



Sexual dysfunctions in selected endocrinopathies

Violetta Skrzypulec¹, Krzysztof Nowosielski², Agnieszka Droszko², Robert Kowalaczyk²

¹ Women Health Chair, Health Education Faculty; Medical University of Silesia, Katowice, Poland

² Women Health Chair, Sexology Department, Health Education Faculty; Medical University of Silesia, Katowice, Poland

Summary

According to the socio-sexological reports approximately 40-45% of women and up to 30% of males may suffer from different sexual dysfunctions. The prevalence of those disorders is gradually increasing with age. Multiply numbers of endocrinopathies may influence the human sexual life. In diabetic patients all phases of the sexual responses cycle, especially orgasm, might be affected. Women diagnosed with PCOS have decreased adaptation to the sexual life, low self-esteem and perception of self sexual attractiveness. The intimacy of infertile couples has not been well described and the characteristic of particular dysfunction in sex life has not been established yet. Interdisciplinary approach, understood as treatment of the endocrinopathy accompanied with psychological and sexological counseling, seems to be the fundamental issue in the therapy of sexual dysfunctions in patients with endocrinological disorders.

(Pol J Endocrinol 2005; 6(56): 964-969)

Key words: *sexuality, endocrinopathies, sexual dysfunctions, diabetes, infertility, polycystic ovary syndrome.*



V. Skrzypulec
Women Health Chair
Health Education Faculty; Medical University of Silesia
ul. Medyków 12
40-752 Katowice; Poland
tel./fax. +48 (32) 20 88 730
e-mail: krzysnowosilcow@yahoo.com

Zaburzenia seksualne w wybranych endokrynopatiach

Violetta Skrzypulec¹, Krzysztof Nowosielski², Agnieszka Droszko², Robert Kowalaczyk²

¹ Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

² Zakład Seksuologii Katedry Zdrowia Kobiety, Wydział Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Streszczenie

Ze światowych raportów socjoseksuologicznych wynika, iż 40-45% kobiet i 20-30% mężczyzn manifestuje przynajmniej jedno z zaburzeń seksualnych, a ich występowanie wykazuje tendencję wzrostową wraz z wiekiem. Wiele endokrynopatii niekorzystnie modyfikuje sferę seksualną człowieka. W cukrzycy zaburzeniu ulegają wszystkie fazy reakcji seksualnej, szczególnie faza orgazmu. U kobiet z PCOS następuje spadek adaptacji do życia seksualnego oraz obniżenie samooceny i poczucia atrakcyjności jako partnerki seksualnej. Problematyka życia intymnego par starających się o dziecko nie została wystarczająco poznana, a charakterystyka typowych dla niepłodności dysfunkcji jeszcze ostatecznie nie ustalona. Podstawową kwestią w przypadku pacjentów z dysfunkcjami w przebiegu endokrynopatii wydaje się być podejście interdyscyplinarne – leczenie choroby podstawowej łącznie z poradą psychologiczną i seksuologiczną.

(Endokrynol Pol 2005; 6(56): 964-969)

Słowa kluczowe: *seksualność, endokrynopatie, zaburzenia seksualne, cukrzyca, niepłodność, zespół policystycznych jajników.*



V. Skrzypulec
Katedra Zdrowia Kobiety
Wydział Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii
Medycznej
ul. Medyków 12, 40-752 Katowice
tel./fax. +48 (32) 20 88 730
e-mail: krzysnowosilcow@yahoo.com

Zdrowie seksualne jest definiowane jako połączenie biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, niezbędnych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności i związków seksualnych, jak również umożliwia przeżywanie przyjemnych, bezpiecznych doświadczeń seksualnych wolnych od przymusu, dyskryminacji czy przemocy. Aby osiągnąć i utrzymać zdrowie seksualne, należy respektować, chronić i wypełniać prawa seksualne jednostki (WHO, 2002) [1].

Zgodnie z Międzynarodowym Konsensusem Definicji i Klasyfikacji Dysfunkcji Seksualnych Kobiet American Foundation of Urological Disease – ustanowionym w 1998 roku [2], do typowych zaburzeń seksualnych kobiet zaliczamy: zaburzenia pożądania, podniecenia seksualnego, orgazmu oraz zaburzenia seksualne związane z bólem [2].

Ze światowych raportów socjoseksuologicznych wynika, iż 40-45% kobiet manifestuje przynajmniej jedno z zaburzeń seksualnych, a ich występowanie wykazuje tendencję wzrostową wraz z wiekiem [3]. Do czynników ryzyka powyższych dysfunkcji zalicza się: ogólny stan zdrowia, cukrzycę, choroby układu sercowo-naczyniowego, układu moczowo-płciowego, zaburzenia hormonalne, choroby przewlekłe, psychiczne, czynniki psychologiczne (w tym między innymi związane z niepłodnością), jak i socjodemograficzne [3].

Zaburzenia seksualne mężczyzn podobnie jak u kobiet podlegają ogólnej klasyfikacji zaburzeń pożądania seksualnego, fazy podniecenia, orgazmu i ejakulacji oraz zaburzeń seksualnych związanych z bólem (Międzynarodowy Konsensus) [4]. Światowe raporty epidemiologiczne podają, iż 20-30% mężczyzn manifestuje przynajmniej jedno z zaburzeń seksualnych oraz ich zależność od przedstawionych powyżej czynników ryzyka ze szczególnym podkreśleniem wpływu wieku (głównie zaburzenia erekcji), chorób naczyniowych, palenia tytoniu, zaburzeń hormonalnych [3], jak i zaburzeń płodności [3, 5].

Ze względu na złożoność tematu, w niniejszym opracowaniu omówione zostaną jedynie zaburzenia seksualne w wybranych endokrynopatiach (cukrzyca, zespół policystycznych jajników, niepłodność pochodzenia ośrodkowego).

Zaburzenia seksualne u par niepłodnych

Niepłodność (*sterilitas*) jest definiowana przez Światową Organizację Zdrowia (World and Health Organization - WHO) jako niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnych stosunków płciowych (4-5 w tygodniu), utrzymywanych powyżej 12 miesięcy bez stosowania jakichkolwiek metod antykoncepcyjnych. W analizie epidemiologicznej

tego zjawiska w naszym kraju należy oprzeć się na danych szacunkowych pochodzących z badań i opracowań Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjnego Człowieka i Embriologii (European Society of Human Reproduction and Embryology - ESHRE), które oceniają częstość występowania niepłodności w Polsce na 10-15% par, co pozwala wnioskować, iż dotyczy ona około 1 miliona polskich małżeństw w wieku reprodukcyjnym. Ponadto, okazuje się również, iż tylko 19% par niepłodnych poszukuje specjalistycznej pomocy lekarskiej.

Rodzicielstwo stanowi ważny etap rozwoju psychoseksualnego i społecznego zarówno kobiet jak i mężczyzn, stwarzając możliwość realizacji wielu zamierzeń życiowych i zaspokojenia szeregu potrzeb. Psychologiczna analiza sytuacji życiowej par małżeńskich, które bezskutecznie starają się o dziecko, pozwala dostrzec elementy nieszczęścia, frustracji o charakterze psychicznym, społecznym, egzystencjalnym. Frustracja psychiczna łączy się z brakiem samoakceptacji, a w konsekwencji powoduje zmniejszenie samooceny, jest przyczyną depresji i wyzwala poczucie winy. Podłożem frustracji społecznej jest dezaprobaty ze strony otoczenia, traktowanie niepłodności jako przejawu patologii małżeńskiej. Zatem wśród par dotkniętych problemem niechcianej bezpłodności pojawia się problem o charakterze egzystencjalnym – poczucie zagrożenia sensu własnego istnienia.

Większość publikacji podkreśla znacznie bardziej nasilony, negatywny i frustrujący wpływ niepłodności na kobiety. Kobiety w związkach niepłodnych, bez względu na przyczynę niepłodności, częściej odczuwają lęk, zaburzenia nastroju, niepokój, drażliwość, rozpacz, poczucie winy i krzywdy. Istnieje również hipoteza dotycząca odmiennej struktury osobowości kobiet niepłodnych – osobowości o charakterze neurotycznym. W przypadku niepłodności męskiej, manifestacja trudności w koncepcji przejawia się głównie wzmożoną aktywnością zawodową, społeczną, zachowaniem tajemnicy przed rodziną, a czasem nawet zawieraniem pozamałżeńskich związków seksualnych [6].

Problematyka życia intymnego par starających się o dziecko nie została wystarczająco poznana, a charakterystyka typowych dla niepłodności dysfunkcji jeszcze ostatecznie nie ustalona. Okazuje się jednak, iż wszelkie reakcje psychologiczne, będące odpowiedzią na niepłodność, związane z długotrwałą diagnostyką ingerującą w intymną sferę partnerów, niepowodzeniami leczenia, ograniczeniem współżycia głównie do okresu płodnego, kryzysem małżeńskim, narastającym lękiem, gniewem, zaburzeniami nastroju i bezsilnością nierzadko powodują u par niepłodnych zaburzenia seksualne o podłożu psychogennym (odsetek 46% kobiet i 32% mężczyzn) [6]. Sugeruje się, iż

powyższe czynniki mogą powodować u kobiet obniżenie pożądania seksualnego, anorgazmę, dyspareunię, pochwicę oraz u mężczyzn obniżenie pożądania, aktywności seksualnej, zaburzenia erekcji i orgazmu [6].

Przegląd piśmiennictwa o powyższej tematyce nie dostarcza jednoznacznych wniosków, jednakże w głównej mierze wskazuje na występowanie dysfunkcji seksualnych związanych z rozpoznaniem niepłodności.

W pracy Monga i wsp., w której zastosowano kwestionariusze: Brief Index of Sexual Functioning dla kobiet i International Index of Erectile Function dla mężczyzn, uzyskano pogorszenie wybranych parametrów funkcji seksualnych mężczyzn niepłodnych (ocena globalna IIEF i satysfakcja seksualna). Nie stwierdzono natomiast żadnych różnic w ocenianych parametrach wśród kobiet [7].

Jain i wsp. rozpoznali natomiast w swoim badaniu u 66% niepłodnych mężczyzn przedwczesny wytrysk, 15% zaburzenia erekcji, 11% spadek libido, 8% zaburzenia orgazmu, a w grupie kobiet: w 58% dyspareunię, 28% spadek libido i anorgazmę w 14% [8]. Inne badania potwierdzają również powyższą zależność – występowania zaburzeń seksualnych znacznie częściej u mężczyzn niż niepłodnych kobiet [9].

Na podstawie doniesień literaturowych sugeruje się, iż zaburzenia seksualne współistniejące z niepłodnością mogą mieć tło psychogenne. Powyższa teza została potwierdzona badaniem Saleh i wsp., w którym oceniano dwukrotnie funkcje seksualne 405 mężczyzn indeksem IIEF-5 – przed rozpoznaniem przyczyny niemożności koncepcji oraz po otrzymaniu patologicznych wyników spermogramu, wskazujących na czynnik męski zaburzeń płodności. Sumaryczny powtórny średni wynik IIEF-5 wynosił $11,2 \pm 2,6$ w porównaniu z wartością wyjściową $22,6 \pm 2,3$ ($p < 0,01$). Autorzy wykazali również dodatnią korelację powyższych zaburzeń z czasem trwania niepłodności i natężeniem lęku [10]. Negatywny wpływ czasu trwania procesu diagnostyczno-terapeutycznego zaburzeń płodności na funkcje seksualne mężczyzn uzyskano także w innych doniesieniach, dokumentując wzrost częstości występowania przedwczesnego wytrysku po upływie okresu 3 lat [11].

W publikacji Lenzi i wsp. rozpoznanie męskiego czynnika przyczynowego niepłodności korelowało z nie tylko wyższym ryzykiem występowania zaburzeń erekcji, ale również ejakulacji, redukcją libido i częstości współżycia w grupie mężczyzn. Cytowani autorzy zastosowali 50 mg inhibitora 5-fosfodiesterazy (sildenafil), uzyskując znamienne poprawę funkcji seksualnych i parametrów nasienia badanych mężczyzn [12].

Istnieją także publikacje, w których uzyskano zupełnie odmienne rezultaty – brak wpływu zaburzeń płodności na jakość życia seksualnego

badanych par [13], niepłodnych kobiet [14, 15] oraz mężczyzn [16]. W badaniu Muller'a i wsp. nie stwierdzono nawet wpływu żadnych dodatkowych czynników (przyczyny, czasu trwania niepłodności i związku małżeńskiego, wieku partnera) na życie seksualne mężczyzn [16].

Podsumowując wyżej przedstawione zagadnienie, należy wnioskować, iż na upośledzenie funkcji seksualnych w zaburzeniach płodności najbardziej narażeni są niepłodni mężczyźni, zwłaszcza w przypadku rozpoznania męskiej przyczyny niepłodności i długiego czasu trwania procedur diagnostyczno-terapeutycznych.

Zaburzenia seksualne w cukrzycy

Cukrzyca będąca wynikiem nieprawidłowego metabolizmu glukozy stanowi jedna z najczęstszych endokrynopatii [17]. Konsekwencją zwiększonego stężenia glukozy jest glikacja szeregu substancji warunkujących zachowanie homeostazy wewnątrzustrojowej, co w rezultacie prowadzi nie tylko do retinopatii, polineuropatii czy neuropatii, ale również, co przez wielu klinicystów jest spychane na margines, zaburzeń w sferze seksualnej. Dysfunkcje seksualne dotyczą zarówno mężczyzn jak i kobiet, choć w przypadku tej ostatniej grupy pacjentów prezentują szeroką gamę objawów i sprawiają duże trudności diagnostyczno-terapeutyczne.

W Polsce 1,5 mln mężczyzn choruje na cukrzycę [17]. Zmiany naczyniowe w ciałach jamistych przebiegają takie jak: spadek produkcji i upośledzenie aktywności tlenku azotu, nadekspresja czynników wzrostowych (VEGF) oraz endoteliny 1 (związane głównie z działaniem końcowych produktów glikacji białek – AGE) doprowadzają do upośledzenia funkcji śródbłonna naczyniowego. Równocześnie neuropatia włókien autonomicznych w tkankach ciał jamistych w połączeniu z zaburzeniami hormonalnymi – spadek poziomu androgenów, które natywnie zwiększają ekspresję syntazy tlenku azotu (NOS) – prowadzą do zaburzeń erekcji [18]. Nie bez znaczenia pozostaje również tło psychiczne; pacjenci niejednokrotnie nie radzą sobie z chorobą zasadniczą i nie dostrzegają możliwości poprawy życia intymnego.

Cukrzyca stanowi czynnik ryzyka choroby Peyronie'go (PD) – sugeruje się, iż może ona rozwinąć się nawet u około 11% mężczyzn z cukrzycą, głównie po 56 r.ż., i gdy choroba podstawowa trwa ponad 5 lat. Obecnie uważa się, iż PD jest cichą konsekwencją upośledzenia tolerancji glukozy [19], co implikuje intensywne działania zmierzające do wyrównywania zaburzeń gospodarki węglowodanowej w celu zapobieżenia jej wystąpieniu.

Częstym powikłaniem cukrzycy jest hipogonadyzm (definiowany jako stężenie całkowitego testosteronu w surowicy krwi poniżej 10,4 nmol/l), który

może dotyczyć co czwartego mężczyzny z cukrzycą [20]. Liczne badania wykazują, iż jest on zwiany z upośledzeniem wydzielania LH, co sugeruje ośrodkowe pochodzenie zaburzeń [20]. Podstawowymi objawami w sferze seksualnej są: spadek pożądania seksualnego prowadzący do spadku liczby kontaktów seksualnych oraz objawów depresyjnych związanych również z niekorzystnym obrazem własnego ciała (otyłość brzuszna, utrata masy mięśniowej i kostnej, uwstecznienie drugorzędowych cech płciowych jako wynik spadku poziomy krążących androgenów) czy redukcja płodności (oligo/azoospermia) [21]. Czynnikiem ryzyka rozwoju hipogonadyzmu wydają się być szczególnie cukrzyca typu 2 u mężczyzn po 60. roku życia [20].

Zaburzenia sfery seksualnej u kobiet cierpiących na cukrzycę stanowią znacznie bardziej kontrowersyjną kwestię. Wynika to z jednej strony z innego niż u mężczyzn przebiegu reakcji seksualnych, a co za tym idzie odmiennego charakteru zaburzeń w tej sferze; z drugiej – brakiem korelacji pomiędzy zmianami organicznymi towarzyszącymi cukrzycy (jak neuropatia autonomiczna) a występowaniem dysfunkcji seksualnych [22].

Obecnie odchodzi się od linearnego modelu przebiegu reakcji seksualnej kobiety zaproponowanego przez Mastersa i Johnson, a zmodyfikowanego przez Helenę Singer Kaplan w 1979 roku [23]. Mówi się raczej o cyklu reakcji seksualnej, w którym poszczególne fazy (pożądanie seksualne, podniecenie, orgazm, ustępowanie podniecenia) nakładają się na siebie, a granice między nimi zacierają i rozmywają się. Równocześnie sama motywacja kontaktów seksualnych może być pozaseksualna per se (np. chęć wzmocnienia więzi emocjonalnej z partnerem czy podniesienia własnej samooceny) [23], a obiektywnym wyznacznikiem podniecenia i orgazmu nie zawsze towarzyszą subiektywne odczucia. Stąd też wśród przyczyn zaburzenia sfery seksualnej u kobiet wymienia się nie tylko czynniki biologiczne (np. zaburzenia endokrynologiczne czy depresja), ale również interpersonalne (emocje, stosunek do partnera, ogólne poczucie dobrostanu psychicznego, poczucie intymności i odpowiedniego kontekstu sytuacji seksualnej) i psychologiczne (osobowość, negatywne doświadczenia seksualne, czynniki rozprasające jak obawa przed dysfunkcją u partnera czy bólem podczas penetracji) [23].

Zaburzenia seksualne dotyczą około 31% kobiet z rozpoznaną cukrzycą w Stanach Zjednoczonych i 42% w populacji niemieckiej [24]. Cukrzyca niekorzystnie wpływa na wszystkie fazy reakcji seksualnych kobiet, a częstość zaburzeń określa się w przedziale między 14 a 51%. Zaburzenia fazy pożądania seksualnego, które dotyczą 16-27% kobiet z zaburzoną tolerancją glukozy, związane są głównie z neuropatią autonomiczną prowadzącą do spadku wrażliwości na stymulację seksualną oraz koncen-

tracji testosteronu. Dysfunkcje fazy podniecenia (13-29% pacjentek z cukrzycą) wynikają z niedostatecznego ukrwienia narządów miednicy małej oraz lokalnych mikrourazów. Zaburzeniu ulega również synteza tlenu azotu i struktura śródbłonna naczyniowego. Kaskada procesów glikacji białek i degradacji naczyń krwionośnych doprowadza w konsekwencji do zmniejszenia wrażliwości obszaru pochwy, szczególnie w aspekcie czucia wibracji, oraz spadku lubrykacji. Współtowarzyszą temu zaburzenia związane z bólem obserwowane u 3 do 16% kobiet z cukrzycą, szczególnie przy zwiększonej podatności na zakażenia w obrębie dróg moczowych charakterystycznej dla cukrzycy [24]. U 11-35% kobiet obserwuje się również zaburzenia fazy orgazmu; brak konsensusu co do częstości tego zaburzenia w populacji zdrowych kobiet (5 do 15%) [24] oraz subiektywizm w ocenie przeżyć implikuje ostrożne podejście do wpływu cukrzycy na przeżywanie orgazmu.

W przypadku zaburzeń sfery seksualnej kobiet, inaczej niż u mężczyzn, nie istnieją czynniki predykcyjne dysfunkcji seksualnych. Ani wiek, trwanie cukrzycy, kontrola glikemii czy powikłania odległe nie pozwalają wnioskować o ewentualnych zaburzeniach seksualnych. Jedynie wystąpienie objawów depresyjnych może korelować z pojawieniem się zaburzeń sfery intymnej [24, 25]. Równocześnie częstość występowania dysfunkcji jest statystycznie większa w przypadku cukrzycy typu 1. Nie ustalono natomiast czynników ryzyka, które mogą stanowić czynnik predykcyjny zaburzeń seksualnych w cukrzycy [25].

W leczeniu zaburzeń seksualnych u kobiet chorych na cukrzycę Muniyappa et al. [24] sugerują zastosowanie metod nefarmakologicznych (żele nawilżające, porady seksuologiczne i psychologiczne) oraz farmakologicznych – preparaty dopochwowe zawierające estrogeny, estrogeny w połączeniu z testosteronem (szczególnie u pacjentek z zaburzeniami libido po obustronnej oophrectomii) oraz preparaty Sildenafilu w połączeniu z selektywnymi inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI).

W podsumowaniu należy podkreślić, iż w związku z niewielką korelacją obiektywnych reakcji genitalnych u kobiety z subiektywnym podnieceniem zwiększenie ukrwienia okolicy narządów moczopłciowych nie przekłada się bezpośrednio na poprawę życia seksualnego. Złożoność seksualności kobiet sprawia, iż w przypadku zaburzenia sfery seksualnej w przebiegu endokrynopatii nie istnieje prosta „niebieska tabletką”, która rozwiąże wszystkie problemy.

Zespół policystycznych jajników (PCOS)

Zespół wielotorbielowych jajników (polycystic ovary syndrome) jest najczęściej rozpowszechnioną

endokrynopatią u kobiet w wieku rozrodczym [26]. Zespół ten po raz pierwszy został opisany w 1936 roku przez Steina i Leventhala w 1935r. jako współistnienie hiperandrogenizmu, zaburzeń miesiączkowania i niepłodność [27, 28]. W 2003 r. American Society of Reproductive Medicine (ASRM) i European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) wypracowały konsensus kryteriów diagnostycznych PCOS. Aby postawić rozpoznanie PCOS muszą być obecne 2 spośród 3 kryteriów. Należą do nich: 1) zaburzenia miesiączkowania z zaburzeniami owulacji, 2) kliniczne i/lub biochemiczne objawy hiperandrogenizmu, 3) wielotorbielowata budowa jajników. Należy przy tym wykluczyć inne zaburzenia hormonalne dające podobny obraz [4]. Patogeneza zespołu nie została jeszcze ostatecznie poznana. Obecnie zakłada się, że etiologia PCOS jest złożona. Zarówno predyspozycje genetyczne, jak i czynniki środowiskowe, insulinooporność tkankowa, zespół metaboliczny czy czynniki pozapalne mają swój wpływ na ujawnienie się PCOS [26, 27, 28, 29]. Zespół wielotorbielowych jajników występuje u 4 – 12% kobiet [27, 28, 30].

Związane z popędem seksualnym sposoby przeżywania i zachowania, mające swoje miejsce w życiu społecznym układają się w obraz seksualności człowieka. Wpływ na ekspresję seksualności ma zarówno to, co składa się na naszą konstytucjonalność w rozumieniu somatycznym (np. układ hormonalny, nerwowy) jak i psychicznym (osobowość). Niebagatelny wpływ na to jak będziemy się postrzegać czy jak będziemy postrzegani jako istoty seksualne ma tradycja, kultura oraz aktualne oddziaływanie środków masowego przekazu (obecny w danym kręgu kulturowym ideał piękna, sposoby przeżywania seksualności).

Rozpatrując seksualność kobiet z zespołem wielotorbielowych jajników powinniśmy przyjąć dwie perspektywy; na pierwszą składa się stan somatyczny charakterystyczny dla PCOS, na drugą subiektywne postrzeganie objawów, ich nasilenia ważności w obrazie seksualności.

Zaburzenia hormonalne obecne w PCOS dotyczą stężenia gonadotropin, androgenów, estrogenów, progesteronu, prolaktyny oraz hormonu wzrostu [27,28]. Odpowiednie stężenie androgenów wpływa na poziom libido, natomiast poziom prolaktyny, estrogenów ma wpływ na reaktywność seksualną [31]. Według badań Raboch i wsp. kobiety leczone z PCOS nie są bardziej pobudliwe seksualnie, bardziej aktywne aniżeli kobiety zdrowe [32].

U kobiet z PCOS występuje istotna różnorodność objawów klinicznych: hirsutyzm (64%), zaburzenia miesiączkowania (52-66%), niepłodność (42%-73%), otyłość (35-38%), trądzik (27%), a 20% kobiet nie ma charakterystycznych objawów zaburzenia [28, 30]. To, jaka ilość i w jakim natężeniu będą obecne objawy kliniczne zespołu, będzie warunkować

jego wpływ na poczucie choroby, dyskomfortu psychicznego z nią związanego. Zmiany związane z chorobą, a szczególnie hirsutyzm, trądzik, otyłość, zaburzenia hormonalne, lek przed niepłodnością, poziom stresu psychologicznego może wpływać negatywnie na satysfakcję seksualną i seksualną samoocenę. Prawdopodobnie poprzez wpływanie na ogólną samoocenę oraz identyfikację płci [33]. Według Skałby w przypadku nastolatek i młodych kobiet najczęstszą przyczyną wizyty u lekarza są zaburzenia miesiączkowania i objawy skórne hiperandrogenizmu (hirsutyzm i trądzik). W przypadku kobiet pomiędzy 25 a 40 rokiem życia są problemy z zajściem w ciążę [27]. Zależność ta pozostaje w ścisłym związku z hierarchią potrzeb, wartości charakterystycznych dla poszczególnych etapów życia kobiety.

Na polu ogólnego poczucia zdrowia, zachowania, funkcjonowania fizycznego i aktywności rodzinnej nastolatki i młode kobiety z PCOS wypadają słabiej niż kobiety z grupy kontrolnej [34]. Badanie pacjentek dotkniętych PCOS pod kątem jakości życia kwestionariuszem SF-36 wykazało znaczne obniżenie jakości fizycznego, społecznego i emocjonalnego funkcjonowania, jednakże pacjentki będące w związku partnerskim osiągały wyższe wyniki (wyższa jakość życia) aniżeli osoby samotne. PCOS ma negatywny wpływ na seksualną wartość i seksualną satysfakcję [33]. Kobiety z zespołem wielotorbielowych jajników są znacząco mniej zadowolone ze swojego życia seksualnego w porównaniu z grupą kobiet zdrowych. Uważają także, że są znacznie mniej atrakcyjne fizycznie, że to hirsutyzm znacząco obniża ich atrakcyjność. Twierdzą również, że są mniej atrakcyjne dla swoich partnerów aniżeli inne kobiety [35]. Co warto podkreślić, zmniejszenie wagi nie powodowało wzrostu witalności, samopoczucia, zdrowia psychicznego oraz samopoczucia fizycznego [33]. Pomoc kobietom dotkniętym PCOS powinna być interdyscyplinarna z jednej strony diagnostyka i leczenie endokrynologiczno ginekologiczne, z drugiej zaś wydaje się niezbędna pomoc terapeutyczna ze strony psychologa, w przepracowaniu subiektywnej oceny ważności objawów tego zespołu dla samooceny seksualnej pacjentki.

Zaburzenia sfery seksualnej, jakie towarzyszą endokrynopatiom, stanowią poważny problem diagnostyczny. Pytania o intymne szczegóły życia płciowego są krępujące zarówno dla lekarza, jak i pacjenta. Chory, szczególnie w przypadku cukrzycy typu 2., ma głębokie poczucie winy i zawstydzenia, wynikające z negatywnego wydzźwięku tego schorzenia w polskim społeczeństwie (cukrzyca jako konsekwencja otyłości i obżarstwa) [36]. Również obraz siebie i samoocena ulegają obniżeniu (szczególnie w PCOS i niepłodności). Rolą lekarza klinicysty jest zatem zapytanie

również o sferę seksualną w sposób taktowny, delikatny i adekwatny do sytuacji. Taka postawa pozwoli z jednej strony na dostrzeżenie problemu, z drugiej – podniesie jakość życia pacjenta, nie tylko w sferze seksualnej.

Piśmiennictwo

- Gender and reproductive rights, working definitions. WHO 2002. Adres internetowy: http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html.
- Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *J Urol* 2000; 163: 888–893.
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1(1): 35-39.
- Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne w praktyce ogólnolekarskiej. Poznań: Termedia 2004.
- Dawson C, Whitfield H. ABC of urology: Subfertility and male sexual dysfunction. *BMJ* 1996; 312: 902-905.
- World Health Organization: Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction Report of a meeting on Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction. Geneva: World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data 2002. p. 15-396.
- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, et al. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004; 63(1): 126-130.
- Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P. Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. *Indian J Med Sci* 2000; 54(1): 1-7.
- Beaurepaire J. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *J Psychosom Res* 1994, 38: 229-240.
- Saleh RA, Ranga GM, Raina R, et al. Sexual dysfunction in men undergoing infertility Evaluation: a kohort observational study. *Fertil Steril* 2003; 79(4): 909-912.
- Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning cross stages of treatment in infertility. *J Behav Med* 1991; 14: 11-26.
- Lenzi A, Lombardo F, Salacone P, et al. Stress, sexual dysfunctions, and male infertility. *J Endocrinol Invest* 2003; 26(3 suppl): 72-76.
- Franco JG, Baruffi RLR, Mauri AL, et al. Psychological Evaluation Test for Infertile Couples. *J Assist Reprod Gen* 2002; 19(6): 269-273.
- Downey J, Yingling S, McKinney M, et al. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril* 1989; 52(3): 425-432.
- Leiblum SR, Aviv A, Hamer R. Life after infertility treatment: a long-term investigation of Marital and Sexual Function. *Hum Reprod* 1998; 13(12): 3569-3574.
- Muller MJ, Schilling G, Haidl G. Sexual satisfaction in male infertility. *Arch Androl* 1999; 42(3): 137-143.
- Futyma H, Jakiel G. Zaburzenia sfery seksualnej u mężczyzn z cukrzycą. *Gin Pol* 2005;76,4: 331-336
- Morano S. Pathophysiology of diabetic sexual dysfunction. *J Endocrinol Invest* 2003;26(3 Suppl):65-9.
- Tefekli A, Kandirali E, Erol B, et al. Peyronie's disease: a silent consequence of diabetes mellitus. *Asian J Androl* 2006;8(1):75-9.
- Corona G, Mannucci E, Petrone L, et al. Association of hypogonadism and type II diabetes in men attending an outpatient erectile dysfunction clinic. *Int J Impot Res* 2005;1: 52-68
- Seftel A. Male hypogonadism. Part II: etiology, pathophysiology, and diagnosis. *Int J Impot Res* 2005;11:256-278
- Erol B, Tefekli A, Sanli O, et al. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women? *Int J Impot Res* 2003;15(3):198-202.
- Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005;172(10):1327-33.
- Muniyappa R, Norton M, Dunn ME, et al. Diabetes and female sexual dysfunction: moving beyond "benign neglect". *Curr Diab Rep* 2005;5(3):230-6.
- Doruk H, Akbay E, Cayan S, et al. Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. *Arch Androl* 2005;51(1):1-6
- Skalba P, Szanecki W. Zastosowanie metforminy do stymulacji jajczkowania i leczenia poronień zagrażających w przypadkach zespołu policystycznych jajników (PCOS). *Ginekologia Praktyczna* 2005; 5(86): 2-5.
- Skalba P. Endokrynologia ginekologiczna. *Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo* 2004; 6: 88-95
- Krasnodębska M. Zespół policystycznych jajników oraz jego leczenie. *Endokrynologia* 1999; 5.
- Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. Rotterdam ESHRE/ASRM- Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril* 2004; 81: 19-25.
- Azziz R, Woods K. S, Reyna R, et al. The Prevalence and Features of the Polycystic Ovary Syndrome in an Unselected Population. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* Vol. 89, No. 6 2745-2749
- Drosdzol A, Kamiński R, Kowalczyk R, Nowosielski K. Dysfunkcje seksualne w różnych schorzeniach. [w] Skrzypulec V. [red.] Wstęp do seksuologii. Kwieciński: Katowice 2005.
- Raboch J, Kobilkova J, Raboch J, Starka L. Sexual live women with Stein-Leventhal Syndrome. *Archives of Sexual Behavior*. 1985; 14(3): 263-270.
- Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, et al. E Quality of Life, Psychosocial Well-Being, and Sexual Satisfaction in Women with Polycystic Ovary Syndrome; *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* Vol. 88, No. 12 5801-5807.
- PCOS Confers Decreased Psychosocial Well-Being and Sexual Satisfaction *Journal Watch Women's Health*, March 10, 2004; 2004(310): 6 - 6.
- Coffey S, Mason H. The effect of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Gynecol Endocrinol*. 2003 Oct;17(5):379-86.
- Sarkadi A, Rosenqvist U. Intimacy and Women with type 2 diabetes: An exploratory study using focus group interviews. *The Diabetes Educator* 2003;29(4):642-652.