

KATARZYNA PLAGENS-ROTMAN<sup>1</sup>, GRAŻYNA JARZĄBEK-BIELECKA<sup>2</sup>, MAREK BIELECKI<sup>3</sup>, MAŁGORZATA MIZGIER<sup>4</sup>, WITOLD KĘDZIA<sup>2</sup>

## Wybrane aspekty zdrowia seksualnego z uwzględnieniem medycyny rodzinnej i aspektów poradnictwa aptekarskiego także w kontekście okresu przekwitania

Selected aspects of sexual health, including family medicine and aspects of pharmacy counseling (antyinging too)

<sup>1</sup>Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie

<sup>2</sup>Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup>Apteki „Medica”, Środa Wielkopolska, Nekla Wielkopolska

<sup>4</sup>Zakład Dietetyki, Katedra Nauk Biomedycznych i Nauk o Zdrowiu, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

### KEYWORDS

sexuology, medicine, pharmacy care

### SUMMARY

Human actions aimed at satisfying the “sexual need” are complicated – they move many different mechanisms and go far beyond sexuality itself, and only in the case of the human species, in phylogenetic terms, we talk about eroticism encompassing sexuality together with the sphere of feelings, intellect and the sphere of the psyche. Sexual health should be understood holistically, which is important in both medical and pharmacy care. In the practice of a family doctor, sexual problems are reported by patients of different ages-particular aspects of the aging are discussed. According to WHO, sexual health is the integration of biological, emotional, intellectual and social aspects of sex life important for positive personality development, communication and love, and in addition to this definition of sexual health, sexual medical standards are based on the International Classification of Diseases and Health Problems and the Declaration of Rights. Sexual WHO.

Według WHO „zdrowie seksualne” jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Prócz tej definicji, seksualne normy medyczne opierają się na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych oraz Deklaracji Praw Seksualnych WHO.

Zdrowie seksualne jest istotne dla ogólnej jakości życia człowieka. Satysfakcjonujące życie seksualne pozytywnie wpływa na związek partnerski, tym samym go wzmacniając. Seksualność jest procesem biologicznym, intrapsychicznym, interpersonalnym, a także kulturowym, dlatego zdrowie seksualne należy pojmować holistycznie, co ważne jest tak w opiece lekarskiej, jak i aptekarskiej.

Wielowymiarowość przestrzeni czynników sterujących funkcjonowaniem w sferze psychoseksualnej zarówno mężczyzn, jak i kobiet stanowi istotny problem seksuologii, medycyny rodzinnej, endokrynologii, andrologii i ginekologii, a także poradnictwa aptekarskiego. Z punktu widzenia mechanizmów regulacji procesów seksualnych, istnieje układ neuroendokrynnny istotny w przebiegu procesów stanowiących morfologiczną, fizjologiczną, biochemiczną i psychiczną podstawę reakcji seksualnych i reprodukcji (1-10).

Oprócz aspektów neuroendokrynnnych seksuologia zajmuje się życiem uczuciowo-seksualnym człowieka, kształtowaniem się i rozwojem więzi międzyludzkich oraz reakcjami seksualnymi, a w diagnostyce tych kwestii znaczenie mają: kwestionariusz Female Sexual Function

Index (FSFI) dla kobiet oraz International Index of Erectile Function (IIEF) dla mężczyzn. Istotne też są w badaniach seksuologicznych skale: Mell-Krat, narzędzia samoopisu Female Sexual Distress Scale (FSDS), Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) oraz Sexual Dysfunction Questionnaire (SDQ) (5-12).

W praktyce lekarza rodzinnego czy poradnictwa aptekarskiego problemy natury seksuologicznej zgłaszane są przez pacjentów w różnym wieku, w różnym stopniu sprawności ogólnej (8, 13-16).

Przyczyną problemów natury psychoseksualnej wśród kobiet i mężczyzn w okresie przekwitania są zmiany dotyczące nie tylko osi podwzgórze-przysadka-gonady, spada też stężenie dehydroepiandrosteronu (DHEA). Większość kobiet w okresie przekwitania obserwuje stopniowe, uwarunkowane spadkiem estrogenów dysfunkcje seksualne, zwłaszcza suchość błony śluzowej pochwy oraz dolegliwości bólowe podczas współżycia płciowego. Męskiemu przekwitaniu towarzyszy spadek stężenia androgenów we krwi. Skutkuje to zmniejszeniem popędu płciowego, występowaniem problemów z erekcją, spadkiem aktywności seksualnej, obniżeniem satysfakcji ze współżycia.

Z punktu widzenia medycyny rodzinnej ważnym faktem jest, że jednym z najistotniejszych czynników powodujących zaburzenia seksualne, nasilającym się szczególnie w okresie przekwitania zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, jest cukrzyca (problem szczególnie częsty w praktyce lekarza rodzinnego). Cukrzyca to choroba przewlekła, która wpływa na wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka, w tym na seksualność u obu płci – ten negatywny wpływ nasila się wraz z wiekiem. Uważa się, że u mężczyzn chorych na cukrzycę prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z erekcją jest trzykrotnie większe w porównaniu z mężczyznami nieobciążonymi tą chorobą, co nasila się szczególnie w okresie przekwitania. U kobiet cukrzyca przyczynia się dodatkowo do uporczywego świądu sromu, zwiększenia tendencji do stanów zapalnych, co w okresie przekwitania współistnieje z atrofią błony śluzowej pochwy. Bardzo często u tych pacjentek występuje bolesne współżycie – dyspareunia (9).

Raz jeszcze należy podkreślić, że z wiekiem u obu płci nasila się niedobór endogenego hormonu steroidowego DHEA.

Ponad połowa kobiet po menopauzie obserwuje oznaki związane z atrofią nabłonka pochwy, objawiające się wspomnianym uczuciem suchości, dolegliwościami bólowymi podczas współżycia płciowego, a także nawracającymi infekcjami. W przypadku kobiet, u których występują tylko ww. objawy, zaleca się terapię miejscową, np. dopochwowe zastosowanie DHEA mające na celu zwiększenie stężenia androgenów i estrogenów syntetyzowanych miejscowo w tkance poprzez mechanizmy intrakryne przy niewielkim działaniu ogólnoustrojowym. Związane jest to ze zmniejszeniem stężenia estradiolu oraz estronu w osoczu, prowadząc do zmian anatomicznych i histologicznych w tkankach docelowych. Dlatego zaleca się (z ostrożnością, jak w każdej terapii hormonalnej) stosowanie tabletek dopochwowych,

kremów czy pierścieni dopochwowych zawierających estrogeny do miejscowego stosowania.

Raz jeszcze warto podkreślić, że przyczyną problemów natury psychoseksualnej u obu płci w okresie przekwitania są nie tylko zmiany dotyczące osi podwzgórze-przysadka-gonady, ale i nasilający się z wiekiem niedobór endogenego hormonu steroidowego DHEA. Największe stężenie DHEA w organizmie występuje między 20. a 30. rokiem życia. Spadek DHEA jest także przyczyną dolegliwości psychicznych, fizycznych, psychoseksualnych związanych z okresem przekwitania kobiet i mężczyzn (17-22). Oczywiście reakcje seksualne nie wynikają tylko ze stężeń hormonów, a są one silnie modyfikowane przez czynniki psychogenne (nastawienie emocjonalne do partnera czy partnerki, stosunek do własnego ciała i ciała partnera czy partnerki, ogólny nastrój, poczucie szczęścia, zadowolenia z życia). Jednak istotny wpływ mają tu właśnie owe czynniki hormonalne, neuroendokryne.

Optymalne u kobiet wysokie stężenie estrogenów przyczynia się do prawidłowego unaczynienia i przepływu krwi w obrębie pochwy, a progesteron wpływa m.in. na regulację funkcji seksualnych w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN), wpływając na struktury podwzgórza. U kobiet również prawidłowe stężenia androgenów, jak wspomniano, mają duże znaczenie w osiąganiu orgazmu (niskie stężenie testosteronu jest przyczyną pobudliwości seksualnej i obniżenia pożądania). Na stężenie hormonów płciowych wpływa wspomniany dehydroepiandrosteron, będąc ich prekursorem (tzw. prasteron), którego spadek stężenia jest przyczyną zaburzenia erekcji i obniżenia sprawności seksualnej (5, 8, 23-25). U płci żeńskiej dehydroepiandrosteron w toku reakcji enzymatycznej przez androstendion i testosteron ulega konwersji – do estrogenów m.in. estradiolu, natomiast u płci męskiej wskutek przemian dehydroepiandrosteronu następuje synteza testosteronu i innych silnie działających androgenów. Dehydroepiandrosteron dzięki możliwości konwersji stanowi zatem pulę nieaktywnego prohormonu. Warto podkreślić, że owa konwersja zależy od płci i wieku.

Ważne też jest, że w przypadku DHEA możliwość wiązania z białkami osocza jest słaba (10-20%). Inaczej jest w przypadku postaci sprzężonej DHEA-S, która silnie wiąże się z białkami osocza (80-90%). Z tego wynika dłuższy okres półtrwania tej postaci. Siarczan dehydroepiandrosteronu docierając do tkanek docelowych, ulega desulfatacji do wolnego dehydroepiandrosteronu. Ów DHEA, jak podkreślono, przekształcany jest w androstendion, następnie testosteron, a u płci żeńskiej następuje dalsza aromatyzacja do estradiolu. Warto dodać, że proces wydalania DHEA następuje w postaci nieaktywnych metabolitów, z moczem i kałem.

Podczas andropauzy, czyli męskiego przekwitania, dochodzi do stopniowego fizjologicznego spadku stężenia androgenów, w tym testosteronu we krwi, co skutkuje zmniejszeniem popędu płciowego, występowaniem problemów z erekcją, spadkiem aktywności seksualnej, obniżeniem

satysfakcji ze współżycia. Warto podkreślić, że za dobry kierunek należy uważać istniejącą tendencję do działań edukacyjnych w zakresie zdrowia seksualnego u pacjentów w każdym wieku, co istotne jest zarówno w praktyce lekarza rodzinnego, jak i w poradnictwie aptekarskim. Prowadzony jest np. Erectile Dysfunction Programme, który stanowi ważny element strategii wsparcia mężczyzn (25).

W terapii zarówno mężczyzn, jak i kobiet w okresie przekwitania warto rozważyć suplementację hormonalną z uwzględnieniem preparatów zawierających DHEA.

Reasumując, ważne jest, że zarówno w praktyce lekarza rodzinnego, jak i w poradnictwie aptekarskim znaczenie ma fakt, że należy dążyć do istniejącej już dobrej tendencji do wypracowania modelu opieki uwzględniającej też działania edukacyjne w zakresie zdrowia seksualnego i dotyczy to pacjentów w każdym wieku (8, 26). Nowe strategie światowe często podchodziły do problemów fragmentarycznie, patrząc na pojedyncze aspekty zachowań zdrowotnych, nowoczesne rekomendacje skupiają się na holistycznym modelu „person-centered care” (26).

#### KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów  
None

#### ADRES DO KORESPONDENCJI

Grażyna Jarząbek-Bielecka  
Klinika Ginekologii  
Katedra Perinatologii i Ginekologii  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań  
tel.: +48 618-419-278  
grajarz@o2.pl

#### PIŚMIENNICTWO

1. WHO: Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva 2017; [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sh-linkages-rh/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/en/).
2. Baumeister RF, Twenge JM: Cultural suppression of female sexuality. *Review of General Psychology* 2002; 6(2): 166-203.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281(6): 537-544.
4. Rosen R, Brown C, Heiman J et al.: The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2002; 26(2): 191-208.
5. Pastwa-Wojciechowska B, Izdebski B: Sexual activity of Polish adults. *Annals of Agriculture and Environmental Medicine* 2014; 21(1): 194-197.
6. Lew-Starowicz Z, Lukaszewicz M, Binkowska M: Sexuality of Polish women. *Sexologies* 2008; 17(suppl. 1): 53.
7. Bancroft J: Sexual effects of androgens in women: some theoretical considerations. *Fertil Steril* 2002; 77 (suppl. 4): 55-59.
8. Jarząbek-Bielecka G, Bielecki M, Pisarska-Krawczyk M et al.: Medical and apothecary care for patients with disabilities in terms of gynecological and sexuological aspects. *Pol Prz Nauk Zdr* 2015; 1: 58-62.
9. Mizgier M, Jarząbek-Bielecka G, Pisarska-Krawczyk M: Cukrzyca a zaburzenia seksualne w okresie przekwitania. [W:] Jarząbek-Bielecka G, Pisarska-Krawczyk M (red.): *Zagadnienia interdyscyplinarne w ginekologii praktycznej*. Wydaw. Ucz. Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta S. Wojciechowskiego, Kalisz 2014: 147-155.
10. Davis SR: The clinical use of androgens in female sexual disorders. *J Sex Marital Ther* 1998; 24: 153-163.
11. Dennerstein L, Burrows GD, Wood C, Hyman G: Hormones and sexuality: effect of estrogen and progestogen. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 316-322.
12. Dixon A: The evolution of neuroendocrine mechanisms regulating sexual behaviour in female primates. *Reprod Fertil Dev* 2001; 13: 599-607.
13. Dunne MP, Martin NG, Statham DJ et al.: Genetic and environmental contributions to variance in age at first sexual intercourse. *Psychological Science* 1997; 8: 211-216.
14. Goldsmith PC, Song T: The gonadotropin-releasing hormone containing ventral hypothalamic tract in the fetal rhesus monkey (*Macaca mulatta*). *J Comp Neurol* 1987; 257: 130-139.
15. Grio R, Cellura A, Porpiglia M, Geranio R, Piacentino R: Sexuality in menopause. Importance of adequate replacement therapy. *Minerva Ginecol* 1999; 51: 59-62.
16. Halpern CJT, Udry JR, Suchindran C: Testosterone predicts initiation of coitus in adolescent females. *Psychosomatic Medicine* 1997; 59: 161-171.
17. Hedricks CA: Female sexual activity across the human menstrual cycle: a biopsychosocial approach. *Ann Rev Sex Res* 1994; 5: 122-172.
18. Silverman AJ, Asarian L, Khalil M, Silver R: GnRH, brain mast cells and behavior. *Prog Brain Res* 2002; 141: 315-325.
19. Taylor JA, Goubillon ML, Broad KD, Robinson JE: Steroid control of gonadotropin-releasing hormone secretion: associated changes in pro-opiomelanocortin and preproenkephalin messenger RNA expression in the ovine hypothalamus. *Biol Reprod* 2007; 76: 524-531.

20. Temple JL, Millar RP, Rissman EF: An evolutionarily conserved form of gonadotropin-releasing hormone coordinates energy and reproductive behavior. *Endocrinology* 2003; 144: 13-19.
21. Tuiten A, Van Honk J, Koppeschaar H et al.: Time course of effects of testosterone administration on sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 149-153.
22. Tan O, Bradshaw K, Carr BR: Management of vulvovaginal atrophy-related sexual dysfunction in postmenopausal women: an up-to-date review. *Menopause* 2012; 19: 109-117.
23. World Health Organization: Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. Geneva 2009.
24. World Health Organization: Concepts of sexual health: Report of a working group. WHO Regional Office for Europe, Geneva 1987.
25. Plagens-Rotman K, Przybylska R, Adamski Z, Czarnecka-Operacz M: Skin and mucous membranes' manifestations of dermatological diseases within the genital area in females. *Post Derm Alerg* 2018; 2: 199-203.
26. Drejza M, Łopiński G, Rylewicz K et al.: Youth-led research on adolescent sexual and reproductive health in Poland – POLKA 18 pilot study results. [In:] WCPAG19. 19<sup>th</sup> FIGIJ World Congress of Paediatric and Adolescent Gynaecology. Australia, Melbourne, 30 November-3 December 2019. Program and abstracts. B.m., 2019: 208.

nadesłano: 15.07.2020

zaakceptowano do druku: 5.08.2020