

MACIEJEWSKA, Danuta, KAPŁON, Kamil, WOJTALA, Laura, PAWLAK, Weronika, PAWŁOCIK, Weronika & DUDKIEWICZ, Michalina. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder From the theory to the clinical approach. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;31(1):35-45. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.31.01.003> <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/43689> <https://zenodo.org/record/7942245>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).
© The Authors 2023;
This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 25.04.2023. Revised: 10.05.2023. Accepted: 16.05.2023. Published: 16.05.2023.

Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder From the theory to the clinical approach

Danuta Maciejewska

Szpital Wojewódzki w Poznaniu Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne, ul. Juraszów 7-19, 60-479 Poznań

ORCID: 0009-0006-1218-2480

E-mail: danuta.maciejewska@icloud.com

Kamil Kapłon

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań

ORCID: 0000-0002-8110-9352

E-mail: kamil.kaplon.2022@gmail.com

Laura Wojtala

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań

ORCID: 0000-0002-5715-2334

E-mail: lauramwojtala@gmail.com

Weronika Pawlak

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego, ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań

ORCID: 0000-0002-6016-1119

E-mail: weronika.pawlak@interia.eu

Weronika Pawłocik

Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie, ul. Jana Kiepury 45, 64-115 Leszno

ORCID: 0000-0001-7439-0820

E-mail: weronika.pawlocik96@gmail.com

Michalina Dudkiewicz

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego, ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań

ORCID: 0009-0003-6795-2495

E-mail: michalina.dudkiewicz@proton.me

ABSTRACT

Mental state of women during their reproductive age fluctuates with the changes in menstrual cycle phases. However, only some of them develop psychiatric disorders. The aim of the study is to present the importance of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder as important diseases at the edge of gynecology and psychiatry. Many symptoms classified as premenstrual have been described in the literature. Mood swings turn out to be the most important psychological symptom of the disorders whereas bloating is a common somatic manifestation. Despite some difficulties in the establishment of the exact cause, diagnostic criteria for both have been developed and are the basis on which the clinician makes a final diagnosis. The paper also describes the current state of knowledge about the treatment of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. The continuous increase in the importance of non-pharmacological methods such as lifestyle changes and cognitive-behavioral therapy was emphasized. Manners of pharmacological treatment were also described, including SSRIs and hormonal drugs, which should be selected individually, depending on the characteristics of the clinical picture.

Keywords: Premenstrual Syndrome, PMS; Premenstrual Dysphoric Disorder, PMDD.

Definicje

Zespołem napięcia przedmiesiączkowego (*premenstrual syndrome*, PMS) określa się stan charakteryzujący się występowaniem zarówno fizycznych (somatycznych), jak i psychicznych (afektywnych) objawów, które powtarzają się w drugiej połowie cyklu miesięczkowego i zakłócają niektóre aspekty życia kobiety (np. relacje społeczne, pracę) [1, 2]. Dolegliwości te ustępują samoistnie w ciągu kilku dni od wystąpienia miesiączki [3]. Szczególną, cięższą formę zespołu napięcia przedmiesiączkowego cechującą się silniejszymi i bardziej uporczywymi objawami stanowią przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne (*premenstrual dysphoric disorder*, PMDD) [4].

Epidemiologia

PMS może dotyczyć wszystkich kobiet w wieku rozrodczym, od pierwszej miesiączki do menopauzy, przy czym szczyt występowania tego zaburzenia przypada na pacjentki w wieku 25–45 lat [5]. Chociaż większość kobiet w wieku reprodukcyjnym doświadcza jednego lub kilku objawów emocjonalnych lub fizycznych w okresie poprzedzającym wystąpienie miesiączki, klinicznie istotny PMS dotyczy jedynie 3–8% żeńskiej populacji [6, 7]. Ścisłe kryteria diagnostyczne PMDD spełnia natomiast około 2% kobiet. Warto wspomnieć, że według niektórych źródeł częstość występowania PMS oceniana była nawet na 80% populacji kobiet. Wydaje się jednak, że z powodu braku stosowania konkretnych kryteriów diagnostycznych są to wartości zawyżone. Szacunki te uwzględniały kobiety, które doświadczały jakichkolwiek przedmiesiączkowych objawów fizycznych lub zmian nastroju. Ponadto nie brały one pod uwagę skali zgłaszanych dolegliwości oraz ich wpływu na codzienne funkcjonowanie [8]. Różnice w danych dotyczących tego, ile kobiet cierpi na PMS zależą zatem od objawów branych pod uwagę, ich uporczywości oraz wpływu na codzienne funkcjonowanie [9]. Częstość występowania PMS oraz PMDD jest podobna na różnych szerokościach geograficznych, niezależnie od wieku, lokalnej kultury, wykonywanej pracy i poziomu wykształcenia. Jednakże uwzględniając wyniki badań retrospektywnych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wykazano przewagę kobiet rasy białej nad afroamerykańską w udziale osób chorych [10].

Obraz kliniczny

W literaturze opisano ponad 150 objawów sklasyfikowanych jako przedmiesiączkowe. Najczęstszy psychiczny objaw PMS stanowią wahania nastroju [1]. Do innych częstych objawów psychicznych należą [ryc. 1.]:

drażliwość
niepokój lub napięcie
depresja lub obniżenie nastroju
płaczliwość
nadmierny apetyt lub uczucie głodu
wrażliwość na odrzucenie
uczucie zmęczenia
poczucie wyczerpania
trudności z koncentracją uwagi
zmiany libido
zaburzenia snu
utrata samokontroli
spadek zainteresowania różnego rodzaju aktywnościami

Ryc. 1 [1, 11, 12].

Najczęstszym objawem fizycznym PMS są natomiast wzdęcia [6]. Ponadto mogą występować [ryc. 2.]:

napięcie i tkliwość piersi
zmiany skórne (trądzik, łojotok)
bóle i zawroty głowy
przyrost masy ciała
obrzęki palców i kostek
osłabienie mięśniowe
rozsiane dolegliwości bólowe
skurcze żołądka
wymioty

Ryc. 2 [2, 11].

Natężenie i rodzaj dolegliwości w przebiegu PMS są silnie zróżnicowane osobniczo i w przeciwieństwie do fizjologicznych objawów, jakich może doświadczać kobieta przed menstruacją, istotnie wpływają na zakłócenie codziennej aktywności życiowej, zwłaszcza relacji międzyludzkich [13]. Dolegliwości nasilają się po porodzie, natomiast ustępują po menopauzie. Mogą występować rodzinnie [14]. Podkreślenia wymaga fakt, że w porównaniu do PMS objawy PMDD są cięższe, tzn. bardziej nasilone i w większym stopniu upośledzające funkcjonowanie pacjentki oraz obniżające jakość jej życia. Z definicji, u pacjentek z PMDD dominują objawy gniewu, drażliwości i napięcia wewnętrznego [15]. Część obiektywnych badań neuropsychologicznych potwierdza pogorszenie funkcji poznawczych u kobiet z PMS/PMDD [10].

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

Doniesienia naukowe wskazują na zwiększone ryzyko wystąpienia myśli samobójczych oraz dokonania próby samobójczej wśród kobiet z PMDD. W odniesieniu do PMS przegląd danych literaturowych podkreśla możliwość doświadczenia przez pacjentki myśli samobójczych, ale nie samych prób samobójczych. Spadek jakości życia kobiet cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych związanych z cyklem menstruacyjnym powinien uwrażliwiać klinicystów na nieprzerwaną potrzebę oceny stanu psychicznego, zwłaszcza w grupie chorych dotkniętych umiarkowanym bądź ciężkim przebiegiem choroby [16].

Etiologia

Mimo wielu lat badań dokładna etiologia PMS nie została jeszcze dobrze poznana. Istnieją różne teorie [17]. Istotną rolę wydaje się pełnić czynność hormonalna jajników ze szczególnym uwzględnieniem zmian poziomów steroidów płciowych podczas fazy lutealnej cyklu u podatnych kobiet. Uważa się, że PMS wynika z interakcji między cyklicznymi zmianami poziomów estradiolu i progesteronu, a funkcjonowaniem neuroprzekazników ośrodkowych, w szczególności serotoniny [8]. Wpływ serotoniny wydaje się mieć kluczowe znaczenie w rozwoju zaburzenia, zważając na fakt, że inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny pozostają jednymi z najskuteczniejszych środków w leczeniu farmakologicznym PMS [18]. Jednakże kobiety cierpiące na PMS nie różnią się znacząco od kobiet bez tego zaburzenia pod względem stężeń hormonów płciowych w surowicy, a same zmiany ich poziomów nie wydają się być jedyną przyczyną zgłaszanych dolegliwości. Dowiedziono, że kobiety z PMS mogą jednocześnie posiadać prawidłowe stężenia estrogenów i progesteronu w surowicy oraz wykazywać nieprawidłową reakcję na normalne zmiany hormonalne.

Uważa się również, że czynniki genetyczne mogą wywierać istotny wpływ na wystąpienie PMS. W badaniach wykazano zwiększoną zgodność występowania PMS u bliźniąt jednojajowych w porównaniu z bliźniętami dwujajowymi [11]. Korelacja występowania PMS jest także duża między chorymi matkami a ich córkami [9]. Nie wydaje się, aby kobiety z rozpoznaniem PMDD i bez niego dziedziczyły różne allele transportera serotoniny. Niektóre badania sugerują możliwy związek z genem receptora estrogenowego alfa (ESR1). Wykazano bowiem, że komórki kobiet z PMDD i bez PMDD wykazywały różne wzorce odpowiedzi na składniki kompleksu ESC/E(Z) (*Extra Sex Combs/Enhancer of Zeste*), który zawiera gen ESR1 [19]. Wśród potencjalnych czynników ryzyka rozwoju PMDD wymienia się dodatkowo: niższe wykształcenie i palenie papierosów [20], doświadczenie traumatycznych zdarzeń lub zaburzenia lękowe w wywiadzie oraz wyższe wskaźniki codziennych trudności życiowych [21]. Stała ekspozycja na stres w połączeniu z predyspozycją genetyczną może oddziaływać na rozwój PMDD [22].

Ponadto okazuje się, że nieprawidłowe poziomy wapnia we krwi pacjentek mogą tłumaczyć rozwój objawów gastrycznych np. wzdęć w przebiegu zaburzeń przedmiesiączkowych [8].

Rozpoznanie

Rozpoznanie zespołu napięcia przedmiesiączkowego opiera się na kryteriach Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów (*American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG*) uwzględnionych w klasyfikacji ICD-10 [23].

Diagnozę PMS pozostawiamy w przypadku, gdy:

- pacjent zgłasza co najmniej 1 objaw z wymienionych poniżej objawów afektywnych i/lub somatycznych [tab. 1.]
- +
- objawy występują w trakcie 5 dni przed rozpoczęciem miesiączki
- +
- objawy (te same, bądź inne z tabeli) wystąpiły także w 3 poprzednich cyklach miesięczkowych

podczas gdy:

- objawy muszą ustąpić w trakcie 4 dni od początku miesiączki
- objawy nie nawracają przynajmniej do 13 dnia cyklu miesięczkowego
- objawy nie mogą wynikać z innej choroby somatycznej/psychicznej, terapii farmakologicznej, przyjmowania hormonów, alkoholu ani innych substancji psychoaktywnych
- objawy muszą pojawiać się powtarzalnie w trakcie 2 przyszłych cykli
- pacjentka wykazuje dysfunkcję w zakresie życia społecznego, akademickiego i zawodowego

OBJAWY AFEKTYWNE	OBJAWY SOMATYCZNE
wybuchy gniewu	wzdęcia
niepokój	tkliwość/obrzęk piersi
zmieszanie	ból głowy
depresja/lęk	ból mięśni i stawów
drażliwość/ labilność emocjonalna	obrzęk kończyn
wycofanie społeczne	przybieranie na wadze

Tab. 1. Objawy uwzględniane w kryteriach rozpoznawania PMS [10, 24].

Biorąc pod uwagę charakter zaburzenia przedmiesiączkowego, stawianie rozpoznania PMS pozostaje w kompetencjach lekarzy ginekologów, inaczej jest w przypadku „psychiatrycznego wariantu” PMS jakim jest PMDD. W tej sytuacji lekarz psychiatra posiłkując się wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5*) [tab. 2.] postawia ostateczne rozpoznanie.

KRYTERIUM A	<p>w większości cykli w minionym roku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pojawiło się co najmniej 5 objawów (ŁĄCZNIE Z KRYTERIÓW B i C) • objawy są obecne w tygodniu poprzedzającym początek miesiączki • objawy zaczynają się zmniejszać w ciągu kilku dni od początku miesiączki (stają się minimalne lub zanikają w ciągu pierwszego tygodnia po miesiączce) 		
KRYTERIUM B	<p>musi być obecny co najmniej jeden objaw z następujących:</p> <ul style="list-style-type: none"> • znaczna labilność afektu (zmienność nastroju, uczucie nagłego smutku lub płaczliwość, zwiększona wrażliwość na odrzucenie) • zwiększona drażliwość lub uczucie złości lub nasilenie konfliktów interpersonalnych • wyraźnie obniżony nastrój, poczucie beznadziejności lub brak samoakceptacji • nasilone napięcie, niepokój, zwiększony poziom lęku i/lub uczucie bycia na krawędzi 	KRYTERIUM C	<p>musi być obecny co najmniej jeden dodatkowy objaw z następujących, tak by łącznie z objawami zawartymi w kryterium B łączna ich liczba wynosiła co najmniej 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zmniejszenie zainteresowania codziennymi aktywnościami (w dziedzinie pracy, edukacji, relacji z przyjaciółmi, zainteresowań) • poczucie trudności z koncentracją uwagi • spowolnienie, łatwe męczenie się lub wyraźny brak energii • wyraźne zmiany łaknienia: przejadanie się lub niepohamowana chęć spożywania określonych pokarmów • nadmierna senność lub bezsenność • poczucie przytłoczenia lub utraty kontroli • objawy przedmiotowe – tkliwość piersi, bóle mięśni lub stawów, uczucie wzdęcia, zwiększenie masy ciała
KRYTERIUM D	<p>objawy wywołują klinicznie istotny dyskomfort lub zakłócają funkcjonowanie w szkole/pracy oraz codzienne aktywności społeczne i relacje z innymi osobami (np. unikanie aktywności społecznych, mniejsza wydajność nauki/pracy lub zajęć domowych)</p>		
KRYTERIUM E	<p>objawy nie są jedynie zaostrzeniem objawów innych zaburzeń psychicznych, jak nawracające zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, dystymia czy zaburzenia osobowości (choć PMDD może z nimi współwystępować)</p>		
KRYTERIUM F	<p>kryterium A musi być potwierdzone poprzez prospektywną codzienną ocenę objawów w co najmniej dwóch cyklach miesięcznych (przed spełnieniem tego kryterium można postawić jedynie diagnozę wstępną)</p>		
KRYTERIUM G	<p>objawy nie są bezpośrednim efektem działania określonych substancji (psychoaktywnych lub leków) ani innych metod leczniczych lub innego zaburzenia somatycznego (np. nadczynności tarczycy).</p>		

Tab. 2. Kryteria rozpoznawania PMDD.

Ścisła współpraca specjalistów obu dziedzin wydaje się być niezbędna w kompleksowym rozwiązywaniu problemów z zakresu zaburzeń psychicznych związanych z cyklem menstruacyjnym kobiety [10].

Różnicowanie

Z uwagi na fakt, iż PMS cechują niespecyficzne objawy, schorzenie to może być mylone z innymi, niekiedy poważnymi, jednostkami chorobowymi. Diagnostyka różnicowa PMS obejmuje między innymi: depresję, zaburzenia lękowe, zaburzenie afektywne dwubiegunowe, schorzenia poporodowe, zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych i alkoholu, zaburzenia osobowościowe, niedokrwiłość, niedoczynność tarczycy czy zespół jelita drażliwego [25, 26]. Za występowaniem PMS przemawiają:

- bezpośredni związek między obecnością objawów a owulacją,
- cykliczność objawów w drugiej połowie cyklu miesięczkowego,
- ustępowanie objawów w ciągu kilku dni od rozpoczęcia menstruacji i występowanie tzw. fazy bezobjawowej w okresie między miesiączką a owulacją,
- obecność przynajmniej jednego objawu afektywnego (czyli dotyczącego zaburzeń nastroju) oraz przynajmniej jednego objawu fizycznego [26].

Leczenie

Terapia PMS zależy od intensywności doświadczanych symptomów, a możliwe podejścia terapeutyczne obejmują redukcję objawów lub eliminację fizjologicznych zmian hormonalnych [23]. W leczenie powinien być zaangażowany zarówno psychiatra, jak i ginekolog [14]. W terapii wykorzystuje się metody nefarmakologiczne i farmakologiczne, dobierane indywidualnie, w zależności od dolegliwości konkretnej pacjentki. Zastosowanie znajdują:

- zmiana stylu życia,
- terapia poznawczo-behawioralna,
- akupunktura i akupresura,
- techniki relaksacyjne,
- leczenie farmakologiczne,
- leczenie chirurgiczne.

Zmiana stylu życia

Rekomendowane zmiany stylu życia obejmują m.in:

- regularne ćwiczenia aerobowe (20–30 min, 3 razy w tygodniu),
- unikanie nadmiernej ilości alkoholu i kofeiny,
- zaprzestanie palenia papierosów [27].

Terapia poznawczo-behawioralna

Terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioral therapy* – CBT) może okazać się skutecznym narzędziem w modyfikacji problematycznych myśli, emocji i zachowań poprzez umożliwienie właściwej identyfikacji własnych przekonań, atrybucji oraz nieodpowiednio przystosowanego sposobu myślenia. Poprzez nabywanie umiejętności radzenia sobie z objawami psychicznymi (objawy afektywne), zgodnie z wynikami badań, trening poznawczo-behawioralny przedstawia się jako interwencja poprawiająca jakość życia kobiet cierpiących z powodu PMS [28]. Jedną z głównych strategii zwiększających efektywność CBT jest oferowanie leczenia w formie terapii grupowej. Lider grupy przygotowuje plan sesji terapeutycznych, tworzy warunki sprzyjające budowaniu poczucia bezpieczeństwa i zaufania wśród kobiet, wszystko po to, aby zapewnić jak najlepszy przepływ informacji pomiędzy uczestnikami terapii i wyciągać konstruktywne wnioski dotyczące radzenia sobie ze stresem i niepokojem. Przegląd badań ujawnia możliwość łagodzenia objawów fizycznych (objawy somatyczne) wynikających z PMS, aczkolwiek można doszukać się pewnych niespójności w zakresie wpływu CBT na łagodzenie objawów fizycznych PMS. Wyniki badań Mirzaie i in. z 2012 r. wykazały, że interwencje CBT skupione wokół radzenia sobie ze stresem są skuteczne w redukcji objawów lękowych u kobiet z PMS, ale nie w zmniejszaniu objawów fizycznych. Badacze doszli do wniosku, że interwencje w postaci farmakoterapii i aktywności fizycznej są w stanie zmniejszyć fizyczne objawy PMS, ze względu na fakt, że objawy te są spowodowane przez hormony i neuroprzekaźniki; natomiast terapie psychologiczne pozostają nieskuteczne w łagodzeniu objawów fizycznych.

Hunter i in. w 2002 r. badali skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (10 sesji), fluoksetyny (20 mg) oraz terapii złożonej (fluoksetyna i terapia poznawcza) u kobiet z PMS. Po upływie 6 miesięcy wykazano wyraźną poprawę towarzyszącą wszystkim trzem rodzajom terapii. Pacjentki, które otrzymywały fluoksetynę doznały szybszej rekonwalescencji. Ujawniono, że efekty CBT okazały się trwalsze niż leczenie farmakologiczne fluoksetyną. Ponadto obserwacja trzech grup nie wykazała różnic w zakresie poprawy PMS [29]. Należy pamiętać o potrzebie prowadzenia dalszych badań, zwłaszcza nad cięższą formą PMS – przedmiesiączkowymi zaburzeniami dysforycznymi. [28].

Akupunktura i akupresura

Alternatywnym sposobem leczenia może okazać się stosowanie zabiegów wywodzących się z medycyny chińskiej – akupunktury i akupresury. Istnieją ograniczone dowody potwierdzające pozytywny wpływ stosowanych technik na zniesienie uporczywych objawów psychicznych i fizycznych PMS. Brakuje wiarygodnych badań klinicznych z zaślepieniem prób porównujących akupunkturę i akupresurę z innymi sposobami leczenia, leczeniem farmakologicznym i psychologicznym [30].

Terapia relaksacyjna

Przegląd systematyczny literatury wskazuje na skuteczność terapii relaksacyjnych w leczeniu dolegliwości związanych z PMS. Progresywna relaksacja mięśni (*progressive muscle relaxation* – PMR) oraz inne przykłady prostej relaksacji, jak odprężanie, joga, ćwiczenia aerobowe i masaż okazują się przydatnymi metodami w walce z PMS. Niemal wszystkie badania pokazują, że terapie relaksacyjne odgrywają zasadniczą rolę w łagodzeniu objawów fizycznych, psychicznych i behawioralnych oraz zwiększaniu produktywności kobiet. Powyższe ustalenia mogą dać początek tworzeniu się wytycznych usprawniających praktykowanie terapii relaksacyjnych w łagodzeniu PMS na szerszą skalę, wspierając farmakologów w realizacji celu dalszej redukcji fizycznych i psychicznych objawów PMS [31].

Leczenie farmakologiczne

W przypadku szczególnie dotkliwych objawów PMS lub diagnozy PMDD wskazane jest rozważenie terapii farmakologicznej.

Leki pierwszego rzutu stanowią selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI – citalopram, escitalopram, fluoksetyna czy sertralina) oraz selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny (SNRI – wenlafaksyna). Leki te można przyjmować codziennie lub tylko w fazie lutealnej cyklu. Bardzo szybko, już bowiem po 1–2 dniach od przyjęcia pierwszej dawki, zmniejszają one objawy psychiczne i fizyczne omawianych zaburzeń. Zastosowanie SSRI lub SNRI przynosi szczególnie pozytywne rezultaty w zakresie redukcji objawów depresji, niskiej samooceny, nasilonej nerwowości, wzburzenia czy poczucia osamotnienia. Terapia wiąże się jednak z ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych, takich jak nudności, bezsenność, bóle głowy czy obniżenie libido, a jej przerwanie niesie ryzyko nawrotu wcześniej zgłaszanych dolegliwości. Skutki uboczne są mniej wyrażone w przypadku przyjmowania leków w schemacie 14-dniowym [23, 32].

Jako leczenie drugiego rzutu w terapii PMS i PMDD wykorzystuje się leki hamujące owulację, czyli doustne tabletki antykoncepcyjne (DTA). Dotychczasowe badania wskazują na skuteczność antykoncepcji zawierającej drospirenon, będący progestagenem trzeciej generacji o działaniu antymineralokortykosteroidowym i antyandrogennym [23]. Wykazano, że stosowanie preparatów zawierających drospirenon przez okres 3 miesięcy wyraźnie zmniejszyło nasilenie objawów PMDD w porównaniu z placebo. Ponadto, wydłużone podawanie (168 dni) 3 mg drospirenonu i 30 µg etynyloestradolu skutkowało mniejszym nasileniem zespołu napięcia przedmiesiączkowego w porównaniu ze standardowym schematem 21 dni leczenia i 7 dni przerwy [33]. Dostępne dane pozwalają zatem przypuszczać, że leczenie kobiet z PMS powinno się raczej opierać na stosowaniu tabletek antykoncepcyjnych w schemacie ciągłym niż cyklicznym.

U pacjentek z ciężkimi objawami PMS, które nie reagują na standardowe leczenie, możliwe jest zastosowanie analogów gonadoliberyny (GnRH) jako inhibitorów funkcji jajnika. Niestety, możliwe skutki uboczne tych

leków, takie jak uderzenia gorąca, suchość pochwy i utrata masy kostnej, przypominające objawy menopauzy, znacznie ograniczają ich stosowanie w leczeniu omawianych zaburzeń [34, 35]. Aby uniknąć objawów wypadowych podczas leczenia analogami GnRH, można zastosować tzw. uzupełniającą terapię hormonalną (*add-back therapy*) z estrogenem i progestagenem. Takie rozwiązanie stwarza jednak ryzyko powtórnego pojawienia się dolegliwości [36].

Pod kątem łagodzenia objawów PMS badano także różne witaminy i suplementy diety, m.in. olej z wiesiołka, witaminę B6, witaminę E, wapń czy magnez. Dowody na skuteczność tego typu substancji w leczeniu zaburzeń przedmiesiączkowych są jednak niejednoznaczne [37].

Leczenie chirurgiczne

Trwałe leczenie PMS lub PMDD jest możliwe dzięki obustronnemu usunięciu jajników. Metoda ta, z uwagi na swoją drastyczność i nieodwracalność, jest jednak zarezerwowana przede wszystkim dla najcięższych przypadków klinicznych [12]. Przed podjęciem decyzji, która jest nieodwracalna, należy zweryfikować za pomocą antagonistów GnRH stosowanych przez 3 miesiące, czy u danej pacjentki wystąpi brak objawów PMS po supresji pracy jajników. Ważna jest także ocena tolerancji na ewentualną hormonalną terapię zastępczą [32].

Podsumowanie

Wyjaśniono, że zarówno selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, jak i terapia poznawczo-behawioralna mają podobne efekty terapeutyczne w zakresie redukcji objawów zaburzeń przedmiesiączkowych. Cechą różnicującą jest czas utrzymywania się skutków długoterminowych obu metod, na korzyść CBT [29]. Skutecznie prowadzona CBT u pacjentek z łagodnymi objawami PMS może zastąpić leczenie farmakologiczne [38]. Należy pamiętać, że objawy PMS mogą nawrócić po przerwaniu leczenia. Wyjątek stanowią przypadki usunięcia jajników i przejścia w okres menopauzy [39].

Literatura

1. Yonkers Kimberly, Casper Robert. Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder; www.uptodate.com © 2023 UpToDate, updated: Mar 25, 2022.
2. Bręborowicz, G. H. (2020) Położnictwo i Ginekologia. Tom 2. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
3. Yesildere Saglam H, Orsal O. Effect of exercise on premenstrual symptoms: A systematic review. *Complement Ther Med.* 2020 Jan;48:102272.
4. Gałęcki Piotr, Szulc Agata. (2018) Psychiatria. Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
5. Zendejdel M, Elyasi F. Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. *J Family Med Prim Care.* 2018 Mar-Apr;7(2):346-356.
6. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med.* 1999 Mar-Apr;8(2):122-8.
7. Borenstein Jeff, Chiou Chiun-Fang, Dean Bonnie, Wong John, Wade Sally. Estimating Direct and Indirect Costs of Premenstrual Syndrome. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 2005 Jan;47(1):p 26-33.
8. Yonkers Kimberly, Casper Robert. Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder; www.uptodate.com © 2023 UpToDate, updated: Feb 11, 2022.
9. Śliwerski Andrzej. Zespół napięcia przedmiesiączkowego – problem z pogranicza psychiatrii i ginekologii. *Ginekologia po Dyplomie.* 2022 Feb; www.podyplomie.pl, uploaded: Apr 17, 2023.
10. Kotlicka-Antczak Magdalena. Zaburzenia psychiczne związane z cyklem menstruacyjnym; www.podyplomie.pl, uploaded: Apr 17, 2023.
11. Puri Basant K, Treasaden Ian H. (2014) Psychiatria. Podręcznik dla studentów. Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
12. Bińkowska Małgorzata. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. *Wielka Interna. Endokrynologia;* www.podyplomie.pl, uploaded: Apr 17, 2023.

13. Bręborowicz, Nowak-Markwitz, Rechberger. (2017) Sytuacje kliniczne w ginekologii, onkologii ginekologicznej i uroginekologii. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
14. Słomko Zbigniew. (2008) Ginekologia. Tom 1 i 2. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
15. Tuszyński Paweł Konrad. (2022) Zagadki farmaceutyczne. 100 pytań i odpowiedzi. Warszawa: Wydawnictwo Farmaceutyczne.
16. Prasad D, Wollenhaupt-Aguiar B, Kidd KN, de Azevedo Cardoso T, Frey BN. Suicidal Risk in Women with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021 Dec;30(12):1693-1707.
17. Joseph Katzinger, Tori Hudson. 212 - Premenstrual Syndrome. *Textbook of Natural Medicine (Fifth Edition)*. 2020, Pages 1739-1747.e3
18. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PM, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 7;2013(6):CD001396.
19. Dubey N, Hoffman JF, Schuebel K, Yuan Q, Martinez PE, Nieman LK, Rubinow DR, Schmidt PJ, Goldman D. The ESC/E(Z) complex, an effector of response to ovarian steroids, manifests an intrinsic difference in cells from women with premenstrual dysphoric disorder. *Mol Psychiatry*. 2017 Aug;22(8):1172-1184.
20. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. *The Harvard Study of Moods and Cycles. J Affect Disord*. 2002 Jul;70(2):125-32.
21. Perkonig A, Yonkers KA, Pfister H, Lieb R, Wittchen HU. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004 Oct;65(10):1314-22.
22. Hantsoo L, Epperson CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Nov;17(11):87.
23. Skrzypulec-Plinta Violetta, Zborowska Katarzyna, Schmidt Marta, Krupa Aleksandra. Leczenie zespołu napięcia przedmiesiączkowego; www.forumginekologii.pl, uploaded: Apr 17, 2023.
24. Rege Sanil. Diagnosis and Management of Premenstrual Syndrome (PMS) Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) - A Synopsis; www.psychscenehub.com, uploaded: Apr 17, 2023.
25. Skrzypulec-Plinta Violetta, Droszol-Cop Agnieszka. (2017) Ginekologia dziecięca i dziewczęca. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
26. Tuszyński Paweł Konrad. (2022) Leki pierwszego wyboru. Jak rozpoznać i leczyć najczęstsze schorzenia i dolegliwości. Warszawa: Wydawnictwo Farmaceutyczne.
27. O'Brien S, Rapkin A, Dennerstein L, Nevatte T. Diagnosis and management of premenstrual disorders. *BMJ*. 2011 Jun 3;342:d2994.
28. Izadi-Mazidi M, Davoudi I, Mehrabizadeh M. Effect of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Health-Related Quality of Life in Females With Premenstrual Syndrome. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2016 Mar 15;10(1):e4961.
29. Maddineshat M, Keyvanloo S, Lashkardoost H, Arki M, Tabatabaeichehr M. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS). *Iran J Psychiatry*. 2016 Jan;11(1):30-6.
30. Armour M, Ee CC, Hao J, Wilson TM, Yao SS, Smith CA. Acupuncture and acupressure for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2018, Issue 8. Art. No.: CD005290. accessed 17 April 2023.
31. Jose A, Nayak S, Rajesh A, Kamath N, Nalini M. Impact of relaxation therapy on premenstrual symptoms: A systematic review. *J Educ Health Promot*. 2022 Dec 28;11(1):401.
32. Mazurek Marzena. Najczęstsza dolegliwość kobiet miesiączkujących – zespół napięcia przedmiesiączkowego. *Analiza przypadków Ginekologia i Położnictwo (pod red. prof. Romualda Dębskiego)*. 4/2018.
33. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Postępowanie w przypadku zespołu napięcia przedmiesiączkowego. *Wytyczne RCOG 2016. Green-top Guideline*, 2016; 48.

34. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician*. 2011, 15;84(8):918-24.
35. Krawczyk W, Rudnicka-Drożak E. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011 17(3):145-147.
36. Mortola A.J., Girton L., Fischer U. Successful treatment of severe premenstrual syndrome by combined use of gonadotropin-releasing hormone agonist and estrogen/progestin. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 1991; 72: 252A-F.
37. Yonkers Kimberly, Casper Robert. Treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder; www.uptodate.com © 2023 UpToDate, updated: Aug 16, 2022.
38. Pilińska Aleksandra, Przestrzelska Monika. Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dystroficzne. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2019 Vol. 8, Nr 2.
39. Kwan I, Onwude JL. Premenstrual syndrome. *BMJ Clin Evid*. 2015 Aug 25;2015:0806.