SVEIKATOS MOKSLAI /
HEALTH SCIENCES IN EASTERN EUROPE
ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online
2026, 36 tomas, Nr.7, p. 187-192
DOI: https://doi.org/10.35988/sm-hs.2026.318

PRIEŠMENSTRUACINIS DISFORINIS SINDROMAS: EPIDEMIOLOGIJA, PATOFIZIOLOGIJA IR GYDYMO GALIMYBĖS

Milda Černytė[1], Evelina Podvorskytė[2], Austėja Voiniušytė[2]
[1]Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas,
[2]Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos institutas, Psichiatrijos klinika

Raktažodžiai: priešmenstruacinis disforinis sindromas, PMDS, alopregnanolonas, SSRI, moterų psichikos sveikata.

Santrauka

Priešmenstruacinis disforinis sindromas (PMDS) - tai cikliškai pasireiškianti sunki afektinė būklė, kuri reikšmingai trikdo moters psichoemocinį ir socialinį funkcionavimą. PMDS paplitimas siekia maždaug 3–8 % reprodukcinio amžiaus moterų, tačiau dažnai šis sindromas išlieka nediagnozuotas.

Tikslas. Apžvelgti naujausius duomenis apie PMDS, sutrikimo epidemiologiją, patofiziologinius mechanizmus, klinikinę reikšmę, diagnostikos principus ir gydymo galimybes.

Tyrimo metodai. Atlikta nesisteminė mokslinės literatūros apžvalga PubMed (MEDLINE) ir ScienceDirect (Elsevier) elektroninėse duomenų bazėse, naudojant raktažodžius ir jų junginius. Nesisteminę literatūros apžvalgą sudarė publikacijos anglų kalba, ne senesnės nei 5 metų. Atrinkta 20 straipsnių.

Rezultatai. PMDS paplitimas siekia apie 3,2 % perspektyviai patvirtintų atvejų ir apie 7,7 % retrospektyviai vertintų moterų. Pabrėžiama perspektyvinės diagnostikos reikšmė. Sindromas pasireiškia cikliškai atsirandančiais afektiniais simptomais liuteininėje fazėje ir yra siejamas su padidėjusiu centrinės nervų sistemos jautrumu hormonų svyravimams, ypač alopregnanolono poveikiui GABA-A receptoriams. PMDS susijęs su psichoemocinės gerovės prastėjimu, reikšmingu funkcinio pajėgumo sumažėjimu, padidėjusia savižudiško elgesio rizika bei komorbidiškumu su depresiniais ir nerimo sutrikimais bei bipoliniu sutrikimu. Pirmojo pasirinkimo gydymas – SSRI bei kombinuoti geriamieji kontraceptikai. Dėl greito SSRI poveikio galimas palaikomasis vaistų vartojimas pagal menstruacijų ciklą. Papildomai taikoma psichoterapija ir gyvensenos korekcija.

Išvados. PMDS yra neurobiologiškai pagrįstas, cikliškai pasireiškiantis afektinis sindromas, susijęs su pakitusiu jautrumu hormonų svyravimams ir reikšminga psichosocialine našta. Svarbus ankstyvas simptomų atpažinimas ir perspektyvinis jų vertinimas kelių menstruacinių ciklų laikotarpiu. Reikalingas tarpdisciplininis vertinimas bei individualus gydymas.

Įvadas

Priešmenstruaciniai sutrikimai yra dažni reprodukcinio amžiaus moterų sveikatos sutrikimai, galintys reikšmingai paveikti moterų psichoemocinę savijautą ir kasdienį funkcionavimą. Šiems sutrikimams būdingi cikliškai pasireiškiantys somatiniai ar emociniai simptomai, atsirandantys menstruacinio ciklo liuteininėje fazėje bei išnykstantys prasidėjus menstruacijoms. Nors lengvesni priešmenstruaciniai simptomai pasireiškia daugumai reprodukcinio amžiaus moterų ir dažniausiai reikšmingai kasdienės veiklos netrikdo, egzistuoja sunki šių sutrikimų forma – priešmenstruacinis disforinis sindromas (PMDS). Šiam sindromui būdingi ryškūs afektiniai simptomai ir sutrikęs psichosocialinis funkcionavimas priešmenstruaciniu laikotarpiu, todėl PMDS laikomas kliniškai reikšminga ir apibrėžta patologija [1]. Pagal DSM-5 kriterijus PMDS yra diagnozuojamas, kai pasireiškia bent penki simptomai paskutinę savaitę prieš menstruacijas, iš kurių bent vienas turi būti ryškus afektinis simptomas. Taip pat gali pasireikšti energijos stoka, miego ir apetito pokyčiai bei kiti somatiniai simptomai. Diagnozė turi būti patvirtinta simptomų sekimu mažiausiai du ciklus [2]. Epidemiologiniai duomenys rodo, kad PMDS paplitimas siekia 3–8 % reprodukcinio amžiaus moterų, tačiau šie vertinimai labai skiriasi dėl taikytų skirtingų nestandartizuotų diagnostinių metodų [2]. PMDS išlieka diskutuotina diagnoze su ne iki galo aiškia patofiziologija [3, 4]. Tyrimai rodo, kad PMDS nėra susijęs su patologiniais lytinių hormonų koncentracijos pokyčiais, tačiau yra susijęs su pakitusiu centrinės nervų sistemos (CNS) jautrumu normaliems hormonų svyravimams menstruacinio ciklo metu [5]. Kliniškai PMDS svarba ryš-

Adresas susirašinėti: Kamilė Radzevičiūtė, el. p. kamilradzeviit05@gmail.com

kėja atsižvelgus į nustatytą padidėjusią savižudiško elgesio riziką moterims, turinčioms šį sutrikimą, bei komorbidumą su kitomis ligomis [6]. PMDS yra susijęs su reikšmingu gyvenimo kokybės pablogėjimu, sutrikusiu psichosocialiniu funkcionavimu ir neigiamu poveikiu asmeniniams santykiams. Nepaisant to, klinikinėje praktikoje šis sindromas dažnai išlieka neatpažintas arba klaidingai diagnozuojamas.

Tyrimo tikslas - apžvelgti naujausius mokslinius duomenis apie PMDS, jo epidemiologiją, diagnostiką, diferencinę diagnostiką, patofiziologinius mechanizmus, psichosocialinius aspektus ir gydymo galimybes.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Atlikta nesisteminė mokslinės literatūros apžvalga. Mokslinės publikacijos buvo ieškomos PubMed (MEDLINE) ir ScienceDirect (Elsevier) elektroninėse duomenų bazėse. Literatūros paieškai naudoti raktažodžiai ir jų junginiai anglų kalba: premenstrual dysphoric disorder, premenstrual syndrome, female mental health, hormones, allopregnanolone, SSRI. Į literatūros apžvalgą buvo įtraukti anglų kalba publikuoti moksliniai straipsniai, paskelbti per pastaruosius penkerius metus, kuriuose nagrinėjama PMDS epidemiologija, patofiziologija, klinikinė reikšmė ar gydymo galimybės. Galutinai į literatūros apžvalgą įtraukta 20 mokslinių publikacijų, atitikusių nustatytus atrankos kriterijus. Į analizę įtrauktos sisteminės apžvalgos, metaanalizės ir naratyvinės literatūros apžvalgos, nagrinėjančios PMDS biologinius mechanizmus, diagnostiką, klinikinius aspektus ir gydymo galimybes.

Rezultatai

Epidemiologija ir diagnostiniai kriterijai. Epidemiologiniai duomenys rodo, kad PMDS paplitimas reikšmingai priklauso nuo taikytų diagnostinių metodų. Atlikto tyrimo duomenys nurodo, kad perspektyviai nustatyto PMDS paplitimas siekia apie 3,2 %, o diagnozė, patvirtinta remiantis retrospektyviniais ar preliminariais vertinimais, nustatoma iki 7,7 % moterų [2]. PMDS apibrėžiamas kaip ciklišKai, liuteininėje fazėje pasireiškiantis simptomų kompleksas, kuriame dominuoja afektiniai simptomai, išnykstantys prasidėjus menstruacijoms [1]. Pagal DSM-5 kriterijus PMDS diagnozuojamas, kai paskutinę savaitę prieš menstruacijas pasireiškia bent penki simptomai, iš kurių bent vienas turi būti ryškus afektinis simptomas: emocinis labilumas, dirglumas ar pyktis, depresinė nuotaika ar stiprus nerimas [1]. Esminis kriterijus yra aiškus ciklišKumas: simptomai turi atsirasti liuteininėje fazėje ir išnykti prasidėjus menstruacijoms. Klinikinėje praktikoje sindromui diagnozuoti rekomenduojama perspektyviai vertinti mažiausiai dviejų ciklų simptomus. PMDS diagnostika klinikinėje praktikoje išlieka sudėtinga dėl simptomų sutapimo su kitais afektiniais sutrikimais ir objektyvių biologinių žymenų stokos. Tyrimai nurodo, jog retrospektyviai save vertinančios pacientės gali pervertinti simptomų intensyvumą ir dažnį [2]. Antra, PMDS simptomai gali sutapti su depresiniais ar nerimo sutrikimais, o tai sunkina diferencinę diagnostiką, ypač kai baziniai afektiniai simptomai išlieka tarp ciklų [1]. Ypač aktuali ir sudėtinga išlieka diferencinė diagnostika su bipoliniu sutrikimu ir depresija, kai afektiniai simptomai gali sustiprėti prieš menstruacijas, bet jie nepasireiškia išimtinai ciklišKai [7]. Dėl diferencinės diagnostikos būtina vertinti bazinį simptomų pasireiškimą kitose ciklo fazėse. Trečia, nėra specifinių biologinių žymenų, kurie galėtų objektyviai patvirtinti diagnozę, todėl ji išlieka klinikinė ir remiasi simptomų pasireiškimu dinamikoje [8].

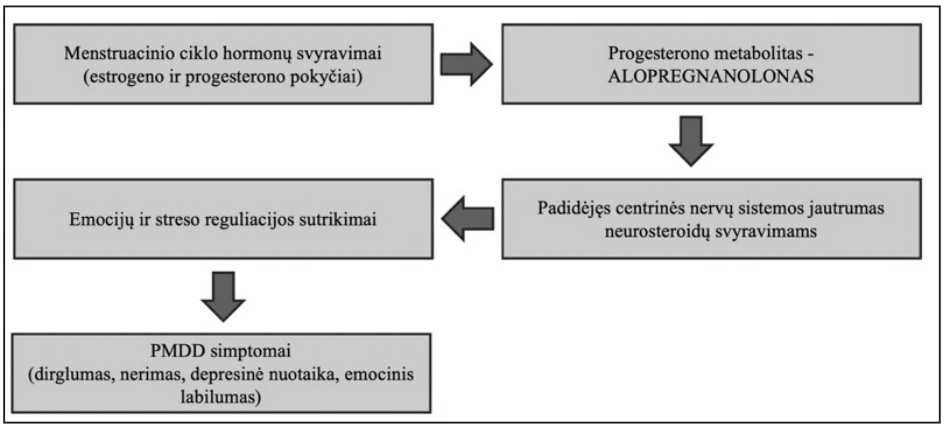
Normalaus menstruacinio ciklo metu pasireiškia emociniai svyravimai, kurie nėra patologiški, todėl PMDS diagnostinis validumas išlieka diskusijų objektu. Literatūroje pabrėžiama, kad egzistuoja svari rizika patologizuoti fiziologinius hormoninius pokyčius, ypač jei diagnozė nustatoma remiantis subjektyviu savęs vertinimu [3]. Tyrimuose kvestionuojama, ar visais atvejais riba tarp normalių ciklinių nuotaikos variacijų ir klinikinio sutrikimo yra pakankamai pagrįsta.

Neurobiologiniai mechanizmai. PMDS patofiziologija yra grindžiama hipoteze, kad sindromas yra susijęs su padidėjusiu jautrumu normaliems menstruacinio ciklo hormonų svyravimams, o ne su patologiniu lytinių hormonų kiekiu [8] (1 pav.). Tyrimai rodo, kad moterų, sergančių PMDS, periferinių hormonų lygiai reikšmingai nesiskiria nuo kontrolinės grupės, tačiau jų neurobiologinis atsakas į hormonų svyravimus yra pakitęs [9, 10]. Didelis dėmesys literatūroje skiriamas progesterono metabolitui neuroaktyviam steroidui alopregnanolonui, kuris yra stiprus teigiamas alosterinis GABA-A receptoriaus moduliatorius ir moduliuoja inhibitorinę neurotransmisiją. GABA (gama-aminosviesto rūgštis) yra vienas pagrindinių inhibitorinių neuromediatorių CNS, atsakingų už nerimo ir streso reguliaciją [9]. Sveikiems asmenims padidėjusi alopregnanolono koncentracija paprastai stiprina GABA slopinimą ir pasižymi anksiolitiniu poveikiu [8, 9]. Keliama hipotezė, jog liuteininėje fazėje vyksta alopregnanolono koncentracijos pokyčiai, kurie gali sukelti paradoksinę GABAerginės sistemos reakciją [9, 10]. Moterims, sergančioms PMDS, nustatomas pakitęs jautrumas alopregnanolonui, todėl vietoje raminamojo poveikio, pasireiškia nerimas, afektiniai simptomai ir dirglumas. Literatūroje dažnai aprašomas „apverstos U formos“ paradoksas, nurodantis, kad vidutiniai alopregnanolono lygiai gali būti susiję su ryškiausiais simptomais, tuo tarpu labai žemi ar aukšti lygiai simptomų, atvirkščiai, nesukelia [8, 9, 11].

Manoma, kad šis jautrumas gali būti susijęs su sutrikusia GABA-A receptorių adaptacija prie ciklinių neurosteroidų svyravimų. Įprastomis sąlygomis GABA-A receptorių sudėtis ir jautrumas kinta priklausomai nuo ciklo fazės ir taip užtikrina stabilų emocinį atsaką į hormoninius pokyčius. Sergančioms PMDS šis mechanizmas gali veikti nepakankamai [11]. Atlikti genetiniai tyrimai taip pat nurodo GABAerginės sistemos svarbą PMDS patogenezėje: jų metu buvo nustatyta sąsaja tarp PMDS ir GABRB2 geno variacijų, kuris koduoja vieną iš GABA-A receptoriaus subvienetų [8]. Šią hipotezę taip pat papildo farmakologiniai duomenys ir vaistai, kurie veikia GABA transmisiją ar blokuoja alopregnanolono gamybą, ir rodo efektą gydant PMDS simptomus [9, 12].

Reikšmingas aspektas tiriant PMDS yra serotonerginė neurotransmisija, įskaitant selektyvių serotonino reabsorbcijos inhibitorių (SSRI) veiksmingumą reguliuojant liuteininėje fazėje atsirandančius simptomus [13]. Skirtingai nei gydant didįjį depresinį sutrikimą, PMDS atvejais SSRI poveikis pasireiškia per kelias dienas, o ne kelias savaites [13]. Manoma, kad SSRI didina alopregnanolono koncentraciją smegenyse [8]. Šie procesai įvyksta daug greičiau nei serotonino receptorių tankio pokyčiai gydant depresiją [5, 10]. SSRI veikimas stabilizuojant GABAerginę sistemą paaiškina, kodėl PMDS simptomai gali palengvėti greitai.

Klinikinė svarba ir komorbidiškumas. PMDS yra kliniškai reikšmingas sindromas dėl kasdienio funkcionavimo pablogėjimo moterims, o epidemiologiniai duomenys nurodo, jog šis sindromas gali būti susijęs su ilgalaikiu gyvenimo kokybės blogėjimu ir psichoemocine našta, prilygstančia sunkiems afektiniams sutrikimams [9]. Sisteminėje apžvalgoje (10 tyrimų, n = 10 951) nustatyta statistiškai reikšminga asociacija tarp PMDS ir savižudiškų minčių, planavimo ir bandymų nusižudyti [6]. Nustatyta reikšminga koreliacija: moterys, turinčios šį sutrikimą, septynis kartus dažniau linkusios žudytis ir keturis kartus dažniau patiria savižudiškų minčių, palyginti su moterimis, neturinčiomis priešmenstruacinių sutrikimų [6, 14]. PMDS taip pat yra reikšmingai susijęs su sumažėjusiu produktyvumu, dažnesniu mokslų ar darbo praleidimu ir dažnesniu sveikatos priežiūros paslaugų naudojimu [15]. PMDS pasižymi komorbidiškumu su nuotaikos ir nerimo sutrikimais [14]. Tai ypač komplikuoja ligų diagnostiką ir tinkamo gydymo parinkimą. Dažniausia gretutinė psichiatrinė liga moterims, sergančioms PMDS, yra didysis depresinis sutrikimas, taip pat dažnai nustatomas generalizuotas nerimo sutrikimas ir socialinė fobija [7, 14]. Ypač svarbi PMDS sąsaja literatūroje nurodoma su bipoliniu afektiniu sutrikimu. Moterims, sergančioms PMDS, nustatoma reikšmingai padidėjusi bipolinio sutrikimo rizika, o esant abiem sutrikimams ligos eiga dažnai būna sudėtingesnė: stebima ankstesnė jos pradžia, dažnesni afektiniai epizodai, o 45-68 % moterų, sergančių bipoliniu afektiniu sutrikimu, nurodo simptomų pablogėjimą prieš menstruacijas [7]. Klinikinėje praktikoje būtina ypač kruopšti diferencinė diagnostika, o klinicistams siūloma tiriant reprodukcinio amžiaus moteris naudoti specializuotus klausimynus (pvz., MAC-PMSS) [7]. Naujuose tyrimuose nurodoma, kad reikšminga dalis moterų, sergančių dėmesio ir hiperaktyvumo sutrikimu, taip pat atitinka PMDS kriterijus [4]. Taip pat PMDS siejamas su potrauminiu streso sutrikimu (PTSS) ar vaikystėje įvykusiais trauminiais įvykiais [7]. Sunkių priešmenstruacinių simptomų ar PMDS atvejais nustatomas didesnis nikotino ir alkoholio vartojimas. Manoma, jog tai susiję su bandymu savarankiškai reguliuoti staiga atsirandančius afektinius simptomus [7, 9]. PMDS dažnai siejamas su seksualinės funkcijos sutrikimais, ypač sumažėjusiu libido, seksualiniu distresu ir net dispareunija [4, 5]. Svarbu paminėti, kad, be psichoemocinių simptomų, fiziniai priešmenstruaciniai simptomai (krūtų jautrumas, pilvo pūtimas) gali tiesiogiai mažinti seksualinį potraukį ir susijaudinimą [5]. Nustatyta, kad moterims, sergančioms PMDS, yra didesnė pogimdyminės depresijos rizika bei aprašomi ryškesni emociniai sunkumai nėštumo ir perimenopauzės metu. Tokie tyrimai leidžia daryti prielaidą, jog padidėjęs jautrumas lytinių hormonų svyravimams gali išlikti viso reprodukcinio gyvenimo metu [4, 12]. PMDS gali pasireikšti kartu su somatiniais sutrikimais, pavyz-



1 pav. PMDS patofiziologijos schema

džiui, migrena, lėtinio nuovargio sindromu, fibromialgija ir epilepsija, kai traukuliai dažniau pasireiškia priešmenstruaciniu laikotarpiu [16]. Taip pat PMDS yra siejamas su prastesne miego kokybe ir galimais biologinių ritmų sutrikimais bei lėtiniu uždegimu [9, 14].

PMDS pasireiškimas paauglystėje. Tyrimai rodo, kad PMDS neretai prasideda ankstyvoje paauglystėje, netrukus po menarchės, tačiau dažniausiai nustatomas tik trečiame ar ketvirtame dešimtmetyje [5, 17]. Viename iš tyrimų nustatyta, kad vidutinis klinikinis PMDS diagnozės nustatymo amžius buvo 35 metai, o simptomų pradžia - vidutiniškai 15 metų [5]. Tiriant mokyklinio amžiaus paauglius, PMDS paplitimas siekė 4,8 % [18]. Depresijos ir nerimo paplitimas tarp paauglių berniukų ir mergaičių, nesergančių PMDS, yra panašus, tačiau mergaitėms, kurioms buvo nustatytas PMDS, nustatyta reikšminga, 3-5 kartus didesnė šių sutrikimų tikimybė [17]. Paauglės, sergančios PMDS, taip pat pasižymi didele savižudybės rizika. Viename tyrime 18 % tiriamųjų nurodė savižudiškas mintis, o kitas tyrimas parodė, jog savižudybės rizika mergaičių, sergančių PMDS, yra apie 8 kartus didesnė [6, 17]. Taip pat PMDS trikdo jaunų merginų mokymąsi ir jų asmeninius santykius. Japonijoje atliktame tyrime viena iš devynių moksleivių nurodė, kad praleido pamokas dėl priešmenstruacinių simptomų [19]. Kitame tyrime 32,7 % moksleivių nurodė patiriančios sunkumus prieš menstruacijas, dažniausiai dėmesio koncentracijos stoką (39 %), dirglumą bendraklasių ar mokytojų atžvilgiu (23 %) ir negalėjimą dalyvauti užklasinėje veikloje (21 %) [18].

Gydymo galimybės. Pirmojo pasirinkimo farmakologinis gydymas yra SSRI grupės antidepresantai, ypač sertralinas, fluoksetinas, paroksetinas ir escitalopramas [9, 12]. Dėl greito veikimo gydant PMDS šie vaistai gali būti skiriami tik liuteininėje fazėje [1, 20]. Pacientėms, kurios serga bipoliniu afektiniu sutrikimu, SSRI gali didinti manijos riziką, todėl rekomenduojama pirmiausia stabilizuoti bipolinį sutrikimą ir PMDS simptomus vertinti atskirai bei, jei įmanoma, rinktis kitas gydymo strategijas [7]. Kitas dažnas medikamentinis gydymas - kombinuoti geriamieji kontraceptikai, kurie slopina ovuliaciją ir mažina hormonų svyravimus [5, 9]. Preparatai, kurių sudėtyje yra drospirenono ir etinilestradiolio, turi patvirtintą veiksmingumą gydant PMDS [20]. Svarbu, jog vartojant kontraceptikus kai kurioms moterims gali pasireikšti nuotaikos pablogėjimas, be to, šis gydymas netinka moterims, kurios planuoja nėštumą [9]. Antrojo pasirinkimo vaistas - venlafaksinas, kaip alternatyva, kai gydymas SSRI neveiksmingas [20]. Taip pat literatūroje aprašomas galimas gydymas 5-alfa reduktazės inhibitoriais, pavyzdžiui, dutasteridu, kuris blokuoja progesterono virtimą alopregnanolonu [1, 20]. Galimas gydymas ir GnRH agonistais arba selektyviais progesterono receptorių moduliatoriais [10, 20]. Svarbu atsižvelgti ir į nemedikamentinį gydymą, kuris dažnu atveju gali būti efektyvus ir rekomenduojamas esant lengvesniems simptomams ar kaip papildomas gydymas sunkesniais atvejais. Kognityvinė elgesio terapija gali reikšmingai sumažinti priešmenstruacinį distresą ir pagerinti emocijų reguliaciją [1]. Reguliarus fizinis aktyvumas, didesnis angliavandenių vartojimas liuteininėje fazėje bei tam tikri maisto papildai (kalcis, magnis, vitaminas B6) gali prisidėti prie simptomų palengvėjimo prieš menstruacijas [15, 20]. Šiuo metu atliekami tyrimai su sepranolonu, GABA-A receptorius moduliuojančiu antagonistu, kuris gali slopinti paradoksalų alopregnanolono poveikį [9].

Diskusija

Ši literatūros apžvalga parodė, kad priešmenstruacinis disforinis sindromas yra kliniškai reikšminga, tačiau diagnostiškai ir patofiziologiškai kompleksiška būklė. Analizuoti šaltiniai rodo, kad PMDS paplitimo skirtumai tarp tiriamųjų susiję ne tiek su tiriamų populiacijų ypatumais, kiek su nevienodais diagnostiniais metodais. Epidemiologiniai skirtumai atskleidžia diagnostinės metodologijos reikšmę paplitimo rodikliams ir nurodo diagnostinį problemiškumą apklausiant moteris skirtingu menstruacinio ciklo metu. Tai pabrėžia perspektyvinio simptomų sekimo svarbą. Nepaisant oficialaus šio sindromo įtraukimo į tarptautines diagnostines klasifikacijas, PMDS išlieka klinikiniu iššūkiu. Literatūroje šis sindromas sulaukia kritikos dėl galimo normalių ciklinių nuotaikos svyravimų patologizavimo, tačiau atliktos validumo analizės rodo, kad PMDS atitinka daugumą psichiatrinės diagnozės kriterijų, įskaitant specifinį simptomų modelį ir atsaką į gydymą. Apžvelgti duomenys leidžia manyti, kad svarbiausi PMDS patofiziologiniai mechanizmai yra susiję su pakitusiu CNS jautrumu normaliems hormonų svyravimams menstruacinio ciklo metu. Ypatingas dėmesys literatūroje skiriamas alopregnanolono poveikiui GABA-A receptoriams bei serotonerginei sistemai, kurių svarbą netiesiogiai pagrindžia SSRI efektyvumas gydant šį sutrikimą. Greitas klinikinis atsakas į SSRI grupės vaistus ir galimybė juos skirti tik liuteininėje fazėje išskiria PMDS iš kitų afektinių sutrikimų ir nurodo išskirtinį šio sutrikimo neurobiologinį mechanizmą. Vis dėlto nauji gydymo būdai ir neurobiologiniai mechanizmai vis dar yra tiriami, todėl PMDS patofiziologija nėra galutinai apibrėžta. Literatūroje taip pat nuosekliai pabrėžiama, kad PMDS yra susijęs su reikšmingu kasdienio funkcionavimo pablogėjimu bei dažnu persidengimu su kitais psichikos sutrikimais. Dėl šios priežasties klinikinėje praktikoje svarbu vertinti ne tik simptomų pobūdį, bet ir jų ciklišką.

Šio darbo privalumas yra naujausių publikacijų analizė, apimanti epidemiologinius, neurobiologinius ir klinikinius

PMDS aspektus. Tačiau apžvalga turi ir tam tikrų trūkumų. Atlikta nesisteminė literatūros apžvalga, o įtraukti tyrimai pasižymi metodologiniu nevienalytiškumu, ypač vertinant diagnostikos kriterijus, todėl gauti rezultatai turėtų būti vertinami atsargiai. Ateityje reikalingi didesnės apimties, perspektyvūs ir standartizuoti tyrimai, kurie padėtų geriau suprasti PMDS epidemiologiją ir patofiziologiją bei optimizuoti šio sutrikimo gydymo strategijas.

Išvados

1. Priešmenstruacinis disforinis sindromas yra kliniškai reikšminga būklė, sukelianti sunkius afektinius simptomus liuteininėje fazėje.

2. PMDS patofiziologija siejama su pakitusiu CNS atsaku į menstruacinio ciklo hormonų svyravimus, ypač su neurosteroido alopregnanolono poveikiu.

3. Klinikinė svarba yra itin reikšminga, nes sindromas yra siejamas su ryškiu kasdienio funkcionavimo blogėjimu bei padidėjusia savižudybės rizika. Dėl didelio komorbidiškumo, ypač su depresija, bipoliniu afektiniu sutrikimu ir generalizuotu nerimo sutrikimu, svarbus cikliškas simptomų vertinimas perspektyviai.

4. Pirmojo pasirinkimo gydymas - SSRI ir kombinuotieji geriamieji kontraceptikai. Dėl greito SSRI poveikio galimas protarpinis vaistų vartojimas pagal menstruacijų ciklą.

5. Atsižvelgiant į klinikinę ir socialinę reikšmę, būtinas dažnesnis ankstyvas simptomų atpažinimas ir klinikoje naudojamas perspektyvus simptomų vertinimas. Svarbu, kad tiek gydytojai ginekologai, tiek gydytojai psichiatrai aktyviau vertintų reprodukcinio amžiaus moterims cikliškai pasireiškiančius afektinius simptomus, dažniau apsvarstytų galimą PMDS bei taikytų tarpdalykinį, bendradarbiavimu grįstą gydymo modelį.

Literatūra

1. Cary E, Simpson P. Premenstrual disorders and PMDD - a review. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2024;381:101858.

https://doi.org/10.1016/j.beem.2023.101858

2. Reilly TJ, Patel S, Unachukwu IC, Knox CL, Wilson CA, Craig MC, et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2024;349:534-40.

https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.066

3. Schroll JB, Lauritsen MP. Premenstrual dysphoric disorder: A controversial new diagnosis. Acta Obstet Gynecol Scand 2022;101(5):482-3.

https://doi.org/10.1111/aogs.14360

4. Naik SS, Nidhi Y, Kumar K, Grover S. Diagnostic validity of premenstrual dysphoric disorder: revisited. Front Glob Womens Health 2023;4:1181583.

https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1181583

5. Gollapudi M, Thomas A, Yogarajah A, Ospina D, Daher JC, Rahman A, et al. Understanding the Interplay Between Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) and Female Sexual Dysfunction (FSD). Cureus 2024.

https://doi.org/10.7759/cureus.62788

6. Osborn E, Brooks J, O'Brien PMS, Wittkowski A. Suicidality in women with Premenstrual Dysphoric Disorder: a systematic literature review. Arch Womens Ment Health 2021;24(2):173-84.

https://doi.org/10.1007/s00737-020-01054-8

7. Slyepchenko A, Minuzzi L, Frey BN. Comorbid Premenstrual Dysphoric Disorder and Bipolar Disorder: A Review. Front Psychiatry 2021;12:719241.

https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.719241

8. Hantsoo L, Payne JL. Towards understanding the biology of premenstrual dysphoric disorder: From genes to GABA. Neurosci Biobehav Rev 2023;149:105168.

https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105168

9. Tiranini L, Nappi RE. Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. Fac Rev 2022;11.

https://doi.org/10.12703/r/11-11

10. Sundström-Poromaa I, Comasco E. New Pharmacological Approaches to the Management of Premenstrual Dysphoric Disorder. CNS Drugs 2023;37(5):371-9.

https://doi.org/10.1007/s40263-023-01004-9

11. Hantsoo L, Epperson CN. Allopregnanolone in premenstrual dysphoric disorder (PMDD): Evidence for dysregulated sensitivity to GABA-A receptor modulating neuroactive steroids across the menstrual cycle. Neurobiol Stress 2020;12:100213.

https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100213

12. Naguy A, El-Sheshai A, Thiguti SH, Alamiri B. Psychopharmacotherapy of Premenstrual Dysphoric Disorder-New Vistas. Psychopharmacol Bull 2022;52(3):81-83.

https://doi.org/10.64719/pb.4447

13. Jespersen C, Lauritsen MP, Frokjaer VG, Schroll JB. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, editor. Cochrane Database Syst Rev 2024;2024(8).

https://doi.org/10.1002/14651858.CD001396.pub4

14. Nexha A, Caropreso L, De Azevedo Cardoso T, Suh JS, Tonon AC, Frey BN. Biological rhythms in premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. BMC Womens Health 2024;24(1):551.

https://doi.org/10.1186/s12905-024-03395-3

15. Liguori F, Saraiello E, Calella P. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. Medicina (Mex) 2023;59(11):2044.

https://doi.org/10.3390/medicina59112044

16. Arora A, Chakraborty S, Pandey R. Understanding premenstrual dysphoric disorder from a psychosomatic and a sensory perspective. Front Glob Womens Health 2025;6:1595083.
https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1595083
17. Li Y, Jiang J, Halldorsdottir T, Zhu H, Bertone-Johnson E, Valdimarsdóttir UA, et al. Premenstrual disorders and gender differences in adolescent mental health. J Affect Disord 2023;340:930-7.
https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.009
18. Gupta M, Dua D, Kaur H, Grover S. Prevalence of premenstrual dysphoric disorder among school-going adolescent girls. Ind Psychiatry J 2019;28(2):198-202.
https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_79_19
19. Takeda T, Yoshimi K, Yamada K. Psychometric Testing of the Premenstrual Symptoms Questionnaire and the Association Between Perceived Injustice and Premenstrual Symptoms: A Cross-Sectional Study Among Japanese High School Students. Int J Womens Health 2020;12:755-63.
https://doi.org/10.2147/IJWH.S269392
20. Carlini SV, Lanza Di Scalea T, McNally ST, Lester J, Deligiannidis KM. Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review. Int J Womens Health 2022;14:1783-801.
https://doi.org/10.2147/IJWH.S297062

PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER: EPIDEMIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY, AND TREATMENT OPTIONS

M. Černytė, E. Podvorskytė, A. Voiniušytė

Keywords: premenstrual dysphoric disorder, PMDD, SSRIs, allopregnanolone, women‘s mental health.

Summary

Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) is a severe cyclic affective condition that significantly impairs a woman‘s psychoemotional and social functioning. The prevalence of PMDD is estimated at approximately 3-8% among women of reproductive age. However, the disorder is often underdiagnosed.

Objective. To review recent evidence on PMDD, including its epidemiology, pathophysiological mechanisms, clinical presentation, diagnostic principles, and treatment options.

Methods. A non-systematic literature review was conducted using the PubMed (Medline), and ScienceDirect (Elsevier) electronic databases, applying keywords and their combinations. The review included English-language publications published within the last five years. A total of 20 articles were selected.

Results. The prevalence of prospectively confirmed PMDD is approximately 3.2%, however retrospective assessments indicate rates up to 7.7%. This highlights the importance of prospective symptom monitoring. The disorder is characterized by cyclic affective symptoms emerging during the luteal phase. PMDD is associated with increased central nervous system sensitivity to hormonal fluctuations, particularly the effects of allopregnanolone. The disorder is linked to impaired psychoemotional well-being, functional decline, increased suicide risk, and frequent comorbidity with depressive, anxiety, and bipolar disorders. First-line treatment includes selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and combined oral contraceptives. Due to rapid onset of SSRI action in PMDD, intermittent dosing may be applied. Psychotherapy and lifestyle modifications may serve as additional treatment strategies.

Conclusions. PMDD is a neurobiologically based cyclic affective disorder associated with altered sensitivity to hormonal fluctuations and a substantial psychosocial burden. The disorder is linked to functional impairment and increased suicide risk. Early recognition, prospective symptom assessment, and a multidisciplinary, individualized treatment approach are essential for effective management.

Correspondence to: cernytemilda@gmail.com

Gauta 2026-03-16