

# Zaburzenia seksualne przebiegające z bólem: rozpoznania psychogenne i biologiczne

Sharon Butcher, MD, Frank W. Ling, MD

## Ocena potrzeb:

Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń seksualnych przebiegających z bólem jest tematem rzadko uwzględnianym w podyplomowym szkoleniu lekarzy rezydentów. Dlatego zaburzenia te niezbyt często są identyfikowane i leczone we właściwym czasie i w skuteczny sposób. Opracowanie systematycznej listy możliwych przyczyn zaburzeń seksualnych przebiegających z bólem może potencjalnie być bardzo korzystne dla praktykującego lekarza.

## Cele szkoleniowe:

- Wymienienie możliwych przyczyn dolegliwości bólowych występujących podczas aktywności seksualnej.
- Opisanie badania fizykalnego ukiepunkowanego na przyczyny bólu w obrębie miednicy o różnej lokalizacji anatomicznej.
- Wyjaśnienie znaczenia medycznych i chirurgicznych metod leczenia zaburzeń seksualnych przebiegających z bólem.

## Streszczenie

Zgodnie z wynikami badania *National Health and Social Life Survey* rozpowszechnienie dysfunkcji seksualnych u kobiet w USA wynosi 43%. Choć prawie połowa kobiet skarży się na dolegliwości dotyczące sfery seksualnej, zaledwie 18% lekarzy potwierdza rutynowe zbieranie wywiadu seksualnego. Problem ten komplikuje jeszcze bardziej to, że pacjenci z dysfunkcjami seksualnymi często nie są chętni do omawiania tego zagadnienia z lekarzem. Jako główny powód unikania rozmowy na temat dysfunkcji seksualnych wymieniają obawę przed tym, że lekarz będzie bagatelizował ich problemy, czuł się niekomfortowo, omawiając kwestie seksualne, albo że skuteczne metody leczenia będą niedostępne. W ciągu ostatniej dekady dokonał się duży postęp w wiedzy o dysfunkcjach seksualnych. Lekarze lepiej rozumieją psychologiczne i somatyczne mechanizmy przyczyniające się do różnego rodzaju zaburzeń seksualnych. Skuteczne leczenie farmakologiczne dysfunkcji seksualnych u mężczyzn stało się powszechnie dostępne. Trwają badania nad opracowaniem porównywalnych metod leczenia dla kobiet. Biorąc pod uwagę dynamiczny rozwój w tej dziedzinie, a także dużą liczbę dotkniętych dysfunkcjami seksualnymi pacjentów byłoby dobrze, aby lekarze dobrze znali mechanizmy odpowiedzialne za dysfunkcje seksualne, zasady ich rozpoznawania i możliwe do zastosowania metody leczenia.

## Wprowadzenie

Dysfunkcje seksualne charakteryzuje zaburzenie fizjologicznego cyklu reakcji seksualnej lub ból podczas stosunku. Są cztery grupy dysfunkcji seksualnych, zgodnie z podziałem zamieszczonym w DSM-IV.<sup>1</sup> W artykule dokonano dogłębnego przeglądu jednej z czterech grup dysfunkcji seksualnych wyróżnionych w DSM-IV, tzn. zaburzeń seksualnych przebiegających z bólem.

## Zaburzenia seksualne przebiegające z bólem

Sondażowe badanie populacyjne sugeruje, że ogólne rozpowszechnienie zaburzeń seksualnych przebiegających z bólem w ciągu całego życia wynosi między 17 a 19%.<sup>2</sup> Zaburzenia seksualne przebiegające z bólem,

zgodnie z definicją DSM-IV, dzieli się na pochwicę i dyspareunię (bolesność podczas stosunku).<sup>1</sup> Do istotnych czynników ryzyka tych zaburzeń należy okres perimenopauzalny, postmenopauzalny, lęk, depresja, napaść na tle seksualnym w wywiadzie i zapalenie narządów miednicy mniejszej (pelvic inflammatory disease, PID).

Ból może być zjawiskiem fizjologicznym w cyklu odpowiedzi seksualnej lub zjawiskiem patologicznym, wywołanym u kobiety podczas próby aktywności seksualnej. U zdrowej pacjentki uważa się, że oznaką pobudzenia jest nawilżenie pochwy, które zmniejsza dyskomfort podczas penetracji. Zakładając, że nie pojawia się wzbudzenie (tzn. nie dochodzi do nawilżenia pochwy, jak dzieje się to warunkach fizjologicznych wskutek przesiąkania płynów przez ścianę pochwy

Dr Butcher, chief resident, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Alabama, Birmingham.  
Dr Ling, clinical professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee, partner at Women's Health Specialists, PLLC, Germantown, Tennessee.

Autorzy nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: Sharon Butcher, MD, Chief Resident, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Alabama at Birmingham, 619 19th St S, Birmingham, AL 35259-7333, Stany Zjednoczone; e-mail: sbutcher@whsobgyn.com

wtórnie do jej przekrwienia), kobieta odczuwa bolesność podczas penetracji (dyspareunia) i uczucie suchości. W innym przypadku, nawet przy wystarczającym nawilżeniu, może występować schorzenie przebiegające z bólem, które prowadzi do bolesności podczas aktywności seksualnej przy próbie penetracji. Z czasem, jeżeli ból się utrzymuje, u kobiety dochodzi do zaniku pobudzenia (tzn. nie występuje zwilżenie, nawet przy wystarczającej stymulacji), ponieważ jej organizm uczy się, że stosunek jest doświadczeniem nieprzyjemnym. Leczenie zaburzeń seksualnych przebiegających z bólem wymaga uwzględnienia przyczyn biologicznych, jak również psychogennych.

## Pochwica

Pochwicę charakteryzują nawracające lub ciągle mimowolne skurcze mięśni obwodowych otaczających zewnętrzną jedną trzecią część pochwy. Skurcze te pojawiają się przy próbie penetracji dowolnym przedmiotem. Penetracja jest wskutek tego utrudniona lub niemożliwa. To zaburzenie normalnego funkcjonowania seksualnego kobiety jest przyczyną wyraźnego dyskomfortu lub trudności interpersonalnych. Nie tłumaczy go żadne inne zaburzenie I osi. Zaburzenie to nie jest również związane wyłącznie z bezpośrednimi psychologicznymi konsekwencjami schorzenia ogólnomedycznego.

Podczas badania kobiety, u której podejrzewa się pochwicę, należy zwrócić uwagę na to, czy zaburzenie ma charakter pierwotny czy wtórny, uogólniony czy sytuacyjny. Pochwica pierwotna jest związana ze stresorami psychospołecznymi, natomiast wtórna przeważnie wiąże się z uwarunkowaną reakcją na ból. Pochwica uogólniona występuje podczas każdego kontaktu seksualnego, natomiast sytuacyjna – tylko w określonych okolicznościach lub z konkretnym partnerem.

Pochwicę pierwotną leczy się z wykorzystaniem technik ukierunkowanych na pomoc w kontrolowaniu stanu rozluźnienia mięśni dna miednicy. Wykorzystywane formy aktywności obejmują ćwiczenia mięśnia łonowo-ogonowego, a także instruowanie pacjentek, aby ćwiczyły penetrację za pomocą rozszerzań o różnym rozmiarze. Techniki te uczą pacjentkę, że można w sposób dowolny kontrolować mięśnie pochwy, dzięki czemu stosunek płciowy staje się bezbolesny. Inne podejście terapeutyczne obejmuje terapię seksualną, hipnozę i wykorzystywanie leków, w tym benzodiazepin i botuliny. W leczeniu niestabilności ruchowej dna miednicy wykorzystywano także fizykoterapię i biofeedback.

Leczenie pochwy wtórnej jest podobne do terapii postaci pierwotnej. Wcześniejsze doświadczenia z udaną penetracją mogą sprzyjać szybszym sukcesom terapeutycznym.

## Dyspareunia (bolesność podczas stosunku)

Dyspareunia jest zaburzeniem, które charakteryzuje nawracający dyskomfort w okolicy narządów płciowych o niejasnej etiologii, który pojawia przed, w trakcie i po stosunku seksualnym. Zaburzenie to może dotyczyć mężczyzn lub kobiet. Jest źródłem znacznego dyskomfortu i trudności interpersonalnych. Dyspareunia nie może być powodowana wyłącznie przez skurcz mięśni pochwy lub brak wystarczającego nawilżenia, nie może wynikać z innego zaburzenia I osi oraz nie może być spowodowana wyłącznie bezpośrednimi fizjologicznymi następstwami stosowania leków lub substancji psychoaktywnych. Klinicznie rozróżnienie między dyspareunią a opisaną powyżej pochwicą często jest trudne. Trudności te wynikają z tego, że pochwica może rozwijać się wtórnie do dyspareunii, jak również z tego, że nawet mało nasilony skurcz mięśni pochwy powoduje znaczną bolesność podczas stosunku.

Podobnie, jak w przypadku pochwy, najważniejsze jest wyjaśnienie czy dyspareunia ma charakter pierwotny czy wtórny, uogólniony czy sytuacyjny. Pierwotna dyspareunia najczęściej jest związana z problemami psychospołecznymi lub nieprawidłowościami wrodzonymi, natomiast wtórna wynika przeważnie z nabytych przyczyn somatycznych. Lekarz powinien również określić, czy ból ma charakter powierzchowny, pojawia się podczas wprowadzania prącia i dotyczy przedsonka pochwy, czy jest zlokalizowany głęboko i pojawia się podczas penetracji. Zlokalizowanie bólu umożliwia zawężenie różnicowania do jakiejś części z ogromnej liczby możliwych przyczyn dyspareunii, które omówiono poniżej.

Dyspareunia może mieć wiele przyczyn. U kobiet powyżej 50 r.ż. najczęstszą przyczyną dysfunkcji seksualnych jest zanik pochwy i sromu. Natomiast u kobiet przed 50 r.ż. najczęstszą przyczyną dyspareunii jest bolesność przedsonka pochwy i sromu. Do innych częstych przyczyn dyspareunii pojawiającej się przy wprowadzaniu prącia należą: niewystarczające nawilżenie, zaburzenia anatomiczne wejścia do pochwy (np. zarośnięta błona dziewicza), zanik pochwy i sromu, zakażenia, zaburzenia dotyczące cewki moczowej (np. uchyłek cewki) i dystrofie sromu. Ból pojawiający się podczas głębokiej penetracji najczęściej jest związany z anatomicznym położeniem macicy, upośledzoną ruchomością narządów miednicy wskutek powstawania blizn w przebiegu endometriozy lub chorób zapalnych miednicy, zaburzeniami urologicznymi, np. zapaleniem pęcherza i śródmiąższowym zapaleniem pęcherza, zmianami patologicznymi dotyczącymi przydatków lub jelita.

## Bolesność sromu

Bolesność sromu jest zdefiniowana przez International Society of the Study of Vulvovaginal Disorders jako „przewlekły dyskomfort w obrębie sromu, któremu towarzyszą poczucie podrażnienia, palenia i pieczenia.”<sup>3</sup> Opisano dwa podtypy tego zaburzenia: sromowe zapalenie przedsonka pochwy (bolesność przedsonka pochwy) i pierwotną bolesność sromu z zaburzeniami czucia (uogólniona bolesność sromu).

Bolesność przedsonka pochwy charakteryzuje nasilony ból przy dotykaniu przedsonka pochwy lub przy próbie wejścia do pochwy. Dolegliwość ta jest wiązana z przebyłym sromowym zapaleniem przedsonka pochwy, jednak może pozostać bezobjawowa, dopóki nie dotyka się przedsonka pochwy. Może objawiać się również stałym pieczeniem. Objawy fizyczne są przeważnie ograniczone do zlokalizowanej tkliwości przedsonka pochwy pojawiającej się podczas dotykania patyczkiem higienicznym. Dolegliwości te występują najczęściej w okolicy ujścia przewodów gruczołów przedsonkowych mniejszych i większych. Czasem stwierdza się zaczerwienienie, przypisywane reakcji układu współczulnego. Bolesność przedsonka pochwy musi utrzymywać się przez co najmniej 3-6 miesięcy, aby można było rozpoznać to zaburzenie.

Rozpowszechnienie bolesności przedsonka pochwy wynosi w przybliżeniu 10-15% wśród kobiet zgłaszających się do ginekologa.<sup>4</sup> W przeprowadzonym w 2003 roku badaniu populacyjnym, które dotyczyło niewyjaśnionych dolegliwości bólowych sromu, stwierdzono, że 16% spośród 4900 kobiet opisywało objawy charakterystyczne dla bolesności przedsonka pochwy.<sup>5</sup> Badanie to wykazało również, że kobiety rasy kaukaskiej i czarnej relacjonują podobną częstość występowania bolesności sromu w ciągu całego życia. Co ciekawe, stwierdzono też, że kobiety pochodzenia latynoskiego o 80% częściej doświadczają przewlekłej bolesności sromu w porównaniu z kobietami rasy kaukaskiej i czarnej.

Do tej pory nie zidentyfikowano jednego czynnika etiologicznego, który byłby odpowiedzialny za większość przypadków bolesności przedsonka pochwy. Współczesne poglądy dotyczące swoistych czynników etiologicznych oscylują wokół teorii o przewlekłym stanie zapalnym, według której jeden w wielu czynników szkodliwych działających na błonę śluzową przedsonka pochwy powoduje ból o charakterze zapalenia nerwów lub nocycyptywnym (wynikającym z zaburzeń percepcji bólu). Dokładniejsze omówienie neuropatologicznego podłoża bolesności przedsonka pochwy wykracza poza ramy tego artykułu. W skrócie, zakłada się, że podczas różnych procesów patologicznych, jak

subkliniczne zakażenie ludzkim wirusem brodawczaka, przewlekła kandydoza czy nawracające bakteryjne zapalenie pochwy, może dochodzić do uwrażliwienia przedsionkowych włókien nerwowych. Ciągłe uwalnianie cytokin i neurokin wywołuje przewlekły stan pobudliwości nerwów, wskutek czego dochodzi do sensytyzacji neuronów w rogu grzbietowym rdzenia kręgowego. Uwrażliwione w ten sposób neurony uczestniczą następnie w przekazywaniu nieprawidłowych sygnałów bólu, zamiast delikatnego dotyku, do mózgu.

Bolesność przedsionka pochwy często można rozpoznać jedynie na podstawie wywiadu. Kobiety z pierwotną bolesnością przedsionka pochwy opisują ból pojawiający się przy pierwszych próbach kontaktów seksualnych. Mogą opisywać również niemożność stosowania tamponów lub poddania się badaniu za pomocą wzierników dopochwowych. Wtórna bolesność przedsionka pochwy, rozwijająca się po okresie przebiegających bez dyskomfortu kontaktów seksualnych lub badań pochwy, może pojawić się po porodzie, wielokrotnych infekcjach, przewlekłych chorobach skóry lub leczeniu sromu za pomocą lasera lub substancji chemicznych. Część kobiet, u których rozpoznaje się bolesność przedsionka pochwy, jest uczulona na nasienie. Dochodzi u nich do wystąpienia reakcji alergicznej, która jest przyczyną pozostałych objawów.<sup>6</sup> Podczas badania fizykalnego należy ocenić srom, aby potwierdzić jego prawidłową budowę anatomiczną i wykluczyć choroby skóry. Może występować rozsiały rumień, plamiste zaczerwienienia lub ogniskowe czerwone plamki w okolicy ujęć gruczołów przedsionkowych mniejszych. Możliwy jest też brak zaczerwienienia. Następnie przeprowadza się badanie przedsionka pochwy za pomocą patyczka higienicznego, aby ocenić występowanie bólu przy ucisku w dowolnym miejscu przedsionka pochwy na zewnątrz od błony dziewiczej.

Doniesienia o leczeniu bolesności przedsionka pochwy mają w większości przypadków charakter kazuistyczny. Aby terapia okazała się skuteczna, często konieczne jest zastosowanie więcej niż jednego typu podejścia terapeutycznego. Podstawowe znaczenie ma zwrócenie uwagi na higienę okolic sromu. Należy unikać farb, substancji zapachowych lub chemicznych. Ubrania powinny być luźne i wygodne. Należy zalecić pacjentce noszenie bawełnianej bielizny, natomiast zniechęcać ją do używania wkładek higienicznych. U niektórych kobiet można uzyskać złagodzenie objawów dzięki stosowaniu gorących nasiadówek. U części pacjentek opisywano poprawę po zastosowaniu diety ubogiej w produkty o dużej zawartości szczawianów, nie potwierdzono jednak nigdy te-

go działania w randomizowanych badaniach kontrolowanych. W celu zmniejszenia bólu należy zalecić codzienne stosowanie leków znieczulających miejscowo w postaci 5% lidokainy w maści. Maść można nakładać bezpośrednio przed stosunkiem w celu zmniejszenia bolesności w jego trakcie.<sup>7</sup> Sporadycznie partner leczonej kobiety może skarżyć się na pieczenie lub drętwienie prącia podczas kontaktu z lidokainą. Problem ten można wyeliminować przez stosowanie prezerwatyw. W leczeniu bólu o przypuszczalnie neuropatycznym charakterze przydatne może być stosowanie trójpięścieniowych leków przeciwdepresyjnych (TLPD). Wśród TLPD najsłabsze działanie sedatywne i najmniej nasilone działania cholinolityczne ma nortryptylina, którą można zastosować w dawce 10 mg, zwiększając następnie o 10 mg aż do dawki maksymalnej 150 mg/24 h. W przypadku nieskuteczności jednego TLPD można wykorzystać inny lek z tej grupy. Pacjentki należy poinformować, że przez pierwsze kilka tygodni mogą nie obserwować działania TLPD. U kobiet, u których leki te okazały się nieskuteczne, przeważnie wprowadza się leki przeciwdrgawkowe. Najczęściej stosuje się gabapentynę, której popularność wynika z korzystnego profilu działań niepożądanych.<sup>8</sup> Stopniowe zwiększanie dawki gabapentyny aż do dawki maksymalnej 3000 mg/24 h pomoże uniknąć działań niepożądanych, takich jak przemijająca sedacja, zawroty głowy i ataksja, występujących sporadycznie podczas stosowania tego leku. Do innych leków, które można zastosować w przypadku nieskuteczności lub złej tolerancji gabapentyny, należy pregabalina, topiramata, lewetiracetam i chlorowoderek tiagabiny. Do innych rzadziej wykorzystywanych metod terapeutycznych należą iniekcje toksyny jadu kiełbasianego typu A (botuliny A),<sup>9,11</sup> kapsaicyny<sup>12,14</sup> i interferonu.<sup>15</sup> U niektórych kobiet z bolesnością przedsionka pochwy, u których istotny wydaje się mięśniowy komponent bólu, skuteczna jest fizykoterapia z biofeedbackiem. Skuteczność fizykoterapii obrazuje trudności, na jakie natyka lekarz, próbując odróżnić pochwicę od innych źródeł bólu występującego podczas aktywności seksualnej.

Bolesność przedsionka pochwy była w przeszłości leczona chirurgicznie. Operacyjnie usuwano przedsionek pochwy lub stosowano laseroterapię. W miarę, jak bolesność przedsionka pochwy zaczęła być postrzegana jako zaburzenie o prawdopodobnie neuropatycznym charakterze, chirurgiczne metody leczenia zeszyły na dalszy plan. Chociaż za pierwszorzędkowe podejście terapeutyczne należy uznać leczenie farmakologiczne, w wybranych przypadkach zabiegi chirurgiczne są uzasadnione. W jednym z ostatnich doniesień wykazano skuteczność usunięcia przed-

sionka pochwy do 2,5 roku po operacji. Zabieg przewyższał skutecznością biofeedback i terapię poznawczo-behawioralną (cognitive-behavioral therapy, CBT).<sup>16</sup>

W przeciwieństwie do bolesności przedsionka pochwy objawy bolesności sromu mogą być zlokalizowane w dowolnej części sromu. Mogą występować takie objawy, jak przewlekłe uczucie gorąca, pieczenie, podrażnienie, tkliwość, bolesność sromu przy braku wyraźnych objawów anatomicznych lub neurologicznych. Kobiety cierpiące na tę dolegliwość często doświadczają bolesności sromu podczas stosunku płciowego i po jego zakończeniu. Objawy bolesności sromu mogą nasilać różne czynniki, w tym jazda na rowerze, wkładanie tamponów, siedzenie przez dłuższy czas, czy noszenie obcisłych ubrań, a objawy te są klasyfikowane jako „inne zaburzenia seksualne przebiegające z bólem”.<sup>17</sup>

Rozpowszechnienie bolesności sromu jest zbliżone do rozpowszechnienia bolesności przedsionka pochwy, podobnie jak wiek chorych. Chociaż trwają badania nad tą grupą zaburzeń, niewiele wiadomo na temat etiologii bolesności sromu. W kilku badaniach stwierdzono drobne zmiany immunologiczne u kobiet cierpiących na tę dolegliwość.<sup>17,18</sup>

Konsekwencją tych zmian może być zmniejszona zdolność regulacji w dół reakcji immunologicznej o charakterze zapalnym, która może być związana ze zmianami neuropatycznymi prowadzącymi do bolesności sromu. Znaczenie bólu neuropatycznego w bolesności sromu nie jest do tej pory jasno określone. Przemawia za nim jednak wysoki odsetek korzystnych reakcji u chorych leczonych z powodu bólu neuropatycznego.

Bolesność sromu rozpoznaje się po zebnaniu wyczerpującego wywiadu, po którym przeprowadza się badanie fizykalne, w celu potwierdzenia rozpoznania. Wywiad powinien uwzględniać informacje dotyczące początku i charakteru bólu, jego lokalizacji, czynników nasilających i zmniejszających dolegliwości bólowe, przeprowadzonych do tej pory badań i prób leczenia oraz ich wpływu na odczuwanie bólu. Badanie fizykalne należy rozpocząć od oględzin sromu. Może być on zaczerwieniony, jednak obecność rumienia nie jest niezbędna do postawienia rozpoznania. Następnie za pomocą patyczka higienicznego należy sprawdzić tkliwość zajętego obszaru podczas palpacji. Ucisk powinien wywoływać uogólniony dyskomfort. Częstymi obszarami o zwiększonej wrażliwości są tylna część wejścia do pochwy i resztki błony dziewiczej, natomiast u pacjentek z bolesnością sromu obserwuje się również dyskomfort przy dotykaniu mniejszych i większych warg sromowych. Bardziej rozsiany charakter bólu odróżnia bolesność sromu od bolesności przedsionka pochwy.<sup>18</sup>

Leczenie bolesności sromu jest podobne do podejścia stosowanego w terapii bólu neuropatycznego, które wykorzystuje się również przy bolesności przedstonka pochwy. Wykazano także, że w wyniku stosowania CBT uzyskiwano zmniejszenie bolesności sromu podczas stosunku o 30%. U pacjentek z nasilonymi stresorami psychospołecznymi korzystne może być również poradnictwo seksualne, indywidualne i małżeńskie.<sup>19</sup> Fizykoterapia z wykorzystaniem biofeedbacku lub bez niego również może przyczyniać się do ogólnego złagodzenia objawów. Ze względu na rozsiały charakter bólu bolesności sromu nie poddaje się zabiegom chirurgicznym, nieskuteczne są również iniekcje.<sup>20</sup>

### Zanik pochwy i sromu

Zanik pochwy i sromu jest najczęstszą przyczyną dyspareunii u kobiet w okresie menopauzy. W nabłonku sromu, pochwy i dróg moczowych występuje stosunkowo dużo receptorów estrogenów. Dlatego struktury te są wrażliwe na zmniejszenie stężenia krążących we krwi estrogenów w okresie menopauzy. Do objawów hipostrogenizmu należy brak wystarczającego nawilżenia pochwy, jej bolesność, plamienia po stosunku, uczucie pieczenia po stosunku oraz dyspareunia.

Rozpoznanie zaniku pochwy i sromu stawia się przeważnie wyłącznie na podstawie badania fizykalnego. Błona śluzowa pochwy jest cienka, stwierdza się jej uogólnione zaczerwienienie, sporadyczne wybroczyny, sporadyczne wylewy i wygładzenie fałdów pochwowych. Pacjentki mogą zauważać również wodnistą, surowiczo-krwistą wydzielinę z pochwy. W przypadku oceny pH pochwy obserwuje się wartości nieprawidłowe, w zakresie 5,0-7,0 – większe niż u zdrowych pacjentek w okresie premenopauzalnym.

Zanik pochwy można łatwo leczyć przez regularne stosowanie kremów dopochwowych zawierających estrogeny. Kremy lub tabletki z estrogenami można stosować jednocześnie w ciągu dnia przez 2-4 tygodnie, a następnie częstość ich stosowania należy zmniejszyć do jednego-dwóch razy tygodniowo. Przy takich dawkach efekty układowe są pomijalne.

### Niewystarczające nawilżenie

Niewystarczające nawilżenie jest ważną przyczyną dyspareunii. Jest to stan często spotykany u kobiet po menopauzie, wynikający z niedoboru estrogenów. Natomiast u młodszych kobiet dyspareunia może pojawiać się wtórnie do niewystarczającego nawilżenia uwarunkowanego różnymi przyczynami. U młodszych kobiet niewystarczające nawilżenie jest związane z zahamowaniem

wzbudzenia. Brak wystarczającego wzbudzenia może wynikać z niewłaściwych technik gry wstępnej, a także konfliktów w związku czy interpersonalnych. Również często stosowane leki, takie jak niektóre leki nadciśnieniowe lub przeciwdepresyjne, mogą przyczyniać się do hamowania pobudzenia i nawilżenia. Do innych leków, które mogą powodować istotną suchość pochwy, należą doustne środki antykoncepcyjne zawierające małe dawki estrogenów, antagoniści receptora histaminowego typu 1 pierwszej generacji, tamoksyfen i leki przeciwocholinergiczne, np. chlorowodorek difenhydraminy.

Rozpoznanie niewystarczającego nawilżenia, jak również określenia jego przyczyn, dokonuje się wyłącznie na podstawie wywiadu. Leczenie polega przede wszystkim na usuwaniu przyczyn odpowiedzialnych za ten stan. Jeżeli na podstawie wywiadu stwierdza się trudności w związku, skierowanie pary do psychologa jest właściwe i może być wystarczające. Zahamowanie wzbudzenia wynikające z działania leków może ustąpić po ich odstawieniu. Ważne, aby mieć świadomość konieczności stopniowego odstawiania leków przeciwdepresyjnych nawet, jeżeli uważa się je za jedyny czynnik powodujący zaburzenia seksualne u kobiety. Nieprzestrzeganie tej zasady może skutkować znaczną chwiejnością emocjonalną i innymi nieprzyjemnymi objawami odstawiennymi. U wybranych pacjentek korzystne mogą być proste rady, np. dotyczące wydłużenia gry wstępnej czy stosowania dostępnymi bez recepty nawilżających środków dopochwowych.

### Nieprawidłowości błony dziewiczej

Kobiety, u których dyspareunia jest spowodowana anatomicznymi nieprawidłowościami błony dziewiczej przeważnie skarżą się na powierzchowny ból podczas stosunku. Rzadko zdarza się, że błona dziewicza jest całkowicie niedrożna, ponieważ kobiety z tym zaburzeniem przeważnie zgłaszają się podczas pierwszej miesiączki. U pacjentek z niedrożną błoną dziewiczą na początku miesiączki pojawia się nasilony ból spowodowany nagromadzeniem krwi w pochwie. Ból ustępuje po chirurgicznym nacięciu pierścienia błony dziewiczej.

Podczas gdy niedrożna błona dziewicza jest rzadką przyczyną dyspareunii, częściej u pacjentek pozostają resztki błony dziewiczej, które powodują ból po rozpoczęciu aktywności seksualnej. Kobiety z rzadką odmianą sitkowatej błony dziewiczej, którą charakteryzuje wiele małych otworów, będą zgłaszać objawy dyspareunii. Ten rodzaj błony dziewiczej umożliwia wpływ krwi miesiączkowej i innych płynów, natomiast aktywność seksualna i wkładanie tamponów

mogą stanowić problem. Inne odmiany anatomiczne błony dziewiczej, które są zazwyczaj związane z dyspareunią, to błona zębowa (denticular), strzępkowa (fimbriated) i przegrodowa (spetate). Leczenie nieprawidłowości błony dziewiczej przeważnie polega na interwencji chirurgicznej.

### Zapalenie pochwy i sromu

Zapalenie pochwy i sromu spowodowane zakażeniem drożdżakami lub rzęsistkiem może powodować powierzchowny ból narządów płciowych podczas stosunku. Ból jest bezpośrednim rezultatem miejscowego stanu zapalnego i obrzęku. Bakteryjne zapalenie pochwy lub kolonizacja paciorkowcami grupy B rzadko jest przyczyną dyspareunii. Badanie fizykalne, uzupełnione pobraniem wymazu z pochwy pozwala potwierdzić rozpoznanie zapalenia pochwy. Trzeba mieć świadomość, że wyniki wymazu mogą być ujemne, mimo zakażenia. Przy zwiększonym klinicznie prawdopodobieństwie infekcji i ujemnym wyniku wymazu podstawowe znacznie ma wykonanie posiewu. W leczeniu stosuje się odpowiednie leki przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze.

### Choroby układu moczowego: uchyłek cewki moczowej

Uchyłek cewki moczowej jest stosunkowo częsty u kobiet z objawami przewlekłych zaburzeń układu moczowo-płciowego, takich jak nawracające infekcje, kroplowy wyciek moczu po mikcji i dyspareunia. Bolesność podczas stosunku spowodowana uchyłkiem cewki moczowej ma najczęściej charakter powierzchowny. Uchyłek cewki moczowej stanowi wypustkę tkanki wychodzącej z cewki moczowej do przestrzeni cewkowo-pochwowej. Wyściółka uchyłka jest identyczna z błoną śluzową cewki moczowej. Większość uchyłków cewki moczowej powstaje z rozszerzonych przewodów lub gruczołów przycewkowych. Chociaż etiologia uchyłków cewki moczowej pozostaje niejasna, zmiany patofizjologiczne wydają się polegać na niedrożności i zakażeniach gruczołów przycewkowych. Uważa się, że gruczoły te ulegają powiększeniu i dochodzi do ich stanu zapalnego, wskutek czego tworzy się torbiel zastoinowa, a następnie ropień, który pęka do tyłu, do cewki moczowej. Objawy kliniczne uchyłka cewki moczowej różnią się znacznie u różnych chorych, mogą również różnić się w zależności od momentu rozpoznania na tle naturalnego przebiegu tego zaburzenia. Na wczesnym etapie procesu patologicznego, kiedy zaczyna rozwijać się zapalenie gruczołu przycewkowego, dominujące objawy mogą być związane z oddawaniem moczu. Na tym etapie uwagę może zwracać dysuria, częstość odda-

wania moczu i kropłowy wyciek moczu po mikcji. W późniejszym etapie, kiedy dochodzi do rozwoju przewlekłego i nawracającego stanu zapalnego wokół uchyłka, pacjentka może skarżyć się na ból w dole miednicy i dyspareunię. Mogą być obecne takie objawy kliniczne, jak ropomocz, wyczuwalna masa podcewkowa, stwardnienie podcewkowe i tkliwość. Leczenie polega na nacięciu chirurgicznym lub drenażu. Jest niewiele przeciwwskazań do chirurgicznego leczenia uchyłka cewki moczowej. Są to schorzenia, które powodują, że każdy zabieg chirurgiczny jest niebezpieczny. W przypadku czynnego ropnia definitywne leczenie chirurgiczne należy odłożyć. Stosuje się wtedy dobrze penetrujące do tkanek antybiotyki o szerokim zakresie działania i drenaż przez nacięcie pochwy lub rozszerzenie i masaż cewki moczowej.

### **Choroby układu moczowego: śródmiąższowe zapalenie pęcherza**

Śródmiąższowe zapalenie pęcherza jest schorzeniem zapalnym o nieznanym etiologii, którego objawami są: częsta, niepowstrzymana potrzeba oddania moczu, dysuria i ból w obrębie miednicy. Do 60% kobiet, u których rozpoznaje się śródmiąższowe zapalenie pęcherza opisuje nasiloną dyspareunię podczas powierzchniowych kontaktów genitalnych lub głębokiej penetracji pochwy.<sup>21</sup> Ból może pojawiać się również po zakończonym stosunku. Może utrzymywać się wtedy przez kilka godzin, jednak objawy często ulegają złagodzeniu po opróżnieniu pęcherza. Charakter objawów może być różny z dnia na dzień u tej samej osoby. Po spożyciu niektórych rodzajów pożywienia lub napojów, takich jak truskawki, pomarańcze, piwo lub kawa, może dochodzić do nasilenia dolegliwości. Objawy mogą nasilać się również w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego, w stresujących okolicznościach lub po pewnych formach aktywności, jak ćwiczenia fizyczne czy siedzenie przez dłuższy czas. Na podstawie badań populacyjnych opisuje się, że częstość występowania tego zaburzenia wynosi od 10 do 865 przypadków na 100 000 kobiet.<sup>21</sup> Średni wiek rozpoznania wynosi w przybliżeniu 42-45 lat, chociaż objawy śródmiąższowego zapalenia pęcherza opisywano także u dzieci.<sup>22,23</sup> Większa zgodność występowania tego zaburzenia u bliźniąt jednojajowych w porównaniu z dwujajowymi sugeruje znaczenie podatności genetycznej.<sup>24</sup>

Klinicznie śródmiąższowe zapalenia pęcherza rozpoznaje się na podstawie stwierdzenia charakterystycznych objawów, po wykluczeniu innych schorzeń dających podobne dolegliwości. Często istotne jest badanie fizykalne, w którym można stwierdzić uogól-

nioną tkliwość ściany brzucha, obrzęcy biodrowej, pośladków, ud, dna miednicy, podstawy pęcherza i cewki moczowej. U wszystkich chorych należy wykonać mikroskopowe badanie moczu i posiew, w celu wykluczenia nasilonego krwimoczu, czy zakażenia. W ramach diagnostyki śródmiąższowego zapalenia pęcherza często wykonywane, chociaż niepotrzebne, są również takie badania, jak cystoskopia, rozszerzanie pęcherza płynem (hydrodystensja), biopsja pęcherza i badanie wrażliwości na potas. Rozpoznanie jest przeważnie stawiane, kiedy po rozszerzeniu pęcherza płynem widoczne są zmiany przybierające wygląd drobnych wybroczyn, niewielkich krwotoków podśluzówkowych, szczelin lub owrzodzeń, widocznych w trzech z czterech kwadrantów pęcherza. Diagnostyczny proces rozszerzania pęcherza może doprowadzić do zmniejszenia nasilenia objawów u 30 do 60% chorych.

Śródmiąższowe zapalenie pęcherza prowadzi do znacznego pogorszenia jakości życia. Nie ma zgody na temat optymalnego leczenia tego zaburzenia. Jedynym doustnym lekiem zarejestrowanym przez FDA jest wielosiarczan sodowy pentosanu. Badania<sup>25</sup> niekontrolowane sugerują niewielkie korzyści u mniejszości chorych, natomiast randomizowane badania<sup>26</sup> kontrolowane wykazują brak przewagi nad placebo. Dopęcherzowe podawanie sulfotlenku dimatylu również jest zarejestrowane przez FDA, jednak rzadko stosowane w praktyce ze względu na związany z tym ból i niejednoznaczne korzyści kliniczne. Stosowane jest również dopęcherzowe podawanie heparyny, lidokainy lub wielosiarczanu sodowego pentosanu, chociaż nie ma mocnych dowodów potwierdzających zasadność tych form terapii. Przydatna klinicznie jest również amitryptylina, działająca najprawdopodobniej jako nieswoisty lek neuromodulujący, zmniejszający wrażliwość szlaków czuciowych pęcherza. Neuromodulacja krzyżowych nerwów rdzeniowych za pomocą elektrod wszczepionych do korzeni nerwów krzyżowych okazała się istotnie korzystna w badaniach niekontrolowanych,<sup>27</sup> jest jednak kosztowna i nie została zarejestrowana przez FDA do stosowania w tych przypadkach. Fizykoterapia jest ukierunkowana na punkty tkliwe, tkliwe punkty spustowe, zrosty tkanki łącznej i nieprawidłowości mięśniowe w obrębie tkanek miękkich. Wymaga jednak specjalistycznego szkolenia.

### **Endometrioza**

Endometriozę definiuje się jako występowanie gruczołów i zrębu endometrium poza jamą endometrialną i mięśniówką macicy. Te ektopowe implanty endometrialne przeważnie są zlokalizowane w obrębie miednicy, jednak mogą pojawiać się właściwie w dowol-

nym miejscu organizmu. Endometriozie może towarzyszyć wiele niekomfortowych i upośledzających funkcjonowanie objawów. Do częstych spowodowanych tym schorzeniem dolegliwości należy ból w obrębie miednicy - który może mieć charakter przewlekły, chociaż zwykle ulega nasileniu w okresie miesiączki i owulacji, bolesne miesiączkowanie, niepłodność, głęboka dyspareunia, pojawiające się cyklicznie dolegliwości ze strony jelita lub pęcherza, nieprawidłowe krwawienia menstruacyjne i przewlekłe zmęczenie. Wywiad, w którym pacjentka opisuje utrzymujące się latami bezbolesne cykle miesiączkowe ze stopniowym początkiem i nasilającymi się bólami podczas miesiączki, sugeruje endometriozę. Objawy somatyczne u kobiet z endometriozą są różnorodne, zależnie od lokalizacji i rozmiaru tkanek o ektopowej lokalizacji. Często podczas badania fizykalnego nie stwierdza się żadnych nieprawidłowości. Do najczęstszych z ewentualnych odchyień należy tkliwość przy palpacji tylnego sklepienia pochwy. Inne częste objawy to zlokalizowana tkliwość uchyłka ślepego lub więzadeł maciczo-krzyżowych, wyczuwalne tkliwe guzki w obrębie uchyłka ślepego, więzadeł maciczo-krzyżowych i przegrody pochwowo-odbytnicznej, ból przy poruszaniu macicy, tkliwe, powiększone zmiany w obrębie przydatków, unieruchomienie przydatków lub objawy odpowiadające tyłopochyleniu macicy. Nie ma standaryzowanych, obiektywnych kryteriów rozpoznawania endometriozy, co wynika z różnych obrazów klinicznych tej choroby. Rozpoznanie stawia się na podstawie laparoskopii lub laparotomii, najlepiej wraz z potwierdzeniem histologicznym.

Rozpowszechnienie endometriozy w populacji ogólnej jest trudne do określenia, ze względu na brak standaryzowanych kryteriów, o którym wspomniano już wcześniej. Szacuje się, że endometrioza może dotyczyć 5-10% kobiet w okresie rozrodczym i 25-30% chorych cierpiących na niepłodność.<sup>28</sup>

Proponowano wiele teorii dotyczących patogenezы i etiologii endometriozy. Powstały trzy teorie histogenezy tego zaburzenia. Teoria Sampsona dotyczy możliwości transplantacji tkanki endometrialnej w wyniku wstecznej menstruacji. Wykazano, że u od 75 do 90% kobiet występują drożne jajowody z przepływem wstecznym.<sup>29</sup> Ponieważ przepływ wsteczny występuje u tak wielu kobiet, a tylko u niewielkiego odsetka z nich występują objawy endometriozy, trudno jest całkowicie przypisywać patogenezę tego zaburzenia teorii przepływu wstecznego. Inna teoria etiologii endometriozy dotyczy przekształcania totipotentnych komórek w komórki endometrium poza macicą. Inna cytowana możliwość dotyczy transportowania

fragmentów endometrium za pośrednictwem naczyń limfatycznych i krwionośnych do innych miejsc w jamie brzusznej, miednicy, a nawet odległych obszarów ciała. Jeszcze inna teoria zakłada, że kobiety cierpiące na endometriozę charakteryzuje zmniejszenie odporności komórkowej, co pozwala komórkom endometrialnym implantować się i proliferować w miejscach ektopowych. Wydaje się, że do rozwoju choroby przyczynia się także predyspozycja genetyczna. U kobiet, których siostry chorują na endometriozę, ryzyko rozwoju tej choroby jest sześciokrotnie większe, natomiast u córek matek chorych na endometriozę – dziesięciokrotnie większe niż w populacji ogólnej.<sup>30</sup>

Kliniczne objawy endometriozy dzielą się na trzy główne kategorie, tzn. ból w obrębie miednicy, włącznie z dyspareunią, niepłodność i wyczuwalny guz w obrębie miednicy. Celem terapii jest złagodzenie objawów. Nie ma pewnych dowodów na to, że jeden rodzaj leczenia ma przewagę nad innym w zwalczaniu bólu w obrębie miednicy spowodowanego endometriozą albo że jakkolwiek forma terapii wpływa na płodność w przyszłości. Dlatego decyzje terapeutyczne są podejmowane indywidualnie. Bierze się pod uwagę nasilenie objawów, zakres zmian i lokalizację ognisk choroby, ewentualne pragnienie zajścia w ciążę, wiek pacjentki, działania niepożądane leków, częstość powikłań po zabiegach chirurgicznych i koszty. Możliwości terapeutyczne są szerokie. Obejmują leczenie wyczekujące, farmakologiczne i interwencje chirurgiczne. Leczenie hormonalne obejmuje połączenie doustnych środków antykoncepcyjnych, agonistów hormonu uwalniającego gonadotropiny, pochodne progesteronu, danazol i inhibitory aromatazy. Ważne, aby zauważyć, że te środki hamujące owulację powodują zmniejszenie towarzyszącego endometriozie bólu w obrębie miednicy, ale nie spowodują poprawy płodności. Interwencje chirurgiczne, które mogą mieć charakter zachowawczy lub radykalny, w postaci całkowitego usunięcia macicy i jajników, również znajdują zastosowanie w leczeniu endometriozy. W przypadku leczenia zachowawczego po operacji często stosuje się leki hamujące hormony płciowe.

### Zapalenie narządów miednicy mniejszej

Zapalenie narządów miednicy mniejszej (pelvic inflammatory disease, PID) obejmuje ostre infekcje struktur górnej części narządów płciowych u kobiet, czyli fragmentu lub całej macicy, jajowodów i jajników. Często zajęte są przy tym sąsiednie narządy miednicy. Zajęcie tych struktur skutkuje zapaleniem endometrium, jajowodów i jajników; z możliwością zapalenia otrzewnej,

okolice wątroby i powstaniem ropni jajowodowo-jajnikowych. PID najczęściej jest nabytą infekcją uwarunkowaną społecznie, rozwijającą się po kontakcie z czynnikiem zakaźnym przenoszonym drogą płciową. Rzadziej jest spowodowane procedurami medycznymi lub innym pierwotnym procesem rozwijającym się w jamie brzusznej. Według National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, szacunkowa liczba przypadków PID u kobiet w wieku 15-44 lat zmniejszyła się w Stanach Zjednoczonych z 189 662 w 2002 do 168 837 w 2003 roku.<sup>31</sup> Zmniejszenie liczby przypadków PID uzyskano dzięki intensywnym badaniom przesiewowym w kierunku zakażeń chlamydiami i programom terapeutycznym stosowanym w całym Stanach Zjednoczonych.<sup>32</sup> Najważniejszym objawem u kobiet z PID jest ból w dole brzucha. Niedawny początek bólu, który nasila się podczas stosunku lub gwałtownych ruchów również przemawia za PID, podobnie jak wystąpienie bólu podczas miesiączki lub wkrótce po jej zakończeniu. Ból brzucha jest zazwyczaj obustronny i rzadko trwa ponad dwa tygodnie. Objawami towarzyszącymi mogą być: pojawiająca się nagle wydzielina z pochwy, zapalenie cewki moczowej, zapalenie odbytnicy, gorączka i dreszcze – nie są one jednak czułe ani swoiste dla tego zaburzenia. Rozpoznanie PID jest mniej prawdopodobne, jeżeli objawy dotyczą przede wszystkim jelita lub dróg moczowych.<sup>33</sup> Niezależnie od ostrych objawów, PID może powodować również długotrwałe następstwa, w tym przewlekły ból w obrębie miednicy i dyspareunię. Mniej więcej u 30% kobiet z PID rozwija się dyspareunia lub przewlekły ból w obrębie miednicy.<sup>34</sup> Nasilenie powstawania zrostów i zniszczenia jajowodów po ostrej infekcji często koreluje z prawdopodobieństwem rozwoju bólu i dyspareunii.

### Tyłopochylenie macicy

Chociaż tyłopochylenie macicy jest normalną odmianą anatomiczną, u niektórych kobiet występuje dyspareunia, szczególnie podczas głębokiej penetracji pochwy. Uważa się, że u niektórych kobiet rusztowanie kostne miednicy może nie stanowić wystarczającej ochrony z tyłu, aby zapewnić ochronę dla pochylonej do tyłu macicy. Z tą odmianą anatomiczną nie wiążą się żadne swoiste dolegliwości lub dane z wywiadu. Rozpoznanie stawia się przeważnie na podstawie badania oburęcznego. W celu zmniejszenia dolegliwości zaleca się zmianę pozycji podczas stosunku na taką, przy której nie dochodzi do głębokiej penetracji pochwy lub pozycję, w której kobieta czynnie kontroluje głębokość penetracji. Opisano zmniejszenie objawów dyspareunii w wyniku stosowania

krążków dopochwowych lub zabiegów chirurgicznych.

### Mięśniaki gładkokomórkowe

Mięśniaki gładkokomórkowe macicy to łagodne guzy monoklonalne wywodzące się z komórek mięśni gładkich warstwy mięśniowej macicy (miometrium). Zawierają duże ilości kolagenu, proteoglikanów i fibronektyny i są otoczone cienką pseudotorebką zbudowaną z tkanki siateczkowej i upakowanych włókien mięśniowych. Mięśniaki ujawniają się klinicznie u około 25% kobiet w wieku rozrodczym. Są wykrywane podczas badania histopatologicznego chirurgicznie usuniętej macicy w blisko 80% przypadków.<sup>35</sup> Względne ryzyko włókniamięśniaków jest dwu-, trzykrotnie większe u kobiet rasy czarnej w porównaniu z kobietami rasy kaukaskiej. Mięśniakowata macica ma nieregularny kształt i może powodować specyficzne objawy wynikające z ucisku wywieranego przez mięśniaki o określonej lokalizacji. Mięśniaki powodujące ból podczas stosunku przeważnie są zlokalizowane w tylnej części macicy. O tylnym położeniu mięśniaków można wnioskować w tych przypadkach, dlatego, że podczas stosunku penis jest skierowany do tyłu, ponad wejściem do pochwy. Kostne elementy miednicy u kobiet ze znacznymi, dużymi włókniamiakami położonymi w tylnej części macicy nie zapewniają podparcia dla macicy ulegającej podczas stosunku silniejszemu przemieszczeniu do tyłu, wskutek czego pacjentka odczuwa ból. Postępowanie terapeutyczne zaczyna się od zmiany pozycji. Jeżeli pacjentka nadal odczuwa znaczący dyskomfort w celu wyeliminowania źródła bólu można rozważyć takie metody postępowania, jak embolizacja tętnicy macicznej w celu zmniejszenia rozmiarów mięśniaka, całkowite usunięcie mięśniaka (myomectomy) lub macicy (histerektomia).

### Zmiany patologiczne przydatków

Chociaż omówienie zmian patologicznych przydatków wykracza poza ramy tego artykułu, ważne, aby zauważyć, że guzy w obrębie tych struktur są częstą przyczyną bólu w obrębie miednicy. Zmiany patologiczne przydatków, np. torbiel jajnika, mogą w istotnym stopniu przyczynić się do głębokiej dyspareunii. U kobiet odczuwających ból związany z guzami przydatków zmiany te często mają łagodny charakter. Guzy złośliwe przeważnie nie powodują bólu w obrębie miednicy, dopóki nie osiągną najbardziej zaawansowanych stadiów. Guzy przydatków najlepiej oceniać podczas ultrasonografii przezpochwowej. Na podstawie wyniku badania USG można opracować

plan postępowania terapeutycznego, polegającego na farmakoterapii lub interwencji chirurgicznej.

## Zrosty w miednicy

Zrosty w obrębie miednicy mogą być następstwem zabiegów chirurgicznych, infekcji lub endometriozy. U niektórych pacjentek mogą one powodować ból w obrębie miednicy, w tym dyspareunię. Bolesność podczas stosunku pojawia się zazwyczaj podczas głębokiej penetracji. Rozpoznanie zrostów w miednicy można postawić jedynie przez ich uwidocznienie metodą laparotomii lub laparoskopii. Leczenie polega na rozpuszczaniu zrostów.

## Podsumowanie

Ból podczas stosunku jest podstawowym objawem dwóch ważnych zaburzeń seksualnych, dyspareunii i pochwicy. Zgodnie z nową Międzynarodową Klasyfikacją Zaburzeń Seksualnych u Kobiet (International Classification of Female Sexual Disorders)<sup>36</sup> są one zaliczane do kategorii „zaburzeń seksualnych przebiegających z bólem”. Niezależnie od czynników psychogennych, dyspareunia może mieć również podłoże biologiczne. Do biologicznych czynników warunkujących to zaburzenia zalicza się zaburzenia hormonalne, zapalne, mięśniowe, jatrogenne, neurologiczne, naczyniowe, dotyczące tkanki łącznej i uwarunkowane immunologicznie. Pochwica, polegająca na skurczu mięśni okółopochwowych przy próbie stosunku, jest uważana za genitalny wyraz różnie nasilonego lęku przed intymnością seksualną. Ostatnio jednak, podobnie jak w przypadku dyspareunii, zaczęto zwracać uwagę również na jej podłoże somatyczne. W najbardziej nasilonych postaciach pochwica może uniemożliwiać odbycie stosunku, natomiast w łagodniejszych formach jest przyczyną dyspareunii. Podejście kliniczne do leczenia pacjentek z zaburzeniami seksualnymi przebiegającymi z bólem powinno uwzględniać rozpoznawanie przyczyn biologicznych, psychoseksualnych i uwarunkowanych sytuacyjnie. Dzięki takiemu podejściu można będzie całkowicie uwzględnić złożony charakter dysfunkcji seksualnych.

## Piśmiennictwo

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Paik A, Laumann EO. Prevalence of women's sexual problems in the USA. In: Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM, eds. *Women's Sexual Function and Dysfunction*. London, England: Taylor and Francis; 2005:299-305.
3. Moyal-Barraco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med*. 2004;49(10):772-777.
4. Goetsch MF. Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;164(6 pt 1):1609-1614.
5. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc*. 2003;58(2):82-88.
6. Babula O, Bongiovanni AM, Ledger WJ, Witkin SS. Immunoglobulin E antibodies to seminal fluid in women with vulvar vestibulitis syndrome: relation to onset and timing of symptoms. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(3):663-667.
7. Zolnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol*. 2003;102(1):84-87.
8. Harris G, Hotowitz B, Borgida A. Evaluation of gabapentin in the treatment of generalized vulvodynia, unprovoked. *J Reprod Med*. 2007;52(2):103-106.
9. Yoon H, Chung WS, Shim BS. Botulinum toxin A for the management of vulvodynia. *Int J Impot Res*. 2007;19(1):84-87.
10. Gunter J, Brewer A, Tawfik O. Botulinum toxin A for vulvodynia: a case report. *J Pain*. 2004;5(4):238-240.
11. Dykstre DD, Presthus J. Botulinum toxin type A for the treatment of provoked vestibulodynia: an open-label, pilot study. *J Reprod Med*. 2006;51(6):467.
12. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K. Vulvar vestibulitis syndrome: a critical review. *Clin J Pain*. 1997;13(1):27-42.
13. Steinberg AC, Oyama IA, Rejba AE, et al. Capsaicin and the treatment of vulvar vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1549-1553.
14. Murina F, Radici G, Bianco V. Capsaicin and the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a valuable alternative? *MedGenMed*. 2004;6(4):48.
15. Marinoff SC, Turner ML, Hirsch RP, Richard G. Intralesional alpha interferon. Cost effective therapy vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med*. 1993;38(1):19-24.
16. Bergeron S, Khalife S, Glazer HI, Binik YM. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow and predictors of outcome. *Obstet Gynecol*. 2008;111(1):159-166.
17. Bachmann GA, Rosen R, Arnold LD, et al. Chronic vulvar and other gynecologic pain: prevalence and characteristics in a self reported survey. *J Reprod Med*. 2006;51(1):3-9.
18. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, et al. The vulvodynia guideline. *J Lower Genit Tract Dis*. 2005;9(1):40-51.
19. Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, et al. Vulvodynia: characteristics and associations with Comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol*. 2006;107(3):617-624.
20. Updike GM, Wisenfeld HC. Insight into the treatment of vulvar pain: a survey of clinicians. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(4):1404-1409.
21. Wein AJ, Hanno PM, Gillenwater JY. Interstitial cystitis: an introduction to the problem. In: Hanno PM, Staskin DR, Krane RJ, Wein AJ, eds. *Interstitial Cystitis*. New York, NY: Springer-Verlag; 1990: 145-167.
22. van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. *Eur Urol*. 2008;53(1):60-67.
23. Clemens JQ, Meenan RT, Rosetti MC, Gao SY, Calhoun EA. Prevalence and incidence of interstitial cystitis in a managed care population. *J Urol*. 2005;173(1):98-102.
24. Parsons JK, Kurth K, Sant GR. Epidemiologic issues in interstitial cystitis. *Urology*. 2007;69(4 suppl):5-8.
25. Dimitrakov J, Kroenke K, Steers WD, et al. Pharmacologic management of painful bladder syndrome/interstitial cystitis: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2007;167(18):1922-1929.
26. Davis EL, Elkhoundary SR, Talbott EO, Davis J, Regan LJ. Safety and efficacy of the use of intravesical and oral pentosan polysulfate sodium for interstitial cystitis: a randomized double-blind clinical trial. *J Urol*. 2008;179(1):177-185.
27. Zabihi N, Mourtzinos A, Maher MG, Raz S, Rodriguez LV. Short-term results of bilateral S2-S4 sacral neuromodulation for the treatment of refractory interstitial cystitis, painful bladder syndrome, and chronic pelvic pain. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(4):553-557.
28. Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors. *Am J Epidemiol*. 2004;160(8):784-796.
29. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med*. 1993;328(2):1759-1769.
30. Bischoff FZ, Simpson JL. Heritability and molecular genetic studies of endometriosis. *Hum Reprod Update*. 2000;6(1):37-44.
31. Huppert JS, Goodman E, Khoury J, Slap G. Sexually transmitted infection testing and screening in hospital-based primary care visits by women. *Obstet Gynecol*. 2005;105(2):390-396.
32. U. S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2004. Atlanta, GA. U. S. Department of Health and Human Services, September 2005. Available at: [www.cdc.gov/std/stats/default.htm](http://www.cdc.gov/std/stats/default.htm). Accessed on August 11, 2008.
33. Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al. Clinical predictors of endometriosis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(1):856-863.
34. Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep*. 2006;55:1-94.
35. Moore AB, Flake GP, Swartz CD, et al. Association of race, age and body mass index with gross pathology of uterine fibroids. *J Reprod Med*. 2008;53(2):90-96.
36. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD-10)*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.