu v hormonální antikoncepci a hormonální substituci. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. Červen 2006, roč. 15, č. 1, s. 1–3 [cit. 2013-01-09]. ISSN 1214-2093. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol15c1s/clanek?c=1>
5. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana LÍBALOVÁ, 2006b. Spokojenost žen s COC a HRT obsahující drospirenon. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. Červen 2006, roč. 15, č. 1, s. 1 [cit. 2013-01-09]. ISSN 1214-2093. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol15c1s/clanek?c=5>
6. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana LÍBALOVÁ, 2007. „Menstruační“ bagately. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2007, roč. 16, č. 2, s. 274. ISSN 1214-2093.
7. DELL, Diana L., 2005. Co je nového v souvislosti s premenstruačním syndromem? *Gynekologie po promoci*. Březen/duben 2005, roč. 5, č. 2, s. 31–32. ISSN 1213-2578.

8. DELL, Diana L., Deborah MOSKOWITZ a Steven J. SONDEHEIMER, 2001. Premenstruační syndrom a premenstruační dysforická porucha: diagnostika a léčba. *Gynekologie po promoci* [online]. Listopad/prosinec 2001, roč. 1, č. 6, s. 1–10 [cit. 2013-01-09]. ISSN 1213-2578. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/gpp/2001-6/clanek?c=4>
9. FANTA, Michael, 2000. Hormonální léčba benigních gynekologických onemocnění: dysmenorey, PMS, děložních myomů. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. 2000, roč. 9, č. 3, s. 2. [cit. 2013-01-09]. ISSN 1214-2093. Dostupné z: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol9c3/fanta.php>
10. FANTA, Michael, 2009. Drospirenon v léčbě premenstruačního syndromu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009, roč. 18, č. 4, s. 598-601. ISSN 1214-2093.
11. FANTA, Michael, 2011. Trendy v hormonální antikoncepci. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 4, s. 177. ISSN 1212-7299.
12. HALBREICH, Uriel, 2004. The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder – clinical procedures and research perspectives. *Gynecological Endocrinology* [online]. December 2004, vol. 19, iss. 6, s. 322 [cit. 2013-01-31]. ISSN 1473-0766. Dostupné z: doi: [10.1080/0951590400018215](https://doi.org/10.1080/0951590400018215)
13. HALBREICH, Uriel. 2006. Are there Differential Symptom Profiles that Improve in Response to Different Pharmacological Treatments of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder? *CNS drugs* [online]. 2006, vol. 20, iss. 7, s. 524 [cit. 2013-01-31]. ISSN 1172-7047. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=433435ea-a967-49be-9a79-37132928c384%40sessionmgr198&hid=113>
14. HALBREICH, Uriel et al., 2007. Clinical diagnostic criteria for premenstrual syndrome and guidelines for their quantification for research studies. *Gynecological Endocrinology* [online]. March 2007, vol. 23, iss. 3, s. 124–129 [cit. 2013-01-31]. ISSN 1473-0766. Dostupné z: doi: [10.1080/09513590601167969](https://doi.org/10.1080/09513590601167969)
15. HAVLÍN, Miroslav, 2005. Role drospirenonu v léčbě premenstruačního syndromu. *Gynekologie po promoci*. Listopad/prosinec 2005, roč. 5, č. 6, s. 62. ISSN 1213-2578.

16. HAVLÍN, Miroslav, 2006. Role drospirenonu v léčbě premenstruačního syndromu. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. 2006, roč. 15, č. 1, s. 2 [cit. 2013-01-09]. ISSN 1214-2093. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol15c1s/clanek?c=4>
17. CHOVANEC, Josef a Zuzana DOSTÁLOVÁ, 2009. Jak ulevit ženě při menstruačních bolestech? *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 2, s. 93. ISSN 1212-7299.
18. CHROMÝ, Karel, 2001. Premenstruační dysforická porucha. *Psychiatrie* [online]. 2001, roč. 5, č. 2, s. 2–3 [cit. 2013-01-13]. ISSN 1211-7579. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/02/07chrom.pdf>
19. KRCH, František D., 2004. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 1, s. 14–15. ISSN 1213-0508.
20. LÁTALOVÁ, Klára a Vladimír PIDRMAN, 2001. Algoritmus léčby premenstruační dysforické poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 5, s. 227. ISSN 1213-0508.
21. LÍBALOVÁ, Zuzana et al., 2007. Doporučení k diagnostice a terapii premenstruačního syndromu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Březen 2007, roč. 16, č. 1, s. 182–183. ISSN 1214-2093.
22. MASTÍK, Jiří, 2008. Léčba menstruační a perimenstruační migrény. *Neurologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 6, s. 356. ISSN 1213-1814.
23. PIDRMAN, Vladimír a Klára LÁTALOVÁ, 2001. Premenstruační dysforická porucha. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, roč. 2, č. 2, s. 58–60. ISSN 1213-0508.
24. PILVER, Corey E. et al., 2011. Posttraumatic stress disorder and trauma characteristics are correlates of premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health* [online]. October 2011, vol. 14, iss. 5, s. 391 [cit. 2013-01-31]. ISSN 1435-1102. Dostupné z: doi: [10.1007/s00737-011-0232-4](https://doi.org/10.1007/s00737-011-0232-4)
25. SHREEVE, Caroline, 1998. *Obtížné dny*. Přeložila Ivana Suchardová. Praha: Maxdorf, s. 72. ISBN 80-85800-75-6.
26. STÁRKA, Luboslav et al., 2003. Estrogeny a psychické poruchy u žen. *Psychiatrie*. 2003, roč. 7, č. 3, s. 182. ISSN 1211-7579.

27. STEINER, Meir a Leslie BORN, 2000. Advances in the Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoria. *CNS drugs* [online]. April 2000, vol. 13, iss. 4, s. 288–297 [cit. 2013-01-31]. ISSN 1172-7047. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=433435ea-a967-49be-9a79-37132928c384%40sessionmgr198&hid=113>
28. SVOJANOVSKÁ, Kateřina, 2010. Současné možnosti diagnostiky a léčby závažného PMS/PMDP. *Moderní babictví* [online]. 2010, roč. 8, č. 19, s. 1–5 [cit. 2013-01-09]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2010-19/?pdf=104>
29. SVOJANOVSKÁ, Kateřina a Erik HERMAN, 2009. Současné možnosti diagnostiky a léčby závažného PMS/PMDP v gynekologické praxi. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009, roč. 18, č. 4, s. 610–615. ISSN 1214-2093.
30. UZEL, Radim, 2004. Menstruační cyklus a sex. *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. Březen 2004, roč. 13, č. 1, s. 2 [cit. 2013-01-09]. ISSN 1214-2093. Dostupné z <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol13c1s/uzel.php>
31. VEVERA, Jan et al., 2002. Násilné chování a možnosti jeho ovlivnění 1. díl – výskyt, rozdělení a jeho klinické koreláty. *Psychiatrie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 5, s. 229. ISSN 1213-0508.



## **SEZNAM PŘÍLOH**

1. Dotazník na závažnost premenstruačních příznaků
2. Denní záznam závažnosti potíží

## Příloha č. 1

### DOTAZNÍK NA ZÁVAŽNOST PREMENSTUAČNÍCH PŘÍZNAKŮ

(označte prosím „X“ v odpovídajícím políčku)

Máte některý z následujících premenstruačních příznaků, které začínají před menstruací a mizí krátce po začátku menstruačního krvácení?

Příznak	Žádný	Mírný	Střední	Závažný
1. Zlost/podrážděnost				
2. Úzkost/napětí				
3. Plačtivost/Zvýšená citlivost k odmítnutí				
4. Depresivní nálada/skleslost				
5. Snížení zájmu o pracovní aktivity				
6 Snížení zájmu o domácí aktivity				
7. Snížení zájmu o sociální aktivity				
8. Obtížné soustředění				
9. Únava/nedostatek energie				
10 Přejídání/chuť k jídlu				
11. Nespavost				
12. Větší potřeba spánku				
13. Pocit přetížení nebo ztráty kontroly				
14. Fyzické příznaky: citlivost prsou, bolest hlavy, bolest kloubů/svalů, nafouklost, přírůstek váhy				

Zasahují Vaše výše uvedené příznaky do:

	Ne	Mírně	Středně	Závažně
A. Vaší pracovní výkonnosti nebo produktivity				
B. Vašich vztahů se spolupracovníky				
C. Vašich vztahů s rodinou				
D. Vašich společenských aktivit				
E. Vašich domácích povinností				

#### Hodnocení retrospektivního dotazníku

Pro diagnózu PMDD musí být přítomny následující kritéria:

- 1) nejméně jeden z bodů 1, 2, 3, 4 je závažný
- 2) dále nejméně čtyři z bodů 1 až 14 jsou střední až závažné
- 3) nejméně jeden z bodů A, B, C, D, E je závažný

Pro diagnózu středního až závažného PMS musí být přítomny následující kritéria:

- 1) nejméně jeden z bodů 1, 2, 3, 4 je střední až závažný
- 2) dále nejméně čtyři z bodů 1 až 14 jsou střední až závažné
- 3) nejméně jeden z bodů A, B, C, D, E je střední až závažný

Zdroj: SVOJANOVSKÁ, Kateřina, 2010. Současné možnosti diagnostiky a léčby závažného PMS/PMDD. *Moderní babičtví* [online]. 2010, roč. 8, č. 19, s. 6 [cit. 2013-01-09]. ISSN 1214-5572.

Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2010-19/?pdf=104>

## Příloha č. 2

### DENNÍ ZÁZNAM ZÁVAŽNOSTI POTÍŽÍ

Vyplňte, prosím, nejméně 2 formuláře, tj. 2 měsíce hodnocení.

Jméno.....

Měsíc/rok.....

Každý večer zaznamenejte stupeň každého z níže uvedených problémů. Napište „X“ do kolonky podle míry závažnosti:

1 – žádný, 2 – minimální, 3 – mírný, 4 – střední, 5 – závažný, 6 – extrémní

Počáteční den (pondělí „Po“, úterý „Út“ atd.) > Zaznamenejte špinění „S“ > Zaznamenejte menstruaci „M“ > Začněte hodnocení správný kalendářní den >	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1. Cítíte jste se depresivně, smutně, na dně nebo bezradně, zbytečně nebo provinile																															
2. Cítíte jste se úzkostně, nervózně																															
3. Měla jste výkyvy nálad (např. náhlé pocíty smutku nebo pláčivosti), byla jste zvýšeně citlivá na odmítnutí nebo citově zranitelnější																															
4. Cítíte jste zlost nebo podrážděnost																															
5. Měla jste menší zájem o běžné činnosti (práce, škola, přátelé, koníčky)																															
6. Obtížně jste se soustředila																															
7. Cítíte jste se lhostejně, unavené nebo vyčerpáné, nebo jste měla nedostatek energie																															
8. Měla jste zvýšenou chuť k jídlu nebo jste se přejídala, nebo jste měla chuť na určité jídlo																															
9. Spala jste více, zdlouhala jste si, bylo obtížné vstát, kdy jste chtěla, nebo jste měla potíže s usínáním nebo spaním																															
10. Cítíte jste se přetížena nebo neschopná vše zvládnout, nebo mimo vlastní kontrolu																															
11. Vnímala jste citlivost prsou, napětí prsou, pocíty plnosti, přitlačku vřaty, bolesti hlavy, bolesti kloubů nebo svalů, nebo jiné fyzické příznaky																															
Způsobil nejméně jeden z výše uvedených problémů snížení výkonnosti nebo neschopnost v práci, škole, doma nebo při běžných činnostech																															
Způsobil nejméně jeden z výše uvedených problémů zrušení nebo omezení zálib nebo sociálních aktivit																															
Ovlivnil nejméně jeden z výše uvedených problémů vztahy s jinými lidmi																															

©Jean Endicott, Ph.D. and Wilma Harrison, M.D.

Zdroj: SVOJANOVSKÁ, Kateřina, 2010. Současné možnosti diagnostiky a léčby závažného PMS/PMDP. *Moderní babičtví* [online]. 2010, roč. 8, č. 19, s. 7 [cit. 2013-01-09]. ISSN 1214-5572.

Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2010-19/?pdf=104>