



Zaburzenia seksualne u kobiet

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO DLA LEKARZY POŁOŻNIKÓW I GINEKOLOGÓW

ACOG PRACTICE BULLETIN NUMER 119, KWIECIEŃ 2011

Zaburzenia seksualne u kobiet obejmują wiele stanów cechujących się występowaniem jednego z objawów: utratą pożądania, zaburzeniami podniecenia, niezdolnością do przeżywania orgazmu lub bólu w trakcie współżycia płciowego. Rozpoznanie zaburzeń seksualnych u kobiet ustala się wówczas, gdy objawy są wystarczająco dokuczliwe, aby wywołać niepokój u pacjentki.^{1,2} Niekorzystny wpływ takich zaburzeń na jakość życia kobiet może się rozszerzyć na związki międzyludzkie w domu i w pracy. W kulturze północnoamerykańskiej zaburzenia seksualne dotyczą wielu kobiet, często są jednak lekceważone podczas kontaktów z pracownikami opieki zdrowotnej, ponieważ kobiety niechętnie o nich mówią, jeśli nie są wprost o nie pytane.² Rozmowa o zaburzeniach seksualnych u kobiet może budzić niepokój zarówno lekarza, jak i chorej. Utrudniają ją brak przygotowania za pomocą odpowiedniego szkolenia i niedostateczna znajomość zagadnienia i metod leczenia, brak wystarczającej ilości czasu na wywiad o życiu seksualnym pacjentki, niechęć chorej do zapoczątkowania rozmowy na ten temat oraz zaniżone dane o częstości występowania zaburzeń seksualnych. Celem tego opracowania jest przedstawienie podstawowych informacji o tych zaburzeniach, w tym omówienie fizjologii prawidłowej reakcji seksualnej u kobiety, opis kryteriów diagnostycznych w czwartym poprawionym wydaniu Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), omówienie aktualnych strategii postępowania na podstawie dostępnych dowodów naukowych oraz przedstawienie zagadnień wymagających rozstrzygnięcia w dalszych badaniach.

Wprowadzenie

W latach 50. ubiegłego wieku Kinsey i wsp. opublikowali wyniki przełomowych badań dotyczących zachowań seksualnych w Stanach Zjednoczonych, podczas których oceniali życie seksualne kobiet.⁴ Następnie Masters i Johnson zapoczątkowali badania mające na celu pogłębienie wiedzy o reakcjach na pobudzenie seksualne. Wyróżnili cztery stopnie odpowiedzi fizjologicznej: 1) podniecenie, 2) stabilizację, 3) orgazm oraz 4) ustąpienie podniecenia. Są to podstawowe odpowiedzi biologiczne na działanie czynników psychologicznych, środowiskowych i fizjologicznych. Następnie opracowano model trójfazowy złożony z następujących elementów: 1) pożądania, 2) podniecenia i 3) orgazmu.⁶ Zaproponowano również bardziej złożone nieliniowe modele reakcji kobiet na podniecenie seksualne, łączące intymność emocjonalną, bodźce seksualne oraz satysfakcję ze związku.² Pożądanie trudno odróżnić od podniecenia, nie zawsze też poprzedza ono podniecenie. Wiele kobiet może podejmować kontakty seksualne, mimo że początkowo nie odczuwały pożądania. Zgodnie z DSM-IV-TR zaburzenia seksualne cechują się zgłaszanymi skargami lub problemami wynikającymi z zaburzeń pożądania, podniecenia, orgazmu oraz występowania bólu podczas stosunku płciowego, co wywołuje u chorej poważny stres i utrudnia jej stosunki partnerskie.¹ Ponieważ u każdej z pacjentek może wystąpić więcej niż jedno zaburzenie seksualne, lekarz powinien umieć określić, które z nich jest największym problemem, i jak zmieniały się z czasem współwystępujące zaburzenia czynnościowe.

Prawidłowa odpowiedź na podniecenie seksualne

Kobiety odczuwają podniecenie seksualne w następstwie zwiększonego przepływu krwi w narządach płciowych, obrzęku warg sromowych i ściany pochwy, uwalniania wydzielin zwilżających narządy płciowe oraz przesiąkania płynu z naczyń położonych pod nabłonkiem. Nasilenie przepływu krwi w obrębie sromu następuje w wyniku

Dokument ten został opracowany przez ACOG Committee on Practice Bulletins – Gynecology z udziałem Johna Bustera, MD, Sheryl Kingsberg, PhD i Charlesa Kilpatricka, MD. Zawarte w nim informacje mają pomóc praktykującym lekarzom w podejmowaniu właściwych decyzji położniczych i ginekologicznych. Tych wytycznych nie należy traktować jako wyłącznego sposobu leczenia i postępowania. Zastosowanie ich w praktyce może zależeć od potrzeb i oczekiwań chorych, możliwości oraz ograniczeń właściwych dla danego ośrodka medycznego lub stosowanych w nim procedur.

czynnego neurogenego poszerzenia przestrzeni zatokowych w ciele gąbczastym lechtaczki, gruczołach przedstonka pochwy oraz tkance gąbczastej otaczającej cewkę moczową.^{2,7} Pobudzenie nerwów miednicznych powoduje rozkurcz mięśni gładkich lechtaczki i tętnic, w wyniku czego tętnice te się rozszerzają. W miarę narastającego podniecenia zwiększa się napływ krwi tętniczej do lechtaczki i ciśnienie w jej ciele gąbczastym, co przyczynia się do powiększenia lechtaczki i jej wysunięcia ku przodowi.^{2,7}

Centralne mechanizmy neuroendokrynne regulujące przebieg odpowiedzi na pobudzenie seksualne u kobiet opisuje się dziś jako dynamiczny proces zmierzający do zachowania równowagi między czynnikami pobudzającymi a czynnikami hamującymi.^{2,7,8} Uważa się, że pożądanie jest zapoczątkowywane w podwzgórzku na drodze uaktywnienia układu dopaminergicznego.⁹⁻¹¹ Wyniki badań doświadczalnych sugerują, że aktywność tego układu zwiększa się we wczesnym okresie odpowiedzi seksualnej, a jej narastanie może uaktywniać inne obszary mózgu, w tym układ limbiczny.^{11,12} Układ noradrenergiczny uczestniczy w wywołaniu podniecenia seksualnego dzięki zapoczątkowaniu autonomicznego odczuwania podniecenia, ujawniającego się przyspieszeniem czynności serca i podwyższeniem ciśnienia tętniczego krwi (zarówno skurczowego, jak i rozkurczowego).^{13,14} Orgazm jest krótkotrwałym okresem odczuwania najsilniejszej przyjemności. Można go opisać, jako odruchowe rytmiczne skurcze mięśni kroczo-

wych, mięśni opuszkowo-jamistych i łonowo-guzicznych związane z nagłym uwolnieniem endogennych opioidów, serotoniny, prolaktyny i oksytocyny.^{15,16} Ustępowaniu tego stanu towarzyszą nasilona aktywność serotoninowa w mózgu oraz zmniejszenie uwalniania dopaminy.¹¹

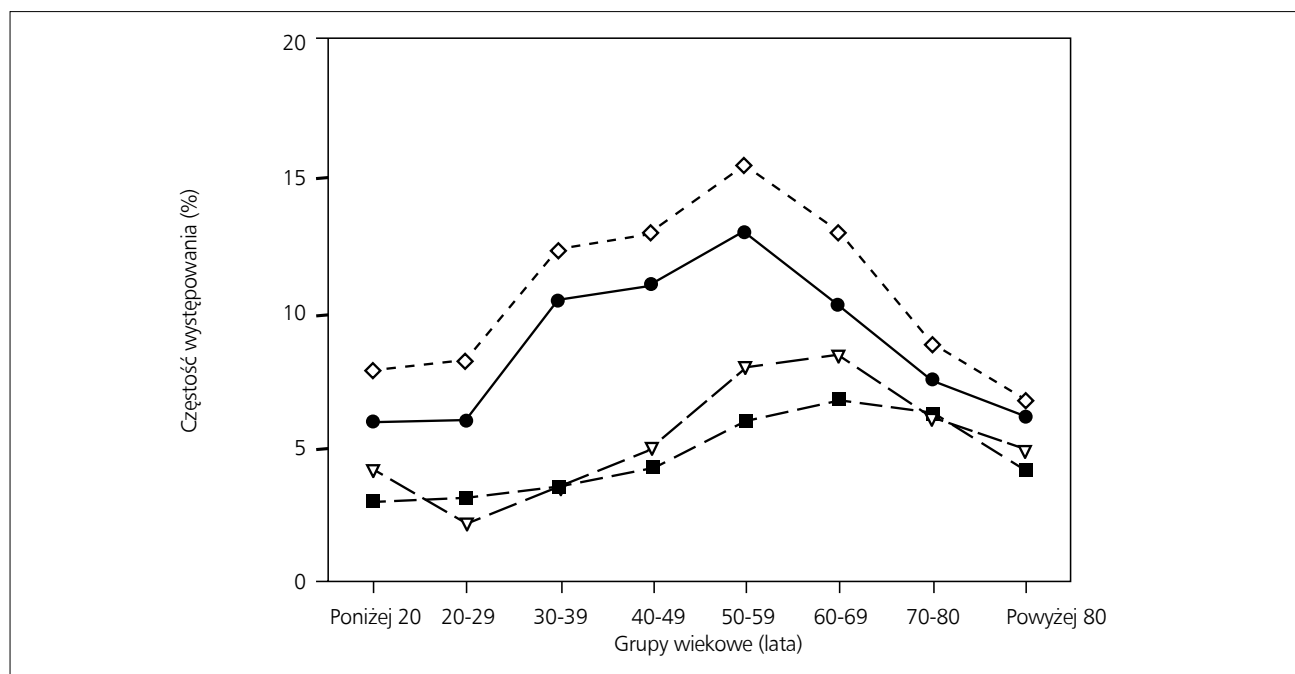
Rodzaje zaburzeń sprawności seksualnej

Wśród zaburzeń seksualnych u kobiet wyróżnia się zaburzenia pożądania, zaburzenia podniecenia, zaburzenia orgazmu oraz odczuwanie bólu podczas stosunku płciowego.

ZABURZENIA POŻĄDANIA

Zaburzenia te polegają na niedostatecznie silnym odczuwaniu potrzeby współżycia płciowego lub niechęci do jego prowadzenia. Zgodnie z definicją DSM-IV-TR osłabienie pożądania to utrzymująca się lub nawracająca niedostateczna chęć albo brak chęci do podejmowania aktywności seksualnej, powodująca dystres i utrudniająca stosunki partnerskie.¹ Mianem awersji seksualnej określa się utrzymującą się lub nawracającą niechęć w odpowiedzi na kontakty z narządami płciowymi partnera, powodującą dystres i utrudnienie kontaktów międzyludzkich.¹

Oslabienie pożądania jest najczęstszym zaburzeniem seksualnym u kobiet. Oszacowano, że występuje ono u 5,4-13,6% kobiet (rycina).^{17,18} Na podstawie przeprowadzonej w Stanach Zjednoczonych oceny reprezentatywnej grupy 2000 kobiet w wieku 30-70 lat w jednym



RYCINA

Częstość występowania zaburzeń seksualnych w dziesięcioletnich grupach wiekowych.

Pełne kółka – pożądanie, puste trójkąty – podniecenie, pełne kwadraty – orgazm, puste romby – jakiegokolwiek zaburzenie. (Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970-8.)

z badań częstość występowania tego zaburzenia wyniosła 8,3%.¹⁹

Oslabienie pożądania jest częstsze wśród kobiet w wieku 40-60 lat (rycina) oraz u kobiet po menopauzie wywołanej chirurgicznie.^{17,19} W tej grupie wiekowej zaburzenie to może być wywołane uwarunkowaniami sytuacyjnymi, takimi jak przewlekła choroba lub depresja, a także przyjmowaniem leków. Najczęściej jednak uznaje się je za zjawisko izolowane.²⁰⁻²⁶ Zanikowe zapalenie pochwy oraz operacje przeprowadzone w rejonie mięśni przepony miednicy mogą powodować ból w trakcie stosunku płciowego oraz niechęć do współżycia płciowego i zanik pragnień seksualnych.² Zaburzenia takie są również częste wśród kobiet z zaburzeniami hormonalnymi lub upośledzeniem czynności nadnerczy.^{27,28}

U młodych kobiet osłabienie pożądania wynika niejednokrotnie z uwarunkowań sytuacyjnych, takich jak zaburzenia w zakresie stosunków interpersonalnych, przewlekła choroba, depresja, przyjmowanie pewnych leków, zaburzenia ginekologiczne oraz inne czynniki hamujące.^{20,21} Lekami przyczyniającymi się do wystąpienia takich zaburzeń są leki przeciwdepresyjne, a zwłaszcza wybiórcze inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), doustne środki antykoncepcyjne i kortykosteroidy.²⁹⁻³²

Nie określono dokładnie częstości występowania zaburzeń pożądania. Nasilają ją bolesne lub dramatyczne zdarzenia życiowe. Ponieważ wiele kobiet dotkniętych tym zaburzeniem unika kontaktów płciowych, bywają one nierozpoznawalne do czasu próby zbliżenia między partnerami.^{33,34} W leczeniu wykorzystuje się psychoterapię, a u chorych odczuwających niepokój – leki przeciwdepresyjne.

ZABURZENIA PODNIECENIA PŁCIOWEGO

Zaburzenie podniecenia płciowego oznacza niezdolność do pełnej aktywności w trakcie stosunku płciowego wraz z niedostatecznym nawilżeniem błon śluzowych, powodujące dystres i utrudniające stosunki partnerskie.¹ Wyniki ankiety przeprowadzonej przez krajowy zespół badaczy w reprezentatywnej grupie kobiet w Stanach Zjednoczonych wykazują, że osiągnięcie podniecenia płciowego sprawiało wyraźną trudność u 5% z nich.¹⁷ Ponieważ takie zaburzenia często są związane z przewlekłymi chorobami narządu rodowego lub innych układów i narządów, a niekiedy z przyjmowaniem pewnych leków, ustępują zwykle po zastosowaniu skutecznego leczenia lub dostosowaniu dawek leków. Zaburzenia podniecenia płciowego są szczególnie często wywoływane przez leki, zwłaszcza SSRI.^{35,36} Występowanie tych zaburzeń towarzyszy niekiedy zanikowemu zapaleniu pochwy po samoistnej menopauzie lub wywołanej usunięciem jajników. Chore odczuwają wówczas ból podczas penetracji i mają trudności z nawilżaniem błon śluzowych narządów płciowych, co uniemożliwia odbycie stosunku płciowego.

ZABURZENIA ORGAZMU

Zgodnie z definicją DSM-IV-TR zaburzenia orgazmu u kobiet to utrzymujące się lub nawracające opóźnienie albo brak orgazmu po typowej fazie podniecenia, powodujące znaczny dystres lub utrudniające stosunki międzypartnerskie.¹ Opisywana częstość ich występowania sięga od 3,4 do 5,8%.¹⁷

Mianem pierwotnych zaburzeń orgazmu określa się stan, w którym kobieta nigdy nie zdołała osiągnąć orgazmu. Takie kobiety odczuwają typowe pożądanie, nie osiągają jednak orgazmu. Przyczynami pierwotnych zaburzeń orgazmu są często przebyte urazy lub wykorzystywanie seksualne. Mogą one też mieć podłoże genetyczne albo przyczyny ich powstania pozostają niewyjaśnione.³⁷ Na ogół nie ustępują samoistnie.³⁸ Jeśli przyczyną takich zaburzeń jest wykorzystywanie seksualne, pomocne mogą się okazać psychoterapia i terapia małżeńska. Po takich zajęciach kobietom, które nigdy nie osiągnęły orgazmu, poznanie tego uczucia ułatwia masturbacja.¹⁵ Nie opracowano dotąd skutecznego leczenia chorych z pierwotnymi zaburzeniami orgazmu z nieznaną przyczyną, które nigdy go nie osiągnęły, nawet w trakcie masturbacji.

Wtórne zaburzenia orgazmu są na ogół następstwem innych zaburzeń seksualnych. Często ich przyczyną są zaburzenia pożądania seksualnego na tle sytuacyjnym lub psychospołecznym. Mogą być też następstwem operacji w obrębie miednicy lub przyjmowania leków, np. leków przeciwdepresyjnych. Powszechną przyczyną zaburzeń orgazmu jest stosowanie SSRI.^{30,31} Powodem bywa też wiele czynników psychospołecznych, takich jak wiek, przynależność do klasy społecznej, osobowość oraz stan związku. Przekonania religijne i kulturowe cechuje ujemna korelacja ze zdolnością do przeżywania orgazmu i uważa się, że u niektórych silnie religijnych osób aktywność seksualna może wzbudzać poczucie winy.¹⁵

Leczenie chorych z wtórnymi zaburzeniami orgazmu często pozwala na przywrócenie zdolności jego odczuwania.¹⁵ Zmiana negatywnego nastawienia i zmniejszenie obaw przywracają kobietom zadowolenie z ich ciała i seksualności. Pomocna jest edukacja w technikach osiągania samozadowolenia. W leczeniu zmierzającym do zmiany zachowań uwzględnia się masturbację, ćwiczenia w nawiązywaniu kontaktów, skupianiu się na doznaniach oraz systematyczną desensytyzację.³⁹

BÓL PODCZAS STOSUNKU PŁCIOWEGO

Wyróżnia się dwie podkategorie tego zaburzenia: dyspareunię oraz pochwicę. Zgodnie z definicją DSM-IV-TR dyspareunia to utrzymujący się lub nawracający ból odczuwany podczas stosunku płciowego wywołany nie tylko brakiem nawilżenia błon śluzowych narządów płciowych lub pochwicą, powodujący dystres lub utrudniający stosunki partnerskie.¹ Mianem pochwy określa się nawracający lub utrzymujący się niezależny od woli skurcz mięśni dalszej jednej trzeciej pochwy, który utrudnia odbycie sto-

TABELA

Przyczyny, które mogą wywołać ból związany ze współżyciem płciowym

Zmiany powierzchowne	Zmiany głębokie
Sprowokowany ból w przedstonku pochwy	Endometrioza Zespół przekrwienia miednicy
Ból sromu	Śródmiaższowe zapalenie pęcherza moczowego
Przewlekłe dermatozy sromu	Tytozgięcie macicy
Zapalenie sromu lub zapalenie sromu i pochwy	Mięśniaki macicy
Kłykciny	Gruczolistość trzonu macicy
Choroby skóry (związane lub niezwiązane z zakażeniem)	Zapalenie w obrębie miednicy Zrosty w obrębie miednicy Zespół przetrwałego pęcherzyka jajnikowego Zespół jelita drażliwego Wykorzystywanie seksualne w przeszłości

Zmodyfikowano z Boardman LA, Stockdale CK. Sexual pain. Clin Obstet Gynecol 2009;52:682-90.

sunku płciowego, powodujący dystres lub utrudniający stosunki partnerskie.¹

Dyspareunia jest częstym zaburzeniem aktywności seksualnej, zwłaszcza u kobiet po menopauzie, u których występuje z częstością sięgającą od 8 aż do 22%.⁴⁰⁻⁴¹ Ostatnio zasugerowano, że dyspareunia jest dolegliwością bólową wynikającą raczej z seksualności niż z zaburzeń sprawności seksualnej przebiegających z bólem. Byłaby zatem swoistym rodzajem bólu uzależnionym od wzajemnych oddziaływań czynników psychologicznych, biologicznych i okolicznościowych.³⁸ Ból pochwy występuje na ogół odruchowo w odpowiedzi na ból przedstonka pochwy, niedostateczne nawilżenie błon śluzowych lub pochwicę. Dotknięcie gazikiem sromu lub pochwy albo wprowadzenie palca do pochwy podczas badania przedmiotowego chorej wywołują odczucia naśladujące ból w trakcie stosunku płciowego. Współistnienie nieprawidłowości fizjologicznych wykrywa się zwykle podczas badania palpacyjnego pochwy, macicy i cewki moczowej. Określenie czynników wywołujących i podtrzymujących dolegliwości ma zasadnicze znaczenie dla ustalenia rozpoznania. Nieodczuwanie pożądania i zaburzenia podniecenia towarzyszące dyspareunii mogą z czasem nasilać dolegliwości bólowe, ponieważ nieodczuwanie podniecenia podczas aktywności seksualnej często powoduje dyskomfort fizyczny.^{2,38} W rozpoznaniu różnicowym uwzględnia się wiele nieprawidłowości (tabela).

Pochwica występuje stosunkowo rzadko, u 1-6% chorych.² U niektórych przyczyną jej pojawienia się jest obawa przed spodziewanym bólem.³⁸ U części kobiet

pochwica występuje jedynie podczas współżycia płciowego, u innych jedynie ze strachu w trakcie badania miednicy. Niektóre kobiety były zadowolone ze współżycia płciowego i osiągały orgazm, a mimo to pojawia się u nich pochwica, która nie pozwala na odbycie stosunku płciowego z uwagi na niemożność penetracji.^{2,33,38} Pochwica prowadzi często do osłabienia pożądania i niechęci do współżycia płciowego. Uwarunkowania sytuacyjne i psychospołeczne powodujące jej wystąpienie są podobne do wymienionych wyżej i ustępują w odpowiedzi na ich prawidłowe leczenie. Poza tym pochwica może wystąpić w przebiegu chorób narządu rodowego, przewlekłych chorób innych układów i narządów lub z powodu stosowania niektórych leków. Ustępuje po leczeniu lub dostosowaniu dawek leków.^{2,33,38,40}

Najsukuteczniejszą metodą leczenia jest skojarzenie psychoterapii poznawczej i behawioralnej, nazywane zwykle systematyczną desensytyzacją. Kobiety są uczone technik rozluźniania mięśni, wykorzystywanego podczas ćwiczeń polegających na stopniowym wprowadzaniu do pochwy urządzeń (zwykle rozszerzadeł) powiększających jej średnicę. Celem takiego postępowania jest pozbawienie kobiety obaw, że penetracja będzie bolesna oraz że straci ona kontrolę nad czuciem w trakcie stosunku płciowego lub badania miednicy. Dzięki temu mięśnie pochwy przestaną się odruchowo kurczyć w obronie przed penetracją pochwy. Jeśli leczenie nie przynosi poprawy, często pomaga skierowanie chorej na fizykoterapię mięśni dna miednicy.^{2,33,38}

Rozważania kliniczne i zalecenia

Jakie powinno być postępowanie wstępne z chorą zgłaszającą się z powodu zaburzeń seksualnych?

Lekarz, któremu zagadnienie nie jest obce, zna chorą, ponieważ zgłaszała się do niego wcześniej, a przy tym jest troskliwy, potrafi okazać współczucie i zdaje sobie sprawę ze znaczenia zdrowia związanego ze sferą seksualną, jest dla kobiety tą osobą, z którą rozmowa o problemach związanych z jej sprawnością seksualną jest najmniej kłopotliwa.⁴² Należy zacząć od rozmowy dotyczącej współżycia płciowego chorej i niepokojących ją objawów. Zwykle wystarczy w tym celu zadanie kilku pytań lub wypełnienie przez chorą kwestionariusza przesiewowego.^{4,43} Przydatnym narzędziem wstępnej oceny przesiewowej może być zestaw pytań Brief Sexual Symptoms dla kobiet, opracowany przez International Consultation in Sexual Medicine (ramka). Wypełnienie kwestionariusza pozwala uświadomić kobiecie, że mówienie o zdrowiu seksualnym jest ważne i nie ma w tym nic niewłaściwego. W starannie zebrany wywiadzie dotyczącym życia seksualnego trzeba uwzględnić informacje dotyczące współistniejących i przebytych chorób, operacji, sytuacji społecznej i zdrowia psychicznego.^{2,43-45} Ważne są też dane o stosowanych lekach zarówno przepisanych na receptę, jak i kupowanych bez recepty, a także

pełna ocena ginekologiczna ze szczególnym uwzględnieniem obszarów odgrywających rolę w życiu seksualnym. Po przeprowadzeniu oceny wstępnej można rozpocząć leczenie lub, w zależności od uznania i wyszkolenia lekarza, skierować chorą do specjalisty, np. do poradni małżeńskiej lub seksuologa.

Które leki upośledzają sprawność seksualną kobiet?

Wiele leków kupowanych na receptę i bez niej może zaburzać sprawność seksualną. Są wśród nich leki psychotropowe, obniżające ciśnienie tętnicze krwi, antagoniści histaminy oraz leki hormonalne.

Grupą leków najczęściej upośledzających sprawność seksualną są SSRI. Powodują one głównie zaburzenia orgazmu, osłabienie pożądania i podniecenia.³⁶ Na te działania niepożądane nakłada się depresja, która może upośledzać sprawność seksualną kobiety jeszcze przed rozpoczęciem leczenia.⁴⁶ U niektórych chorych dolegliwości łagodzi często zmniejszenie dawek leków. Korzystna bywa również zmiana leku antydepresyjnego na inny, choć czasem również i ten drugi może zaburzać sprawność seksualną. Niektórym pomagają przerwy w podawaniu leku, nie są jednak one zawsze możliwe. Warto skonsultować się z doświadczonym psychiatrą, który pomógłby odróżnić typowe upośledzenie sprawności seksualnej u kobiet od zaburzeń spowodowanych działaniem niepożądanym leków. Poprawa sprawności seksualnej może nastąpić dzięki dostosowaniu dawkowania oraz długotrwałej obserwacji.

Jak na sprawność seksualną wpływa histerektomia?

Jak wpływa na tę sprawność histerektomia nadszyjkowa w porównaniu z usunięciem macicy wraz z szyjką?

W Stanach Zjednoczonych głównymi wskazaniami do usunięcia macicy są mięśniaki macicy, zaburzenia miesiączkowania, wypadanie macicy i endometrioza. Wszystkie te stany pogarszają jakość życia i sprawność seksualną.⁴⁷ Poza zagrożeniami związanymi z samą operacją duże obawy budzi również sprawność seksualna po zabiegu.^{48,49}

Za przyczyny upośledzenia tej sprawności uważa się skrócenie pochwy w następstwie histerektomii przezbrzuszej, co może być przyczyną bólów w trakcie stosunku płciowego. Brak szyjki macicy i śluzu szyjkowego może nasilać uczucie suchości pochwy. Ponadto, zdaniem niektórych autorów, kobieta po usunięciu macicy nie jest w stanie osiągnąć silnego i zadowalającego orgazmu.⁵⁰⁻⁵² Opublikowano jednak również wiele prospektywnych badań, w których udokumentowano złagodzenie bólu podczas stosunku płciowego po histerektomii, niezależnie od zastosowanej metody operacyjnej.⁵³⁻⁵⁷

W badaniach prospektywnych poświęconych wpływowi histerektomii na sprawność seksualną po operacji nie stwierdzono różnic między chorymi po całkowitej i nadszyjkowej histerektomii.⁵⁷⁻⁶⁰ W jednym z badań oce-

Ramka

Skrócona lista pytań oceniających objawy zaburzeń seksualnych u kobiet

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania oceniające czynności seksualne:

1. Czy jest Pani zadowolona ze swej aktywności seksualnej?
_Tak _Nie
Jeśli nie, proszę kontynuować.
2. Od jak dawna nie jest Pani zadowolona ze swej aktywności seksualnej?
- 3a. Problem(y) związany(e) z Pani sprawnością seksualną polega(ją) na (proszę zaznaczyć jeden lub więcej):
_1 Niewielkim zainteresowaniu lub braku zainteresowania współżyciem płciowym
_2 Zmniejszeniu wrażliwości narządów płciowych
_3 Zmniejszeniu nawilżenia pochwy (suchości)
_4 Trudności w osiągnięciu orgazmu
_5 Odczuwaniu bólu w trakcie stosunku płciowego
_6 Występowaniu innych zaburzeń
- 3b. Który z tych problemów jest najbardziej uciążliwy (proszę zakreślić kółkiem)
1 2 3 4 5 6
4. Czy chciałaby Pani porozmawiać o tych problemach ze swoim lekarzem?
_Tak _Nie

Przedrukowano z Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EI, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. J Sex Med. 2010;7:337-48.

niających zadowolenie ze współżycia płciowego stwierdzono, że kobiety odczuwały je równie często przed operacją, jak i rok po operacji, niezależnie od metody, jaką usunięto macicę.⁵⁹ W innym badaniu, podczas którego porównywano wyniki histerektomii nadszyjkowej z wynikami całkowitej histerektomii z dostępu brzuszego, w obu grupach kobiet przed i po operacji obserwowano podobną częstość odbywania stosunków płciowych i osiągania orgazmu oraz podobną ocenę jakości współżycia płciowego z partnerem.⁵⁸ W trzecim z badań po dwóch latach od operacji nie stwierdzono różnic w sprawności seksualnej ani wynikach oceny jakości życia związanej ze stanem zdrowia, uwzględniającej pożądanie, częstość osiągania orgazmu i jego jakość oraz obraz własnego ciała między chorymi po histerektomii nadszyjkowej a chorymi po całkowitej histerektomii brzusznej.⁶⁰

Jaki jest wpływ leczenia estrogenami na sprawność seksualną?

Wyniki przeprowadzonych ostatnio badań poświęconych suplementacji hormonalnej skłoniły do ponownej oceny słuszności powszechnego stosowania estrogenów, doustnie lub miejscowo, u kobiet po menopauzie.⁶¹ Estrogeny wpływają na sprawność seksualną, utrzymując właściwy stan i czynność wydzielniczą tkanek narządu rodowego, a także napięcie i elastyczność mięśni miednicy. Miejscowe podanie estrogenów do pochwy ułatwia jej nawilżenie dzięki

zwiększeniu przepuszczalności przestrzeni międzykomórkowej oraz zwiększeniu przepływu krwi w nabłonku.⁶² Stosowanie estrogenów dopochwowych u kobiet ze zmianami zanikowymi w przebiegu menopauzy łagodzi ból podczas stosunku płciowego, zmniejsza suchość pochwy, poprawia wskaźniki dojrzewania błony śluzowej pochwy oraz obniża pH pochwy.⁶³ Działanie estrogenów w narządach płciowych najlepiej poznano dzięki badaniom następstw ich niedoboru. W okresie, w którym dochodzi do zaprzestania miesiączkowania, wydzielanie estrogenów jest zmienne, a po menopauzie zmniejsza się do bardzo niskich wartości. Zaprzestanie podawania estrogenów zwiększa wrażliwość tkanek, częstość zakażeń pochwy i dróg moczowych, powoduje podrażnienie, suchość, ból narządu rodnego i narządów dolnych dróg moczowych, a także czyni pochwę podatną na obrażenia urazowe.^{7,16,64} Zmniejszenie stężeń estrogenów pobudza zanik błony śluzowej sromu i pochwy, co przyczynia się do występowania bólu i powstawania obrażeń urazowych podczas stosunku płciowego.

Stosowanie doustnych estrogenów nie zawsze hamuje zanik błony śluzowej sromu i pochwy, może być zatem wskazane podawanie estrogenów miejscowo.⁶⁵ Są one najskuteczniejsze w zwalczaniu, upośledzających sprawność seksualną, zmian zanikowych sromu i pochwy.^{65,66} Tabletki, żele, kremy i krążki dopochwowe wydają się równie skuteczne, a wybór postaci leku powinien uwzględniać preferencje chorej.⁶⁷ Wchłanianie estrogenów dopochwowych do krążenia układowego jest ograniczone, ale nadal budzi obawy, sprawia bowiem, że u chorych leczonych stężenie estrogenów w surowicy jest większe niż u chorych nieleczonych. Należy zatem stosować estrogeny w jak najmniejszych dawkach i jak najkrócej, tylko na tyle, by złagodzić objawy.^{23,68} Nie ustalono, jak długo powinno trwać leczenie, ale niektórzy eksperci zalecają podawanie estrogenów codziennie przez kilka tygodni, po czym stopniowe zmniejszanie ich dawek, w zależności od ustępowania objawów.⁶⁹

U kobiet, które nie mogą lub nie chcą przyjmować estrogenów, można stosować nieestrogenowe środki nawilżające. Są to płyny lub kremy na bazie wody bądź silikonu. Nie służą leczeniu przyczyn zaburzenia sprawności seksualnej, pomagają jednak łagodzić ból w trakcie stosunku płciowego.

Jakie są dowody skuteczności leków wazoaktywnych (np. sildenafilu) u kobiet z zaburzeniami orgazmu?

Cytrynian sildenafilu zwiększa przepływ krwi w lechtaczce i pochwie na podobnej zasadzie, jak w ciałach jamistych mężczyzn z zaburzeniami wzwodu prącia. Wyniki randomizowanych badań klinicznych przeprowadzonych z udziałem kobiet leczonych z powodu zaburzeń podniecenia seksualnego okazały się sprzeczne.^{32,70-72} W badaniach z użyciem sildenafilu oceniano następstwa braku obrzęku naczyniowego. Po stosowaniu tego leku stwierdzono przekrwienie ściany pochwy w trakcie działania

bodźców wywołujących pobudzenie seksualne, nie obserwowano jednak subiektywnego odczuwania podniecenia. Podczas badania przeprowadzonego z udziałem 98 kobiet przyjmujących SSRI z powodu depresji porównano skuteczność sildenafilu z placebo w zwalczaniu zaburzeń orgazmu. W grupie sildenafilu stwierdzono poprawę punktacji w skali Clinical Global Impression Sexual Function.⁷³ Przed zaleceniem wykorzystywania sildenafilu w leczeniu kobiet z zaburzeniami seksualnymi należy jednak przeprowadzić dalsze badania z zastosowaniem tego preparatu.

Jakie są dowody bezpieczeństwa i skuteczności urządzeń stosowanych w leczeniu zaburzeń podniecenia?

Amerykańska Food and Drug Administration (FDA) zarejestrowała do leczenia zaburzeń lechtaczki urządzenie zasilane baterią. Otacza się nim bezpośrednio lechtaczkę, po czym wytwarza próżnię, by zwiększyć napływ krwi do lechtaczki i wywołać jej obrzmienie.⁷⁴ Skuteczność tego urządzenia w uzyskiwaniu orgazmu, zwiększeniu nawilżenia narządów płciowych, ich czucia oraz pogłębieniu odczuwania satysfakcji ze współżycia płciowego oceniano w kilku niewielkich badaniach pilotażowych.⁷⁵ Urządzenia te najlepiej służą kobietom z zaburzeniami podniecenia i orgazmu. Nie obserwowano działań niepożądanych po ich stosowaniu.

Jakie są najlepsze formy i drogi podania androgenów w leczeniu osłabionego pożądania seksualnego?

U kobiet w wieku rozrodczym stężenia androgenów są małe, ale po menopauzie nie obserwuje się zmniejszania ich stężenia.^{76,77} W wielu badaniach wykazano, że suplementacja androgenów nasila pożądanie i zwiększa aktywność seksualną, ale w równie wielu innych nie wykazano takiej zależności. Uzyskano dotąd niewiele odległych perspektywnych danych dotyczących przydatności androgenów w leczeniu kobiet z zaburzeniami seksualnymi. Testosteron, androgen najczęściej wykorzystywany w androgenowej terapii zastępczej, nie został zarejestrowany przez FDA do leczenia kobiet, u których doszło do osłabienia pożądania seksualnego, a dowodów zasadności jego długotrwałego stosowania (ponad pół roku) jest niewiele.⁷⁸⁻⁸⁷ W praktyce klinicznej nie udowodniono przydatności monitorowania stężeń androgenów przed rozpoczęciem leczenia ani w jego trakcie.^{88,89}

Najwięcej badań poświęcono ocenie testosteronu uwalnianego z plastra i działającego przezskórnie. FDA nie zarejestrowała jednak takich plastrów, w Stanach Zjednoczonych nie są one zatem stosowane w leczeniu pacjentek, u których doszło do osłabienia pożądania seksualnego.⁹⁰ Przeprowadzono wiele randomizowanych badań klinicznych ze ślepą próbą, podczas których takie plastry zastosowano u niemal 3000 kobiet po menopauzie (naturalnej lub wywołanej chirurgicznie) z osłabionym pożądaniem seksualnym.⁷⁸⁻⁸⁶ We wszystkich wykazano

zależne od dawki znaczne nasilenie pożądania wśród kobiet stosujących plastry zawierające co najmniej 300 μg testosteronu na dobę w porównaniu z kobietami z grupy placebo. W zależności od projektu wykorzystywano plastry uwalniające różne dawki testosteronu (150, 300 lub 450 $\mu\text{g}/24$ h). Oceniano działanie leku podawanego w dawkach zbliżonych do najmniejszej lub największej ilości testosteronu wytwarzanego u kobiet przed menopauzą. Po zastosowaniu dawki 300 $\mu\text{g}/24$ h obserwowano wyraźne nasilenie pożądania, przy niewielu działaniach niepożądanych. Natomiast podanie testosteronu w dawce 150 $\mu\text{g}/24$ h miało śladowy wpływ. W trakcie pierwszych 24 tygodni trwania badań działania niepożądane testosteronu były minimalne i nie obserwowano różnic między grupami, poza niewielkim podrażnieniem skóry w miejscu przeklejenia plastra oraz śladowym hirsutyzmem.

Przeprowadzono kilka badań oceniających przydatność testosteronu w leczeniu osłabienia pożądania seksualnego u kobiet przed menopauzą. Podczas randomizowanego badania z grupą kontrolną, w którym uczestniczyło 31 kobiet (w wieku 31-45 lat), stosowanie testosteronu w postaci kremu powodowało istotną statystycznie poprawę sprawności seksualnej, ocenianej przez kobiety po 12 tygodniach.⁹¹ W badaniu przeprowadzonym z udziałem 261 kobiet (w wieku 35-46 lat) wykorzystywano testosteron w aerozolu podawany w trzech różnych dawkach. Po 16 tygodniach stwierdzono istotne statystycznie zwiększenie zadowolenia ze współżycia płciowego wśród kobiet przyjmujących testosteron w jednej z dwóch większych dawek w porównaniu z obserwowanym w grupie placebo.⁹²

Stosowanie metylotestosteronu, zmikronizowanego testosteronu, a także dehydroepiandrosteronu jest możliwe poza zarejestrowanymi wskazaniami lub w formie recepturowej. Ich działanie oceniano jednak w niewielu prospektywnych randomizowanych badaniach klinicznych dostarczających danych dobrej jakości.^{93,94} Doniesienia przedstawiające wspólne stanowisko członków Endocrine Society i North American Menopause Society zalecają zachowanie ostrożności w stosowaniu tych preparatów.^{88,89}

Jakie zagrożenia są związane z leczeniem androgenami i jak należy monitorować chore?

Głównymi zagrożeniami wynikającymi ze stosowania androgenowej terapii zastępczej u kobiet są: hirsutyzm, trądzik, wirylizacja oraz powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego. Opisywano też prawdopodobny związek z rakiem piersi.

HIRSUTYZM

W badaniach przeprowadzonych z udziałem kobiet przyjmujących testosteron z powodu zaburzeń podniecenia płciowego hirsutyzm lub nadmierne owłosienie obserwowano u 3-20% leczonych.^{86,93,95,96} Podczas dużego pro-

spektywnego badania, którego uczestniczki otrzymywały testosteron podawany przezskórnie (150 vs 300 μg vs placebo) z powodu osłabienia pożądania, obfitość owłosienia zwiększała się w miarę zwiększania dawek testosteronu, choć stężenia wolnego testosteronu zaledwie nieznacznie korelowały z nasileniem hirsutyzmu, a w grupie z nadmiernym owłosieniem prawdopodobieństwo przerywania leczenia nie było wcale większe.⁸⁶

TRĄDZIK

Trądzik opisywano u mniej niż 10% chorych leczonych testosteronem. W badaniach porównujących działanie testosteronu stosowanego wraz z estrogenem z działaniem samego tylko estrogenu nie obserwowano różnic w częstości występowania trądziku.^{78,81}

WIRYLIZACJA

Wirylizację stwierdza się rzadko i przede wszystkim po podawaniu testosteronu w dawkach przekraczających fizjologiczne.⁹⁷ Przyjmowanie go w dawkach stosowanych z powodu osłabienia pożądania seksualnego powoduje powiększenie łechtaczki, pogłębienie głosu, zwiększenie masy mięśniowej i przemijające łysienie tylko u pojedynczych pacjentek.^{78,81} Jeśli cechy wirylizacji pojawiają się u kobiet otrzymujących małe dawki testosteronu, uznaje się je zwykle za nieznacznie nasilone.⁸⁶

ZAGROŻENIA ZE STRONY UKŁADU

SERCOWO-NACZYNIOWEGO

Uzyskane dotąd dane dotyczące działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego, obserwowanych u kobiet leczonych testosteronem z powodu osłabienia pożądania, pochodzące z prospektywnych badań o długim okresie obserwacji są skąpe.⁷⁸ Wykazano jednak, że skojarzenie metylotestosteronu ze zestyfikowanymi estrogenami powodowało istotne zmniejszenie stężenia cholesterolu lipoprotein o dużej gęstości (high-density lipoprotein, HDL) oraz zwiększenie wartości stosunku cholesterolu całkowitego do HDL, a także istotne zmniejszenie stężeń triglicerydów.⁹⁸ Przeprowadzono niewiele prospektywnych badań o długotrwałej obserwacji dostarczających danych dotyczących działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego u kobiet otrzymujących testosteron z powodu osłabienia pożądania.⁷⁸ Wśród transseksualistów zmieniających płeć z żeńskiej na męską przyjmujących testosteron w dawkach większych niż fizjologiczne (160 mg/24 h undekanianu testosteronu doustnie) ryzyko wystąpienia działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego (zawału mięśnia sercowego, nadciśnienia tętniczego oraz zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych) nie było większe od spodziewanego w ogólnej populacji mężczyzn.⁹⁹

Uzasadnione jest monitorowanie kobiet rozpoczynających terapię zastępczą androgenami. Polega ono na oznaczaniu stężeń lipidów w surowicy i wykonywaniu badań

czynnościowych wątroby. Poznanie krążeniowo-naczyniowych następstw przyjmowania testosteronu przez kobiety wymaga większej liczby danych pochodzących z długotrwałych obserwacji.

RAK PIERSI

W badaniu poświęconym leczeniu kobiet z powodu osłabienia pożądania opisywano przypadki wystąpienia raka piersi, nie wiadomo jednak, czy były one przypadkowe, czy też istniały związki przyczynowo-skutkowe między leczeniem a rozwojem nowotworu.⁸⁶ W badaniu obserwacyjnym Women's Health Initiative opisano nieistotne zwiększenie liczby rozpoznań inwazyjnego raka piersi u kobiet przyjmujących testosteron i androgeny w porównaniu z liczbą takich rozpoznań w grupie kontrolnej (skorygowany iloraz zagrożeń 1,42, 95% przedział ufności 0,95-2,11).¹⁰⁰

Podsumowanie zaleceń i wniosków

Poniższe rekomendacje oparto na przekonujących i zgodnych dowodach naukowych (stopień zaleceń A):

- Wykazano skuteczność testosteronu stosowanego przezskórnie we wczesnym okresie leczenia kobiet, u których doszło do osłabienia pożądania. Uzyskano natomiast niewiele dowodów długotrwałej (przekraczającej pół roku) skuteczności takiego postępowania.

Poniższe rekomendacje oparto na ograniczonych lub niespójnych dowodach naukowych (stopień zaleceń B):

- W prospektywnych badaniach mających na celu ocenę wpływu histerektomii na sprawność seksualną kobiet po operacji nie wykazano różnic między wynikami uzyskanymi po całkowitej histerektomii w porównaniu z wynikami częściowej histerektomii.
- Podawanie estrogenów dopochwowo w celu leczenia kobiet z zanikiem błony śluzowej po menopauzie łagodziło ból odczuwany podczas stosunku płciowego, zmniejszało suchość pochwy, poprawiało wskaźnik dojrzewania błony śluzowej pochwy oraz zmniejszało wartość pH w pochwie.
- Głównymi zagrożeniami wynikającymi z zastosowania zastępczej terapii androgenowej u kobiet są hirsutyzm, trądzik, wirylizacja i powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego. Analizuje się również możliwość wpływu na rozwój raka piersi.

Poniższe rekomendacje oparto na konsensusie i opinii ekspertów (stopień zaleceń C):

- Wśród zaburzeń seksualnych u kobiet można wyróżnić następujące kategorie: zaburzenia pożądania, zaburzenia podniecenia płciowego, zaburzenia w osiągnięciu orgazmu i zaburzenia powodujące ból podczas stosunku płciowego. Najczęściej obserwuje się zaburzenia polegające na osłabieniu pożądania.

- Zgromadzenie pełnego wywiadu dotyczącego życia seksualnego polega na uzyskaniu danych dotyczących obecnego i wcześniejszego stanu zdrowia, przebytych operacji, uwarunkowań społecznych oraz stanu zdrowia psychicznego.
- Lekami najczęściej upośledzającymi sprawność seksualną są SSRI. Powodują one głównie zaburzenia w osiągnięciu orgazmu, osłabienie pożądania oraz zmniejszenie podniecenia płciowego.
- Nie uzyskano dowodów przydatności w praktyce klinicznej monitorowania stężeń androgenów przed lub w trakcie leczenia z powodu osłabienia pożądania.
- Po przeprowadzeniu oceny wstępnej można rozpocząć leczenie lub, w zależności od uznania i wyszkolenia lekarza, skierować chorą do specjalisty, np. psychologa w poradni małżeńskiej lub seksuologa.

Pomocne źródła

Wymienione niżej pomocne źródła podano jedynie w celach informacyjnych. Odniesienie się do tych źródeł i stron internetowych nie oznacza, że zawarte w nich informacje zyskały aprobatę American College of Obstetricians and Gynecologists. Ponadto American College of Obstetricians and Gynecologists nie zatwierdziło stosowania żadnego z dostępnych na rynku produktów reklamowanych przez wymienione organizacje lub dostępnych za ich pośrednictwem ani produktów wymienianych na podanych stronach internetowych. Nie jest to lista wszechstronna. Pominięcie niektórych źródeł lub stron internetowych nie świadczy niekorzystnie o ich jakości. Należy pamiętać, że zawartość stron internetowych i URL może się zmienić bez wcześniejszej zapowiedzi.

American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists
<http://www.aasect.org>

The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

Temat strony internetowej: Seks i seksualność
http://www.acog.org/departments/dept_notice.cfm?recno=20&bulletin=3344

American Society for Reproductive Medicine
<http://www.asrm.org>

Kinsey Institute
<http://www.indiana.edu/~kinsey>

International Society for the Study of Women's Sexual Health
<http://www.isswsh.org>

North American Menopause Society
<http://www.menopause.org>

Society for the Scientific Study of Sexuality (SSSS)
<http://www.sexscience.org>

American Physical Therapy Association
<http://www.apta.org>

Copyright © April 2011 by the American College of Obstetricians and Gynecologists. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, posted on the Internet, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from the publisher.

PIŚMIENNICTWO

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text rev. Washington, DC: APA; 2000. (Level III)
- Basson R. Sexuality and sexual disorders. Clin Update Womens Health Care 2003;11(2):1-94. (Level III)
- Kingsberg SA. Taking a sexual history. Obstet Gynecol Clin North Am 2006;33:535-47. (Level III)
- Kinsey AC. Sexual behavior in the human female. Philadelphia (PA): Saunders; 1953. (Level III)
- Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston (MA): Little, Brown and Company; 1966. (Level III)
- Kaplan HS. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York (NY): Simon and Schuster; 1979. (Level III)
- Davis SR, Guay AT, Shifren JL, Mazer NA. Endocrine aspects of female sexual dysfunction. J Sex Med 2004;1:82-6. (Level III)
- Archer JS, Love-Geffen TE, Herbst-Damm KL, Swinney DA, Chang JR. Effect of estradiol versus estradiol and testosterone on brain-activation patterns in postmenopausal women. Menopause 2006;13:528-37. (Level III)
- Gizewski ER, Krause E, Karama S, Baars A, Senf W, Forsting M. There are differences in cerebral activation between females in distinct menstrual phases during viewing of erotic stimuli: a fMRI study. Exp Brain Res 2006;174:101-8. (Level II-3)
- Bartels A, Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. Neuroimage 2004;21:1155-66. (Level III)
- Lorrain DS, Riolo JV, Matuszewicz L, Hull EM. Lateral hypothalamic serotonin inhibits nucleus accumbens dopamine: implications for sexual satiety. J Neurosci 1999;19:7648-52. (Level III)
- Abraham GE. Ovarian and adrenal contribution to peripheral androgens during the menstrual cycle. J Clin Endocrinol Metab 1974;39:340-6. (Level III)
- Jeong GW, Park K, Youn G, Kang HK, Kim HJ, Seo JJ, et al. Assessment of cerebrocortical regions associated with sexual arousal in premenopausal and menopausal women by using BOLD-based functional MRI. J Sex Med 2005;2:645-51. (Level II-3)
- Exton MS, Bindert A, Kruger T, Scheller F, Hartmann U, Schedlowski M. Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. Psychosom Med 1999;61:280-9. (Level III)
- Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. Annu Rev Sex Res 2004;15:173-257. (Level III)
- Shifren JL, Schiff I. Role of hormone therapy in the management of menopause. Obstet Gynecol 2010;115:839-55. (Level III)
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol 2008;112:970-8. (Level II-3)
- Segraves R, Woodard T. Female hypoactive sexual desire disorder: History and current status. J Sex Med 2006;3:408-18. (Level III)
- West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. Arch Intern Med 2008;168:1441-9. (Level II-3)
- Orentreich N, Brind JL, Rizer RL, Vogelmann JH. Age changes and sex differences in serum dehydroepiandrosterone sulfate concentrations throughout adulthood. J Clin Endocrinol Metab 1984;59:551-5. (Level II-3)
- Rotter JJ, Wong FL, Lifrak ET, Parker LN. A genetic component to the variation of dehydroepiandrosterone sulfate. Metabolism 1985;34:731-6. (Level III)
- Crawford S, Santoro N, Laughlin GA, Sowers MF, McConnell D, Sutton-Tyrrell K, et al. Circulating dehydroepiandrosterone sulfate concentrations during the menopausal transition. J Clin Endocrinol Metab 2009;94:2945-51. (Level II-2)
- Labrie F, Belanger A, Cusan L, Gomez JL, Candau B. Marked decline in serum concentrations of adrenal C19 sex steroid precursors and conjugated androgen metabolites during aging. J Clin Endocrinol Metab 1997;82:2396-402. (Level III)
- Hornsby PJ. Biosynthesis of DHEAS by the human adrenal cortex and its age-related decline. Ann N Y Acad Sci 1995;774:29-46. (Level III)
- Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. Fertil Steril 2002;77 (suppl 4):S42-8. (Level II-2)
- Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. J Sex Med 2006;3:212-22. (Level II-3)
- Johannsson G, Burman P, Wiren L, Engstrom BE, Nilsson AG, Ottosson M, et al. Low dose dehydroepiandrosterone affects behavior in hypopituitary androgen-deficient women: a placebo-controlled trial. J Clin Endocrinol Metab 2002;87:2046-52. (Level I)
- Zang H, Davis SR. Androgen replacement therapy in androgen-deficient women with hypopituitarism. Drugs 2008;68:2085-93. (Level III)
- Davis AR, Castano PM. Oral contraceptives and libido in women. Annu Rev Sex Res 2004;15:297-320. (Level III)
- Stimmel GL, Gutierrez MA. Sexual dysfunction and psychotropic medications. CNS Spectr 2006;11:24-30. (Level III)
- Montejo-Gonzalez AL, Llorca G, Izquierdo JA, Ledesma A, Bousono M, Calcedo A, et al. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. J Sex Marital Ther 1997;23:176-94. (Level II-3)
- Caruso S, Intelisano G, Lupo L, Agnello C. Premenopausal women affected by sexual arousal disorder treated with sildenafil: a double-blind, cross-over, placebo-controlled study. BJOG 2001;108:623-8. (Level II-3)
- Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction [published erratum appears in Obstet Gynecol 2001;98:522]. Obstet Gynecol 2001;98:350-3. (Level III)
- Kingsberg SA, Janata JW. Female sexual disorders: assessment, diagnosis, and treatment. Urol Clin North Am 2007;34:497-506, v-vi. (Level III)
- Graziottin A. Latrogenic and post-traumatic female sexual disorder. In: Porst H, Buvat J, editors. Standard practice in sexual medicine. Malden (MA): Blackwell; 2006. p. 351-61. (Level III)
- Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. J Clin Psychopharmacol 2009;29:157-64. (Level III)
- Dunn KM, Cherkas LF, Spector TD. Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study. Biol Lett 2005;1:260-3. (Level II-3)
- Binik YM, Reissing E, Pukall C, Flory N, Payne KA, Khalife S. The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction? Arch Sex Behav 2002;31:425-9. (Level III)
- McCabe MP. Anorgasmia in women. J Fam Psychother 2009;20:177-97. (Level III)
- Steege JF, Zolnoun DA. Evaluation and treatment of dyspareunia. Obstet Gynecol. 2009;113:1124-36. (Level III)
- Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. BMJ 2006;332:749-55. (Systematic Review)
- Risen CB. A guide to taking a sexual history. Psychiatr Clin North Am 1995;18:39-53. (Level III)
- Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. J Sex Med 2010;7:337-48. (Level III)
- Tomlinson J. ABC of sexual health: taking a sexual history. BMJ 1998;317:1573-6. (Level III)
- Kingsberg S. Just ask! Talking to patients about sexual function. Sex Reprod Menopause 2004;2:199-203. (Level III)
- Hensley PL, Nurnberg HG. SSRI sexual dysfunction: a female perspective. J Sex Marital Ther 2002;28(suppl 1):143-53. (Level III)
- Falcone T, Walters MD. Hysterectomy for benign disease. Obstet Gynecol 2008;111:753-67. (Level III)
- Lalinec-Michaud M, Engelsmann F. Anxiety, fears and depression related to hysterectomy. Can J Psychiatry 1985;30:44-7. (Level III)
- Dennerstein L, Wood C, Burrows GD. Sexual response following hysterectomy and oophorectomy. Obstet Gynecol 1977;49:92-6. (Level III)
- Jewett JG. Vaginal length and incidence of dyspareunia following total abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1952;63:400-7. (Level III)
- Kilku P, Gronroos M, Hirvonen T, Rauramo L. Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on libido and orgasm. Acta Obstet Gynecol Scand 1983;62:147-52. (Level II-3)
- Oldenhave A, Jaszmann LJ, Haspels AA, Everaerd WT. Impact of climacteric on well-being. A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. Am J Obstet Gynecol 1993;168:772-80. (Level II-3)
- Kilku P. Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia. Acta Obstet Gynecol Scand 1983;62:141-5. (Level II-3)
- Virtanen H, Makinen J, Tenho T, Kiihola P, Pitkanen Y, Hirvonen T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. Br J Urol 1993;72:868-72. (Level III)
- Helstrom L, Lundberg PO, Sorbom D, Backstrom T. Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. Obstet Gynecol 1993;81:357-62. (Level II-3)

56. Rhodes JC, Kjerulf KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999;282:1934–41. (Level II-2)
57. Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, Filtenborg T, Jakobsen K, Sorensen HC, et al. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:191–6. (Level I)
58. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002;347:1318–25. (Level I)
59. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Filtenborg T, Gluud C, Tabor A. Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results. *BJOG* 2003;110:1088–98. (Level I)
60. Kuppermann M, Summitt RL Jr, Varner RE, McNeely SG, Goodman-Gruen D, Learman LA, et al. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial. Total or Supracervical Hysterectomy Research Group. *Obstet Gynecol* 2005;105:1309–18. (Level I)
61. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. *JAMA* 2002;288:321–33. (Level I)
62. Gorodeski GI. Aging and estrogen effects on transcervical-transvaginal epithelial permeability. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:345–51. (Level III)
63. Ayton RA, Darling GM, Murkies AL, Farrell EA, Weisberg E, Selinus I, et al. A comparative study of safety and efficacy of continuous low dose oestradiol released from a vaginal ring compared with conjugated equine oestrogen vaginal cream in the treatment of postmenopausal urogenital atrophy. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:351–8. (Level I)
64. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology* 1999;54:385–91. (Level III)
65. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. *Mayo Clin Proc* 2010;85:87–94. (Level III)
66. Lara LA, Useche B, Ferriani RA, Reis RM, de Sa MF, de Freitas MM, et al. The effects of hypoestrogenism on the vaginal wall: interference with the normal sexual response. *J Sex Med* 2009;6:30–9. (Level III)
67. Suckling JA, Kennedy R, Lethaby A, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD001500. DOI: 10.1002/14651858.CD001500.pub2. (Meta-analysis)
68. Notelovitz M, Funk S, Nanavati N, Mazzeo M. Estradiol absorption from vaginal tablets in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 2002;99:556–62. (Level I)
69. Bachmann GA. Influence of menopause on sexuality. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995;40(suppl 1):16–22. (Level III)
70. Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughie S. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. Sildenafil Study Group. *J Urol* 2003;170:2333–8. (Level I)
71. Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gen Based Med* 2002;11:367–77. (Level I)
72. Basson R, Brotto LA. Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: a randomised controlled trial. *BJOG* 2003;110:1014–24. (Level I)
73. Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, Croft HA, Debattista C, Paine S. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;300:395–404. (Level I)
74. Wilson SK, Delk JR 2nd, Billups KL. Treating symptoms of female sexual arousal disorder with the Eros-Clitoral Therapy Device. *J Gend Specif Med* 2001;4:54–8. (Level III)
75. Billups KL. The role of mechanical devices in treating female sexual dysfunction and enhancing the female sexual response. *World J Urol* 2002;20:137–41. (Level III)
76. Burger HG, Papalia MA. A clinical update on female androgen insufficiency--testosterone testing and treatment in women presenting with low sexual desire. *Sex Health* 2006;3:73–8. (Level III)
77. Davison SL, Bell R, Donath S, Montalto JG, Davis SR. Androgen levels in adult females: changes with age, menopause, and oophorectomy. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:3847–53. (Level II-3)
78. Braunstein GD, Sundwall DA, Katz M, Shifren JL, Buster JE, Simon JA, et al. Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 2005;165:1582–9. (Level I)
79. Braunstein GD. Safety of testosterone treatment in postmenopausal women. *Fertil Steril* 2007;88:1–17. (Level III)
80. Braunstein GD. Management of female sexual dysfunction in postmenopausal women by testosterone administration: safety issues and controversies. *J Sex Med* 2007;4:859–66. (Level III)
81. Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, Brown C, Breaux JG, Buch A, et al. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;105:944–52. (Level I)
82. Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, Utian W, Katz M, Miller S, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:5226–33. (Level I)
83. Davis SR, van der Mooren MJ, van Lunsen RH, Lopes P, Ribot C, Rees M, et al. Efficacy and safety of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial [published erratum appears in *Menopause* 2006;13:850]. *Menopause* 2006;13:387–96. (Level I)
84. Shifren JL, Davis SR, Moreau M, Waldbaum A, Bouchard C, DeRogatis L, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study [published erratum appears in *Menopause* 2007;14:157]. *Menopause* 2006;13:770–9. (Level I)
85. Davis SR, McCloud P, Strauss BJ, Burger H. Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas* 2008;61:17–26. (Level I)
86. Davis SR, Moreau M, Kroll R, Bouchard C, Panay N, Gass M, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *APPRODITE Study Team. N Engl J Med* 2008;359:2005–17. (Level I)
87. Nachtigall L, Casson P, Lucas J, Schofield V, Melson C, Simon JA. Safety and tolerability of testosterone patch therapy for up to 4 years in surgically menopausal women receiving oral or transdermal oestrogen. *Gynecol Endocrinol* 2011;27:39–48. (Level I)
88. The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. *North American Menopause Society. Menopause* 2005;12:496–511; quiz 649. (Level III)
89. Wierman ME, Basson R, Davis SR, Khosla S, Miller KK, Rosner W, et al. Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:3697–710. (Level III)
90. Seibel MM. Men, women, and testosterone: why did the FDA fail Intrinsic? *Sex Reprod Menopausal* 2005;3:1–2. (Level III)
91. Goldstat R, Briganti E, Tran J, Wolfe R, Davis SR. Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood, and sexual function in premenopausal women. *Menopause* 2003;10:390–8. (Level II-3)
92. Davis S, Papalia MA, Norman RJ, O'Neill S, Redelman M, Williamson M, et al. Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2008;148:569–77. (Level I)
93. Lobo RA, Rosen RC, Yang HM, Block B, Van Der Hoop RG. Comparative effects of oral esterified estrogens with and without methyltestosterone on endocrine profiles and dimensions of sexual function in postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *Fertil Steril* 2003;79:1341–52. (Level I)
94. Labrie F, Archer D, Bouchard C, Fortier M, Cusan L, Gomez JL, et al. High internal consistency and efficacy of intravaginal DHEA for vaginal atrophy. *Gynecol Endocrinol* 2010;26:524–32. (Level I)
95. Sherwin BB. Use of combined estrogen-androgen preparations in the postmenopause: evidence from clinical studies. *Int J Fertil Womens Med* 1998;43:98–103. (Level III)
96. Barrett-Connor E, Timmons C, Young R, Wiita B. Interim safety analysis of a two-year study comparing oral estrogen-androgen and conjugated estrogens in surgically menopausal women. *Estratest Working Group. J Womens Health* 1996;5:593–602. (Level III)
97. Urman B, Pride SM, Yuen BH. Elevated serum testosterone, hirsutism, and virilism associated with combined androgen-estrogen hormone replacement therapy. *Obstet Gynecol* 1991;77:595–8. (Level III)
98. Chiuve SE, Martin LA, Campos H, Sacks FM. Effect of the combination of methyltestosterone and esterified estrogens compared with esterified estrogens alone on apolipoprotein CIII and other apolipoproteins in very low density, low density, and high density lipoproteins in surgically postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:2207–13. (Level I)
99. van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol* 1997;47:337–42. (Level II-3)
100. Ness RB, Albano JD, McTiernan A, Cauley JA. Influence of estrogen plus testosterone supplementation on breast cancer. *Arch Intern Med* 2009;169:41–6. (Level II-2)

KOMENTARZ

Lek. Tomasz Leonowicz
Specjalista ginekolog i seksuolog, Warszawa

Zaburzenia seksualne u kobiet są wypadkową wielu czynników: psychicznych, somatycznych, kulturowych. Zależą od jakości związku, w jakim kobieta się znajduje. Mogą się objawiać utratą pożądania, zaburzeniami podniecenia i zaburzeniami przeżywania orgazmu. Może im towarzyszyć odczuwanie bólu związanego ze współżyciem. Natężenie powyższych zaburzeń może być rozmaicie nasilone i mieć istotny wpływ na funkcjonowanie kobiety i jej partnera.

W dziejach seksuologii było kilka istotnych wydarzeń. Były to przede wszystkim prace Freuda, później Kinseya, Mastersa i Johnson, wynalezienie przed przeszło 50 laty tabletki antykoncepcyjnej, później internetu i Viagry. Wszystkie te wydarzenia zmieniły postrzeganie seksualności. Pojawienie się tabletki antykoncepcyjnej dokonało rewolucji w kobiecej seksualności – nastąpiło oddzielenie prokreacji od przyjemności seksualnej. Orgazm i przyjemność towarzysząca aktywności seksualnej stały się wartością samą w sobie.

Istnieje wiele różnic w podejściu do seksualności zależnych od kręgu kulturowego, statusu ekonomicznego czy wykształcenia. W Polsce, znajdującej się pod wpływem katolicyzmu, seks przez stulecia nie zajmował istotnej roli w życiu człowieka, był stłumiony, służył wyłącznie prokreacji. Nic więc dziwnego, że wciąż jest tematem tabu. Zarówno dla pacjentów, jak i (niestety!) dla wielu lekarzy. Praktyka pokazuje, że lekarze boją się pytać pacjentów o ich życie seksualne w obawie przed posądzeniem o „niezdrową” ciekawość. Z kolei pacjenci oczekują od lekarzy zainteresowania się tą sferą, sami nie mając odwagi, by o tym mówić.

Ginekolodzy z racji swojej specjalności są często lekarzami pierwszego kontaktu dla większości kobiet. Kadra lekarzy seksuologów w Polsce liczy około 150 specjalistów. Ciężar poradnictwa i leczenia w zakresie zdrowia seksualnego musi zatem w dużej mierze spoczywać na ginekologach. Większość zaburzeń seksualnych u kobiet może być z powodzeniem rozpoznawana i leczona początkowo przez przeszkolonych w zakresie podstaw seksuologii lekarzy ginekologów. W wielu dziedzinach życia mamy do czynienia z globalizacją. Dotyczy ona również, a może zwłaszcza, medycyny.

Wytyczne ACOG są dobrą próbą uporządkowania problemów terapeutycznych z zakresu zdrowia seksualnego, z jakimi spotyka się w swojej praktyce każdy ginekolog. Zakładając, że przyszłość należy do medycyny holistycznej, my, ginekolodzy, powinniśmy bardziej dbać o zdrowie seksualne swych pacjentek.

W codziennej praktyce najczęściej spotykamy się z zaburzeniami seksualnymi związanymi z: nieprawidłowym wytwarzaniem hormonów, zmianami zapalnymi, stosowanymi lekami, przebytymi operacjami. Często pacjentki zgłaszają bolesność występującą

w trakcie współżycia. Zaburzenia seksualne związane z wydzieleniem hormonów lub stosowaniem preparatów hormonalnych są skutecznie leczone przez ginekologów, co poprawia funkcjonowanie pacjentek w sferze seksu. Substytucja testosteronu, głównie u kobiet po menopauzie, nie jest powszechnie stosowana, głównie ze względu na brak zarejestrowanego w Polsce preparatu zawierającego odpowiednio małe dawki.

Istnieje powszechne przekonanie o negatywnym wpływie antykoncepcji na libido. Wyniki różnych badań nie są jednolite i wykazują rozmaity zakres nasilenia działań – od braku wpływu aż do zmniejszenia libido u 30% pacjentek. Z kolei stosowanie hormonalnej terapii u pacjentek po menopauzie z reguły sprzyja utrzymaniu sprawności seksualnej. Najkorzystniejszy wpływ na libido obserwuje się w trakcie stosowania preparatów zawierających enantan prasteronu i walerian estradiolu oraz tibolon. Duże znaczenie ma dopochwowe stosowanie estrogenów. Częstą przyczyną zmniejszenia popędu i zaburzeń orgazmu są: hiperprolaktynemia i niedoczynność tarczycy.

Wyniki badań dotyczących reaktywności seksualnej pacjentek po histerektomii w porównaniu do amputacji trzonu macicy nie wykazują istotnych różnic. Pacjentki aktywne seksualnie przed operacją z reguły dość szybko wznawiają współżycie i nie zgłaszają istotnych zmian.

Zmiany zapalne narządów płciowych są oczywistą przyczyną zaburzeń seksualnych przebiegających głównie z bólem. Te stany są również z powodzeniem leczone przez ginekologów.

Wiele leków stosowanych przez pacjentki z różnych wskazań może wpływać negatywnie na sprawność seksualną. Chyba największe znaczenie mają leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI, leki psychotropowe, hipotensyjne, przeciwhistaminowe, następnie kortykosteroidy i antykoncepcja hormonalna – głównie preparaty o silniejszym działaniu antyandrogenowym.

Istotną grupą pacjentek z zaburzeniami seksualnymi są te, które odczuwają ból w trakcie współżycia. Występują tu zidentyfikowane przyczyny bólu, takie jak endometrioza czy stany zapalne, i takie, gdzie przyczyna nie jest do końca znana, jak w wulwodynii czy pochwy. Ból jest jednym z powodów „nieskonsumowanego związku”.

Częstość występowania różnych zaburzeń seksualnych w populacji kobiet według wielu badań oceniana jest na ok. 40% w ciągu całego życia. Tak więc duża grupa kobiet była, jest i coraz bardziej będzie zainteresowana uzyskaniem fachowej pomocy. Oczywiście ginekolog nie będzie w stanie samodzielnie prowadzić wielu dysfunkcji seksualnych. Prawidłowe i skuteczne leczenie często wymaga współdziałania z psychiatrą, seksuologiem czy psychologiem – seksuologiem klinicznym. W terapii często korzystamy z leków niezgodnie z ich wskazaniami rejestracyjnymi, wykorzystując ich działania niepożądane. W Polsce żadne usługi z zakresu seksuologii nie są refundowane przez NFZ. Mimo to uważam, że każdy ginekolog odniesie wiele korzyści z powyższych wytycznych ACOG w codziennej praktyce.