

ŚWIĄTEK, Gabriela, ŚRODOŃ, Maria, SOSNOWSKA, Weronika, TKACZYK, Rafał, TARACHA, Kalina, TOMCZYK, Jakub, TOMKIEWICZ, Maciej, BRZOZOWSKA, Aleksandra, ŚWITAL, Magdalena & TOKARSKI, Michał. Premenstrual syndrome - theories and facts - something everyone should know. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;39(1):38-54. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.39.01.004>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/43920>
<https://zenodo.org/record/8021279>

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. Przynależność dyscypliny naukowej: 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 Licensee 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: 10.05.2023. Revised: 05.06.2023. Accepted: 05.06.2023. Published: 13.06.2023.

Praca poglądowa

Premenstrual syndrome - theories and facts - something everyone should know

Gabriela Świątek

<https://orcid.org/0009-0004-8537-6249>

gabriela.swiatek21@gmail.com

District Specialist Hospital in Stalowa Wola

Weronika Sosnowska

<https://orcid.org/0009-0003-4608-5521>

weronika.sosnowska07@gmail.com

Provincial Specialist Hospital named after Stefan Cardinal Wyszyński SPZOZ in Lublin

Maria Środoń

<https://orcid.org/0009-0001-6110-7034>

mariaaa.srodon@gmail.com

Provincial Hospital of Podkarpackie John Paul II in Krosno

Rafał Tkaczyk

<https://orcid.org/0009-0001-0542-3374>

rafaltkaczyk@wp.pl

District Specialist Hospital in Stalowa Wola

Kalina Taracha

<https://orcid.org/0009-0002-3707-9376>

tarachakalina@gmail.com

Provincial Specialist Hospital named after Stefan Cardinal Wyszyński SPZOZ in Lublin

Jakub Tomczyk

<https://orcid.org/0009-0008-0586-5798>

jjtomczyk15@gmail.com

Provincial Specialist Hospital named after Stefan Cardinal Wyszyński SPZOZ in Lublin

Maciej Tomkiewicz

<https://orcid.org/0009-0009-7618-7768>

maciektomkiewicz202@gmail.com

Provincial Hospital of Podkarpackie them. John Paul II in Krosno

Aleksandra Brzozowska

<https://orcid.org/0009-0008-7687-1140>

brzozola@onet.eu

Stefan Cardinal Wyszyński Provincial Specialist Hospital SPZOZ in Lublin

Magdalena Śwital

<https://orcid.org/0009-0005-5744-4061>

switalmagdalena@gmail.com

Stefan Cardinal Wyszyński Provincial Specialist Hospital SPZOZ in Lublin

Michał Tokarski

<https://orcid.org/0009-0009-4228-3794>

tokarskim4@gmail.com

Independent Public Health Care Center of the Ministry of Interior and Administration in Lublin

Abstrakt

Zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS- Premenstrual Syndrome) to grupa cyklicznie pojawiających się objawów somatycznych lub psychicznych występujących w fazie lutealnej cyklu i ustępujących z chwilą pojawienia się miesiączki. Celem tej pracy jest zwrócenie uwagi na ten ważny, choć często bagatelizowany problem, prześledzenie jego patomechanizmu i wskazanie metod leczniczych.

Za wystąpienie PMS/PMDD (PMDD- premenstrual dysphoric disorder- przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne) odpowiada współdziałanie wielu czynników i predyspozycji. Jednym z najważniejszych są cykle owulacyjne oraz powtarzające się cyklicznie zmiany wydzielania hormonów jajnika- wahania poziomu progesteronu, estradiolu i prolaktyny w poszczególnych fazach cyklu. Opisuje się związek zaburzeń emocjonalnych, silnego stresu oraz zaburzeń w układzie neuroprzekazników centralnego układu nerwowego, a także wielu innych czynników, wymienionym w poniższym artykule. W terapii PMS/PMSS stosuje się różne metody, od mniej do bardziej inwazyjnych, m.in: zmianę stylu życia, terapię poznawczo-behawioralną oraz farmakoterapię i leczenie chirurgiczne. Obecnie za główną terapię, uznaje się SSRI- inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, jak również leczenie hormonalne- dwuskładnikową tabletkę antykoncepcyjną.

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że PMS/PMDD stanowią realny problem obniżający jakość życia i mający negatywny wpływ na relacje rodzinne i społeczne. Wzrost świadomości społeczeństwa oraz zainteresowania przez lekarzy wielu specjalizacji tym problemem, umożliwi szybszą diagnostykę i wdrożenie skutecznej terapii, a tym samym zminimalizuje negatywne skutki społeczne.

Abstract:

Premenstrual syndrome (PMS- Premenstrual Syndrome) is a group of cyclic somatic or psychological symptoms occurring during the luteal phase of the cycle and disappearing with the onset of menstruation. The purpose of this work is to draw attention to this important but often underestimated problem, trace its pathomechanism and identify treatment methods.

The interaction of many factors and predispositions is responsible for the occurrence of PMS/PMDD (PMDD- premenstrual dysphoric disorder). One of the most important is ovulatory cycles and cyclically repeated changes in ovarian hormone secretion- fluctuations in progesterone, estradiol and prolactin levels during the various phases of the cycle. The association of emotional disturbances, severe stress and disturbances in the neurotransmitter system of the central nervous system, as well as many other factors, mentioned in the article below, is described. Various methods are used to treat PMS/PMSS, ranging from less to more invasive, including lifestyle changes, cognitive-behavioral therapy, and pharmacotherapy and surgical treatment. Currently, SSRIs-serotonin reuptake inhibitors-are considered the main therapy, as well as hormonal treatment-the two-pill.

A review of the literature shows that PMS/PMDD is a real problem that reduces quality of life and has a negative impact on family and social relationships. Increased public awareness and interest by physicians of many specialties in this problem will enable faster diagnosis and implementation of effective therapy, thereby minimizing the negative social impact.

Słowa kluczowe: ; PMS; PMDD; zespół napięcia przedmiesiączkowego; przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne; owulacja; cykle miesięczne;

Key words: PMS; PMDD; premenstrual syndrome; premenstrual dysphoric disorder; ovulation; menstrual cycles;

Wprowadzenie/Introduction:

Zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS- premenstrual syndrome) to grupa cyklicznie pojawiających się objawów somatycznych lub psychicznych występujących w fazie lutealnej

cyklu i ustępujących z chwilą pojawienia się miesiączki, najpóźniej w ostatnim dniu miesiączki [1].

PMS występuje u kobiet z cyklami owulacyjnymi od okresu dojrzewania, do okresu przekwitania, o największym nasileniu między 20 a 40 rokiem życia. Charakterystyczne jest, że zespół nie występuje u osób z cyklami nieowulacyjnymi. [2]

Większość kobiet doświadcza przynajmniej jednego spośród nawet 300 objawów przypisywanych PMS. [5] Mimo to większość z nich prawidłowo funkcjonuje w domu i pracy. [1]

Nasilenie objawów PMS u każdej kobiety jest inne, a od zwykłych dolegliwości okołomenstruacyjnych, zespół napięcia przedmiesiączkowego różni się dużą intensywnością objawów w znacznym stopniu utrudniającą lub uniemożliwiającą codzienne funkcjonowanie, zaburzającą relacje społeczne i towarzyskie oraz wpływającą na aktywność zawodową. [3]

W zależności od źródła szacuje się, że dolegliwości związane z PMS dotyczą od 20% do nawet 80% kobiet, a 3-8% [1] kobiet doświadcza cięższej postaci choroby - przedmiesiączkowych zaburzeń dysforycznych (PMDD- premenstrual dysphoric disorder), w której występują znacznie nasilone objawy, zwłaszcza ze strony psychicznej. Zaburzenie to musi znacznie obniżać jakość życia kobiety (warunek rozpoznania, w przeciwieństwie do PMS). [1]

Nieco podobną jednostką, jednak współwystępującą z miesiączką jest algomenorhea. Jest to cyklicznie nawracający polietiologiczny zespół neuroendokryny, który pojawia się podczas menstruacji i znacząco, aż do całkowitej utraty, obniża sprawność kobiety. Towarzyszą mu dolegliwościami bólowe, nudności, zmęczenie, drażliwość wraz z innymi zaburzeniami emocjonalnymi i autonomicznymi. [6]

Cel pracy/ Objective:

Nie poznano dokładnych przyczyn powodujących PMS/ PMDD. Istnieje wiele teorii, większość z nich poparta jest badaniami naukowymi, zdarza się jednak, że różne teorie wzajemnie się podważają. Większość z nich jest potwierdzona, część prawdopodobna, lecz nie udowodniona, a reszta funkcjonuje jako przypuszczenia. W tej pracy postaram się trochę szerzej przyrzeć się problemowi Zespołu Napięcia Przedmiesiączkowego. Zebrać fakty, ale i większość teorii, rozłożyć je na czynniki pierwsze, lub tylko o nich wspomnieć. Celem tej pracy jest zwrócenie uwagi na ten ważny, choć często bagatelizowany problem, prześledzenie

jego patomechanizmu oraz pokazanie szerokiej gamy metod minimalizujących niekorzystne efekty tego zaburzenia. Zwiększenie i rozpowszechnienie wiedzy na temat Zespołu Napięcia Przedmiesiączkowego przyczyni się do zmniejszenia wykluczenia społecznego oraz zwiększenia akceptacji dla kobiet doświadczających tego zaburzenia.

Stan wiedzy/ state of the art:

Najważniejszym założeniem jest jednak fakt, że każda kobieta reaguje indywidualnie, ma nieco inne dolegliwości oraz patomechanizm PMS jest zróżnicowany. Prawdopodobnie za wystąpienie PMS odpowiada współdziałanie wielu czynników i predyspozycji.

Ciekawym spostrzeżeniem jest fakt, zauważony już w 1991r. przez McDonalda i współautorów, tłumaczący rosnącą częstość występowania Zespołu napięcia przedmiesiączkowego w porównaniu do poprzednich lat. [4] Według autorów obecnie w życiu miesięczkującej kobiety, występuje znacznie dłuższy okres cyklicznie występujących miesiączek, a więc i okres wahań hormonalnych w porównaniu do poprzednich lat. Autorzy zauważają, że jeszcze nie tak dawno czas w życiu kobiety, który był związany z „fizjologicznym” okresem amenorrhoea, spowodowany m.in. częstymi ciążami czy laktacją, był o wiele dłuższy. Obecnie w związku ze zmianami społecznymi i statystycznie malejącą liczbą ciąż, późniejszym wiekiem w którym kobiety rozpoczynają prokreację, oraz skutecznymi metodami zapobieganiu płodności, spowodowały wydłużenie czasu, w którym kobieta doświadcza cyklicznych zmian hormonów płciowych i niekorzystnych skutków wahań tych hormonów w cyklu owulacyjnym. To spostrzeżenie tłumaczy więc zwiększoną częstość występowania zespołu napięcia przedmiesiączkowego w ostatnich latach. [4][9]

Prześledźmy prawdopodobne teorie powstawania PMS i PMDD.

Badania epidemiologiczne wykazują podobną częstość występowania objawów zespołu zaburzeń przedmiesiączkowych na całym świecie oraz rodzaj i nasilenie objawów PMS jest podobne niezależnie od kraju i kultury. [16]

Udowodnionym czynnikiem ryzyka występowania PMS/PMDD są cykle owulacyjne. Zahamowanie owulacji przy użyciu agonistów GnRH lub w ostateczności za pomocą obustronnego usunięcia przydatków, prowadzi do eliminacji objawów PMS [4].

Ciekawym zjawiskiem jest jednak fakt, że nie wszystkie owulujące i miesięczkujące kobiety mają objawy PMS, a teoretycznie u wszystkich kobiet z występującą owulacją następują podobne zmiany hormonalne. W badaniach potwierdzono, że nie ma istotnych różnic w

produkcji hormonów płciowych w czasie cyklu miesięcznego w grupach kobiet cierpiących z powodu PMS i bez objawów. Na podstawie wielu badań i doświadczeń założono, że na PMS cierpią kobiety „predysponowane” i „szczególnie wrażliwe” na fizjologiczne zmiany stężeń hormonów podczas cyklu. [4]

PMS jest związane z powtarzającymi się cyklicznie zmianami wydzielania hormonów jajnika. Niewystępowanie PMS przed okresem dojrzewania, w czasie ciąży oraz po menopauzie potwierdza rolę cyklicznej aktywności jajników. [5]

Opisuje się, że wpływ na pojawienie się objawów mają trudne stany emocjonalne, które pojawiły się w ciągu życia, silny stres, traumatyczne przeżycia, rodzinne obciążenie zaburzeniami depresyjnymi, a także wiek. [3] Objawy zespołu odczuwalne są najbardziej u młodszych kobiet, o największym nasileniu w przedziale 25–35 lat. [11] Rolę w patogenezie odgrywa również wczesny wiek pierwszej miesiączki. Zwykle dolegliwości nasilają się po porodzie. PMS opisuje się częściej u wieloródek. [3]

Zauważono również wpływ wysokiego indeksu masy ciała na zwiększoną częstość występowanie PMS. [4]

W większości badań uznaje się wahania progesteronu za główny czynnik wpływający na PMS. Uważa się, że główną przyczyną jest spadek poziomu progesteronu w późnej fazie lutealnej. [4]

Według badań u kobiet w czasie klimakterium przyjmujących HTZ objawy PMS/PMDD mogą nawracać w czasie terapii z wstawką z progesteronu.[4] Prawdopodobnie to więc wahania poziomu progesteronu mają kluczowe znaczenie w patogenezie PMS.

Istnieje teoria zakładająca, że przyczyną PMS jest spadek wydzielania ważnego metabolitu progesteronu- allopregnanolonu, ze zmniejszeniem proporcji progesteron/estrogeny w późnej fazie cyklu. Zmiany te powodują wzrost objętości płynu pozakomórkowego i zmiany w układzie renina-angiotensyna-aldosteron, wywołujące wtórny aldosteronizm, który pogłębia zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej ustroju. [2] Skutkuje to objawami somatycznymi takimi jak: obrzęki, wzdęcia, obrzmienie piersi oraz zaburzeniami nastroju, funkcji poznawczych i zachowania, ze względu na zmniejszenie allopregnenolonu- agonisty receptora GABA-A silnego neurotransmitera. [1]

W patomechanizmie PMS bierze się pod uwagę również wpływ takich czynników jak endorfiny, wazopresyny czy zwiększonego stężenia prolaktyny we krwi w 2.fazie cyklu. [2]

W innych badaniach stwierdzono, że u kobiet z nasilonym zespołem przedmiesiączkowym obserwuje się większe stężenia estradiolu w fazie lutealnej. [4]

Według badań podawanie estradiolu w fazie lutealnej nasilało symptomy PMS, natomiast antagoniści estradiolu skutecznie redukowali mastalgię. [4]

Opisano również prawdopodobną przyczynę genetyczną PMS. Wykazano związek polimorfizmu ESR1, genu receptora estrogenowego alfa, z występowaniem PMDD. [1]

Genetyczne podłoże PMS potwierdza występowanie zaburzeń przedmiesiączkowych u 70% kobiet, których matki cierpiały na PMS. Z kolei u tych, których matki nie zgłaszały podobnych objawów – 37%. [11]

Ponadto, u bliźniaków jednojajowych prawdopodobieństwo wystąpienia PMS u obu dziewczynek wynosi 93%, w porównaniu do bliźniąt dwujajowych, u których wskaźnik ten wynosi 44%. [11]

Ważną składową Zespołu napięcia przedmiesiączkowego jest składowa emocjonalna. Obecnie przyjmuje się, że kluczowy wpływ na występowanie PMS, zwłaszcza objawów sfery emocjonalnej mają zaburzenia w układzie neuroprzekaźników centralnego układu nerwowego: zmniejszone stężenia serotoniny i kwasu gamma-aminomasłowego (GABA). Na podstawie badań stwierdzono mniejsze stężenia GABA w surowicy kobiet z PMDD w czasie fazy lutealnej w porównaniu z grupą kontrolną. [5]

Główną rolę przypisuje się jednak układowi serotonergicznym. U kobiet, u których występują objawy przedmiesiączkowe, stwierdza się obniżone wartości stężeń serotoniny w krwi obwodowej oraz zmniejszony wychwyty serotoniny przez płytki krwi w fazie lutealnej. Natomiast w fazie folikularnej obserwuje się zwiększenie wrażliwości receptorów serotoninowych. Potwierdzeniem tej teorii jest skuteczność terapii inhibitorami zwrotnego wychwyty serotoniny. [5]

Dużą rolę zaburzeń układu serotonergicznego w patogenezie PMS potwierdza wpływ diety pozbawionej tryptofanu - prekursora serotoniny oraz stosowanie antagonistów receptorów serotoniny wpływające na zwiększoną częstość występowania PMS.

Kolejnymi możliwymi przyczynami, jednak już nie o tak dużym znaczeniu klinicznym jest wpływ dużego spożycia jednonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz zwiększonego spożycia kofeiny w patogenezie PMS. Jako wątpliwy, choć wymieniany w badaniach czynnik zwiększający ryzyko PMS wymienia się grupę krwi Rh minus. Według niektórych

badan jako czynnik ochronny, powodujacy mniejsze nasilenie zespołu napięcia przedmiesiączkowego uważa się spożycie ryboflawiny, zawartej głównie w mleku i jego przetworach oraz mięsie. [7][8]

Czynniki wpływające na zwiększoną częstość występowania PMS:
• Cykle owulacyjne
• Czynniki stresowe,
• Depresja, zaburzenia lękowe
• Wahania poziomi progesteronu w fazie lutealnej
• Wzrost poziomu estradiolu w fazie lutealnej
• Zwiększony poziom prolaktyny w 2 fazie cyklu
• Zmiany w układzie renina-angiotensyna-aldosteron
• Liczne porody
• Młodszy wiek
• Wczesny wiek pierwszej miesiączki
• Otyłość i zwiększone spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych
• Podłoże genetyczne
• polimorfizmu ESR1, genu receptora estrogenowego alfa
• zmniejszone stężenie neuroprzekaźników w OUN : GABA i serotoniny w fazie lutealnej
• spożycie kofeiny,
• dieta pozbawiona tryptofanu
• grupa Rh minus

Klasyfikacja/ Classification

Według International Society for Premenstrual Disorders (ISPM) istnieją ściśle określone kryteria diagnostyki zaburzeń przedmiesiączkowych. Wyróżnia się podział Zespołu Napięcia Przedmiesiączkowego na typowy i nietypowy. W obu podjednostkach PMD muszą występować objawy zaburzające codzienne funkcjonowanie, szczególnie w takich obszarach, jak: aktywność zawodowa, relacje interpersonalne oraz funkcjonowanie społeczne.

Według ISPMD, typowy PMD jest związany z regularnym cyklem miesięczkowym. Dzieli się na trzy podgrupy: PMD z przewagą objawów psychicznych, PMD z przewagą objawów fizycznych oraz PMD mieszany [11][13-15]. Nietypowy PMD obejmuje cztery podstawowe różniące się od siebie typy: przedmiesiączkowe zaostrzenie objawów PMD, PMD przy bezowulacyjnej aktywności jajników, PMD przy braku menstruacji oraz PMD indukowany aktywnością progesteronu.[14-15]

Rozpoznanie/ Diagnosis

Kryterium rozpoznania PMS/PMDD jest obecność charakterystycznych dolegliwości w wywiadzie obserwowanych w codziennie przez co najmniej 2 cykle miesięczne, prowadzona w oparciu o kwestionariusze (np. DRSP lub PSST, oraz starsze PRISM, COPE, DSR)oceniające czas, rodzaj i nasilenie objawów. [1][16]

Natężenie oraz rodzaj odczuwanych objawów podmiotowych mogą różnić się w sposób znaczący u kobiet. Symptomy podmiotowe PMS w sposób istotny zaburzają ich życie osobiste, społeczne i zawodowe. Jednak przy objawach o umiarkowanym nasileniu osoby te są w stanie funkcjonować i reagować na bodźce sytuacyjne. [5]

Według ICD-10 do rozpoznania PMS upoważnia minimum jeden z poniższych objawów:

- smutek, poczucie beznadziejności lub obniżone poczucie własnej wartości
- napięcie, lęk, częste zmiany nastroju, płaczliwość, drażliwość
- gniew
- brak zainteresowania zwykłymi aktywnościami
- trudności w koncentracji
- zmęczenie
- zmiany apetytu
- nadmierna senność lub bezsenność
- poczucie braku kontroli lub przygniecenia
- objawy somatyczne (ból głowy, obrzmienie lub tkliwość piersi, ból mięśni lub stawów, wzdęcie lub przybór na wadze) [1]

Rozpoznanie PMDD opiera się na DSM IV oraz obecnie na nowszej wersji - DSM V. Według niej w większości cykli miesięczkowych w roku musi być obecnych co najmniej pięć objawów (w ostatnim tygodniu przed wystąpieniem miesiączki), które zaczynają ustępować w ciągu kilku dni po rozpoczęciu miesiączki i stają się minimalne lub nieobecne tydzień po

miesiączce. Musi być obecny jeden (lub więcej) z objawów: zaznaczona labilność afektywna, wyraźna drażliwość, złość lub nasilone konflikty interpersonalne, wyraźnie obniżony nastrój, poczucie beznadziejności lub depresjonujące myśli, wyraźny niepokój, napięcie i/lub poczucie bycia podekscytowanym lub podenerwowanym. [12]

Dodatkowo musi być obecny minimum jeden objaw: zmniejszone zainteresowanie zwykłymi czynnościami, subiektywna trudność w koncentracji, letarg, łatwe męczenie się lub wyraźny brak energii, wyraźna zmiana apetytu, przejadanie się lub szczególne pragnienia jedzenia, hipersomnia lub bezsenność, poczucie przytłoczenia lub braku kontroli. [12]

Przedmiesiączkowym zaburzeniom dysforycznym, towarzyszą również objawy fizyczne, takie jak tkliwość lub obrzęk piersi, ból stawów lub mięśni, uczucie „wzdęcia” lub przyrostu masy ciała. Objawy są związane z klinicznie istotnym stresem lub ingerencją w pracę, szkołę, zwykłe zajęcia towarzyskie lub relacje z innymi. [12]

Zaburzenie nie jest jedynie zaostrzeniem objawów innego stanu, takiego jak duże zaburzenie depresyjne, zespół lęku napadowego, uporczywe zaburzenie depresyjne (dystymia) lub zaburzenie osobowości (choć może współwystępować z każdym z tych zaburzeń). [12]

Przy stawianiu diagnozy należy wykluczyć możliwy wpływ spożywanych substancji (np. narkotyków, leków, innego leczenia) oraz jednostki chorobowe mogące przebiegać z podobnymi do PMS/PMDD objawami np. nadczynność tarczycy, zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia osobowości, choroby mogące ulegać zaostrzeniu w okresie przedmiesiączkowym (migrena, zespoły bólowe miednicy małej, zespół jelita nadwrażliwego, alergię, zaburzenia psychiczne), ciążę, zaburzenia okołomenopauzalne, endometriozę. [1] Należy również wykluczyć zespół stresu pourazowego na tle wykorzystywania seksualnego. [1]

Leczenie/ Treatment

W trakcie leczenia zaleca się prowadzenie dzienniczka objawów, w celu ewentualnej modyfikacji leczenia. Terapia powinna być zróżnicowana i indywidualnie dobrana do pacjentki. [1]

Wyróżnia się różne metody lecznicze: zmianę stylu życia, terapię poznawczo-behawioralną, akupunkturę, akupresurę, techniki relaksacyjne oraz farmakoterapię i leczenie chirurgiczne. [1]

Terapia PMS jest uzależniona od natężenia objawów. Należy zaproponować pacjentce metody jak najmniej inwazyjne, przede wszystkim zmianę stylu życia, która jest pierwszą linią nefarmakologicznego postępowania w PMS. W trakcie wprowadzania metod

lecniczych zalecana jest obserwacja efektów terapii i zapisywanie ich w dzienniczku. Proces rejestracji objawów podczas cyklu może służyć jako uzupełnienie terapii, ponieważ często pacjentki identyfikują wyzwalacze objawów, co pozwala je modyfikować.[16]

Zaleca się ograniczenie stosowania używek zawierających kofeinę oraz zredukowanie spożycia soli, które wpływa na zmniejszenie zatrzymywania płynów w organizmie. Zwiększenie podaży produktów zawierających dużo węglowodanów jako źródło tryptofanu, prekursora serotoniny. Zaleca się również regularny wysiłek fizyczny, ćwiczenia relaksacyjne czy odpowiednie planowanie stresujących zadań na pierwszą połowę cyklu miesięcznego. [5]

Coraz bardziej popularną metodą nefarmakologiczną leczenia PMS/PMDD jest terapia poznawczo-behawioralna (cognitive behavioural therapy – CBT.) Jest to powszechną i skuteczną metodą terapii zaburzeń o podłożu depresyjnym lub lękowym, w związku z tym swoje zastosowanie znajduje także w leczeniu zespołu napięcia przedmiesiączkowego oraz przedmiesiączkowego zespołu dystroficznego. Udowodniono, że CBT jest skuteczną w łagodnych stanach PMS w zakresie relaksacji, umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz w treningu asertywności. Skutecznie prowadzona terapia poznawczo-behawioralna może zastąpić leczenie farmakologiczne. Według przeprowadzonych badań efekty CBT pojawiają się wolniej, ale są trwalsze w porównaniu do leczenia inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) [11].

Obecnie za główną terapię, uznaje się SSRI- selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny. SSRI, takie jak fluoksetyna i sertralina. Są to najskuteczniejsze środki farmakologiczne. [10] Leczenie to przynosi korzyści u 60-90% pacjentek, w porównaniu z próbą placebo, w której uzyskano poprawę u 30 % pacjentek. Za pomocą SSRI uzyskuje się poprawę głównie dolegliwości emocjonalnych, choć dostrzega się również poprawę w zakresie objawów somatycznych, kontaktu z otoczeniem i jakości życia [1]. Efekty leczenia SSRI są dostrzegalne bardzo szybko - już po 2-3 dniach od rozpoczęcia terapii, dlatego zalecane jest podawanie małej dawki, wyłącznie w drugiej połowie cyklu. Taki sposób minimalizuje efekty uboczne stosowania SSRI. Przy bardziej nasilonych objawach somatycznych zalecana jest ciągła terapia SSRI, jest to jednak związane z częstszymi objawami niepożądanymi, np. utratą libido czy nudnościami. [1]

W terapii PMS/PMDD leki przeciwdepresyjne nie wpływające na przekąźnictwo serotoninericzne nie są skuteczne. [1] Częściową poprawę przynosi buspiron- agonista 5HT1A oraz alprazolam, benzodiazepina o powinowactwie do receptorów GABA-A,

zwłaszcza gdy objawom towarzyszy silny niepokój i bezsenność. Ze względu na jej potencjał uzależniający zalecana jest w terapii krótkoterminowo. [1]

W terapii PMS jedną z głównych metod jest leczenie hormonalne, w celu zablokowania owulacji.

Podstawową metodą hormonalną jest dwuskładnikowa tabletki antykoncepcyjna. Zauważono jednak niekorzystne działanie etynyloestradiolu, pobudzające układ renina-angiotensyna-aldosteron, sprzyjające zatrzymaniu wody w organizmie i nasilające dolegliwości związane z PMS/PMDD. Lekiem obecnie zalecanym w terapii jest DTA z drospirenonem - progestagenem o właściwościach antymineralokortykosteroidowych, stosowany w modelu 24+4. [1] Zaleca się DTA zawierającą 0,02 mg etynyloestradiolu i 3 mg drospirenonu. [17]

Popularną metodą leczenia była w przeszłości terapia progesteronem. W trakcie jego stosowania nie uzyskano jednak zadowalających efektów w porównaniu z tabletką placebo, a jedynie zwiększono ilość działań ubocznych jak wydłużenie cyklu, zawroty głowy czy suchość w ustach. [1]

W leczeniu hormonalnym stosuje się w wyjątkowych sytuacjach estradiol przezskórnie lub podskórną, który przynosi widoczną poprawę w zakresie objawów. W celu ochrony endometrium należy jednak dołączyć progestagen, który powoduje nawrót objawów. Ta metoda leczenia nie jest więc metodą z wyboru. Inhibitory prostaglandyn i leki moczopędne mogą łagodzić objawy. [10]

W bardziej nasilonych przypadkach PMS/PMDD w celu zablokowania owulacji stosuje się analogi gonadoliberyny. W tej terapii uzyskuje się stan farmakologicznej kastracji poprzez zmniejszenie stężenia FSH i LH oraz progesteronu i estradiolu. Niekorzystne są jednak działania uboczne tej terapii- objawy menopauzy oraz przedwczesna osteoporoza. Z tego powodu przy stosowaniu analogów gonadoliberyny konieczna jest dodatkowa, podprogowa terapia estrogenowo-progesteronowa (add-back therapy), w celu zmniejszenia działań niepożądanych analogów gonadoliberyny. [1]

Jako lek w terapii PMS wymienia się również danazol o właściwościach antygonadotropowych przynoszący dobre efekty zwłaszcza przy leczeniu mastalgii. Ze względu na swoje właściwości androgenne sprzyjające hirsutyzmowi i wielu objawom niepożądanym jest on jednak obecnie bardzo rzadko stosowany w terapii. [1]

W celu zmniejszenia poziomu prolaktyny stosuje się bromokryptynę, która ma również korzystny efekt przy łagodzeniu mastalgii oraz prawdopodobnie również innych objawach PMS/PMDD. [1]

Kolejnym lekiem stosowanym w leczeniu PMS, jednak również o niepewnym działaniu jest spironolakton - antagonist receptorów mineralokortkosteroidowych. Sprzyja on redukcji objawów zatrzymania wody w ustroju: obrzmieniu, wzdęciom, tkliwości piersi, wzrostowi masy ciała i prawdopodobnie ma korzystny efekt w łagodzeniu objawów emocjonalnych. [1]

Najbardziej radykalną metodą, zarezerwowaną dla najcięższych przypadków, przy współistnieniu innych wskazań jest leczenie chirurgiczne – obustronne usunięcie jajników. [1]

Koniecznym testem uzasadniającym operację jest wcześniejsza skuteczna terapia analogami gonadoliberyn i nawrót dolegliwości po ich odstawieniu. W niektórych przypadkach usuwa się również macicę, wtedy możliwa jest terapia estrogenowa, bez dołączania progestagenu, gdyż jego dołączenie powoduje nawrót dolegliwości. [1]

Wspomagająco w terapii PMS/PMDD stosuje się preparaty roślinne- niepokalanek pospolity, wiesiołek, dziurawiec zwyczajny, pluskawicę groniastą, miłorzęb japoński,[1] mniszek lekarski [11] oraz suplementy diety-wapń (1000 mg), magnez (200 mg) [16], witamina E (400 j.m.), witamina B6 (pirydoksyna) [11]biorąca udział w syntezie serotoniny, oraz oleje rybne. [1]

Niezbędne jest również zapobieganie otyłości, zmniejszenie ilości nasyconych kwasów tłuszczowych w diecie, zmniejszenie spożycia kofeiny. [3]

Badania dowodzą, że aby terapia była skuteczna, suplementacja powinna być stosowana przez minimum dwa kolejne cykle menstruacyjne. Należy zachować szczególną ostrożność podczas stosowania suplementów, ponieważ ich wysokie stężenia u niektórych osób mogą wykazywać działanie toksyczne, a szczególnie hepatotoksyczne.[11]

Podsumowanie/ Summary

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że zespół napięcia przedmiesiączkowego oraz przedmiesiączkowe zaburzenia dystroficzne stanowią realny problem obniżający jakość życia i mający negatywny wpływ na relacje rodzinne i społeczne oraz zwiększający absencję w pracy. Problem ten nie powinien być bagatelizowany zarówno przez cierpiące na niego kobiety, jak i ich otoczenie, a w szczególności środowisko medyczne. Dzięki większej ilości przeprowadzonych badań naukowych i nowszym danym oraz większej ilości faktów niż teorii

istnieje realna szansa na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych i zwiększenia zrozumienia dla kobiet dotkniętych tym problemem. Wzrost świadomości społecznej oraz zainteresowania przez lekarzy pierwszego kontaktu, ginekologów, psychiatrów i innych specjalistów umożliwi szybszą diagnostykę (m.in. dzięki zwalidowanym kwestionariuszom: DRSP, PSST) i wdrożenie skutecznej terapii, a tym samym zminimalizuje negatywne skutki społeczne.

Lista piśmiennictwa/ References

1. Zgliczyński W, Bińkowska M. Wielka Interna Endokrynologia cz.II.Zespół napięcia przedmiesiączkowego[Great Internal Endocrinology part II.Premenstrual syndrome](577-580)Warszawa 2011
2. Skałba P, Endokrynologia ginekologiczna. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. [Gynecological endocrinology. Premenstrual syndrome](142-143) Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. 1989.6.7.1
3. Stachowicz E, Zespół napięcia przedmiesiączkowego. Przyczyny, przebieg leczenie. [PMS, premenstrual syndrome. Causes, course of treatment]. Kociewskie Centrum Zdrowia w Starogardzie Gdańskim .
4. Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Syty K, Łepecka-Klusek C, Jakiel G. Zespół napięcia przedmiesiączkowego., Przegląd Menopauzalny 2009;[Premenstrual Syndrome., Menopausal Review 2009] 6: 339-343
5. Krawczyk W, Rudnicka-Drożak E. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. [Premenstrual syndrome] Samodzielna Pracownia Medycyny Katastrof, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
- 6.. Luzina NL 1 , Bakuleva LP 1. Etiologia, patogenez a i leczenie algomenorrhea. [Etiology, pathogenesis and treatment of algomenorrhea] <https://kazanmedjournal.ru/kazanmedj/article/view/97293> Centralny Order Lenina Instytutu Zaawansowanego Kształcenia Lekarzy, tom 69, nr 3 (1988),211-21
7. Payam Sharifan, Ali Jafarzadeh Esfehani, Amira Zamiriego, Mansoureh Sadat Ekhteraee Toosi, Fatemeh Najar Sedgh Doust, Niloufar Taghizadeh, Maryam Mohammadi-Bajgiran, Hamideh Ghazizadeh, Fatemeh Khorram Rouz, Gordona Fernsa, Majida Ghayour-Mobarhana

Czynniki związane z nasileniem objawów napięcia przedmiesiączkowego u kobiet z otyłością centralną: badanie przekrojowe [Factors associated with the severity of premenstrual symptoms in women with central obesity: a cross-sectional study] *J Health Popul Nutr.* 2023 14 lutego;42(1):9.

8. Vy Dinh Trieu Ngo, Linh Phuong Bui, Long Bao Hoang, Thi Tra Tran, Huy Vu Quoc Nguyen, Linh Manh Tran, Tung Thanh Pham. Czynniki związane z zespołem napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowym zaburzeniem dysforycznym wśród studentek medycyny: badanie przekrojowe [Factors associated with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among female medical students: a cross-sectional study] *PLoS Jeden* 18(1): 10.1371/journal.pone.0278702.

9. MacDonald PC, Dombroski RA, Casey ML. Nawracające wydzielanie progesteronu w dużych ilościach: zaburzenie endokrynologiczne/metaboliczne charakterystyczne dla młodych kobiet [Recurrent secretion of progesterone in large amounts: an endocrine/metabolic disorder unique to young women *Endocrine Rev*] 1991; 12: 372-401.

10. Dickerson L.M, Mazyck P.J, Hunter M.H, Zespół napięcia przedmiesiączkowego. [Premenstrual syndrome]

11. Pilińska A, Przestrzelska M. Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dystroficzne [Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder] Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Położnictwa, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

12. Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. Kryteria diagnostyczne przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego (PMDD) [Diagnostic Criteria for Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)] South Dartmouth (MA): MDText.com.

13. O'Brien PMS, Backstrom T, Brown C, et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMD Montreal consensus. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14(1): 13–21.

14. Kadian S, O'Brien S. Classification of premenstrual disorders as proposed by the International Society for Premenstrual Disorders. *Menopause Int* 2012; 18(2): 43–47.

15. Rapkin AJ, Kuo J. Neurotransmitter physiology: the basics for understanding premenstrual syndrome. In: O'Brien PMS, Rapkin A, Schmidt P, eds. *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD*. London: Informa Healthcare; 2007: 69–82
16. *Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment* SARAH M. APPLETON, MD University of Colorado, Denver, Colorado, Appleton SM. *Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment*. *Clin Obstet Gynecol*. 2018 Mar;61(1):52-61.
17. Ryu, A. i Kim, T.-H. (2015). Zespół napięcia przedmiesiączkowego: mini przegląd.[Premenstrual syndrome: a mini review.] *Maturitas*, 82 (4), 436–440. (2015)