

OCENA POTRZEB I REAKCJI SEKSUALNYCH Kobiet ZE STWIERDZONYM W WYWIADZIE PROBLEMEM ZABURZEŃ STATYKI NARZĄDÓW PŁCIOWYCH I NIETRZYMANIA MOCZU

DISORDERS OF PELVIC SUPPORT AND URINARY INCONTINENCE – SEXUOLOGICAL ASPECTS

Alicja Miedziejko¹, Grażyna Jarząbek-Bielecka¹, Agata Król¹, Magdalena Pisarska-Krawczyk²,
Maciej Wilczak³, Witold Kędzia¹, Magdalena Wróbel⁴

¹ Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² PWSZ w Kaliszu, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Zakład Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴ Szpital Wojewódzki w Poznaniu

Streszczenie

Wstęp. Okres przekwitania i senium predysponuje do zaburzeń statyki żeńskich narządów płciowych, co zdarza się u około 50% kobiet w tym okresie życia. Choć wśród czynników etiologicznych znaczenie ma hypoestrogenizm, to podkreśla się, że przyczyny zaburzeń statyki żeńskich narządów płciowych są wieloczynnikowe. Zaburzenia statyki narządów płciowych wiążą się zazwyczaj z nietrzymaniem moczu, są przyczyną znacznego dyskomfortu. Jest to problem uroginekologiczny, a także seksuologiczny.

Cel pracy. Badanie potrzeb i reakcji seksualnych kobiet z problemem zaburzeń statyki narządów płciowych i nietrzymania moczu – w wywiadzie.

Materiał i metody. Analizowano potrzeby i reakcje seksualne 48 aktywnych seksualnie pacjentek w okresie przekwitania z zaburzeniami statyki narządów płciowych i nietrzymaniem moczu, po leczeniu uroginekologicznym w wywiadzie. Pacjentki zgłaszały się regularnie na wizyty ginekologiczne, podczas których uwzględniano aspekty seksuologiczne. Pacjentki chętnie poddały się badaniu ankietowemu dotyczącemu potrzeb i reakcji seksualnych.

Wyniki. Wyniki badań wskazują, że właściwie przeprowadzone leczenie i dalsza opieka ginekologiczna dają pacjentkom możliwość realizowania swych potrzeb seksualnych – kobiety wyrażały chęć kontaktów seksualnych i chętnie próbowały różnych pozycji seksualnych.

Wnioski. Zaburzenia statyki narządów płciowych i związane z nimi zaburzenia uroginekologiczne stanowią ważny problem tak medyczny (uroginekologiczny i seksuologiczny), jak i socjalny. Kobiety z tymi problemami dzięki prawidłowej opiece uroginekologicznej i seksuologicznej mogą realizować swe potrzeby seksualne.

Słowa kluczowe: klimakterium, zaburzenia statyki, nietrzymanie moczu.

Abstract

Introduction. The period of menopause and senium may cause pelvic organ prolapse; approximately 50% of women in this period of life are affected by this phenomena. Even though within the ethological aspects hypoestrogenism plays an important role here, it has to be stressed that the reasons for pelvic organ prolapse may have the following various reasons. Pelvic organ prolapse occurs when weakened pelvic muscles allow the bladder, uterus or rectum to “fall” or sink into the vagina. Pelvic organ prolapse is an uncomfortable condition very often connected with urinary incontinence – it is urogynecological problem and sexuological problem too. Patients may experience pressure, pain and the sensation of something falling out of their vagina or rectum.

Aim of the study. Research of the needs and sexual reactions of women suffering from pelvic organ prolapse and incontinence.

Material and methods. For the reason of this research the needs and sexual reactions of 48 sexually active patients have been study; these patients were in the period of menopause, had pelvic organ prolapse and incontinence. The patients consulted their physician regularly; within these consultations sexual aspects have been taken into consideration. The patients voluntarily underwent the study (questionnaire), which especially took into consideration their needs and sexual reactions.

Results. The findings of the study indicated that a proper medical treatment and a further gynecological treatment allow the patients realizing their sexual needs – the patients showed and increase interest in sexual contacts and wanted to try out various sexual techniques.

Conclusion. Pelvic organ prolapse and urological disturbances can be seen as a serious medical (urological and sexual) as well as a sociological problem. Women suffering from this problem may realize their sexual needs by applying a proper urological and sexual treatment.

Keywords: climacterium, pelvic organ prolapse, incontinence.

Jednym z powodów zainteresowania problematyką przekwitania i rozwoju tzw. medycyny przeciwstarzeniowej oraz geriatry jest starzenie się społeczeństwa.

Ponad 11% całej populacji to ludzie, którzy przekroczyli 65. rok życia, do roku 2020 procent ten wzrośnie do 13; po drugie, żyjemy dłużej – 65-letni mężczyzna bez problemu osiąga wiek 79 lat, a kobieta nawet 83 lat... Im więcej jest starszych ludzi, tym więcej uwagi powinno im się poświęcać – także w aspekcie seksuologii.

Jednym z najistotniejszych problemów medycyny przeciwstarzeniowej, ginekologii i seksuologii jest zaburzenie statyki żeńskich narządów płciowych, skutkujące zazwyczaj zaburzeniami funkcji seksualnych oraz problemami uroginekologicznymi. Według danych z piśmiennictwa i obserwacji klinicznych autorów, zainteresowanie seksem jak i sprawność seksualna kobiet i mężczyzn w dużej mierze zależą od wczesnych wzorców zachowań seksualnych, które tracą na intensywności z wiekiem [1, 2].

Właściwie przeprowadzone leczenie uroginekologiczne, poprawna opieka ginekologiczna, uwzględniająca aspekty seksuologiczne u kobiet w okresie przekwitania z zaburzeniami statyki narządów płciowych i nietrzymaniem moczu, jak wskazują wyniki przedstawionych badań, powo-

dują, że kobiety te mogą z sukcesem realizować swe potrzeby seksualne.

Cel

Badanie potrzeb i reakcji seksualnych kobiet z problemem zaburzeń statyki narządów płciowych i nietrzymania moczu – w wywiadzie.

Materiał i metoda

Analizowano potrzeby i reakcje seksualne 48 aktywnych seksualnie pacjentek w okresie przekwitania z zaburzeniami statyki narządów płciowych i nietrzymaniem moczu, po leczeniu uroginekologicznym w wywiadzie. Pacjentki zgłaszały się regularnie na wizyty ginekologiczne, podczas których uzględniano aspekty seksuologiczne. Pacjentki chętnie poddały się badaniu ankietowemu dotyczącemu potrzeb i reakcji seksualnych.

Każda z potrzeb i reakcji seksualnych oceniana była w 5-stopniowej skali (od 0 do 4, gdzie 0 to niska ocena, 4 – wysoka ocena).

Wyniki

Na podstawie tabeli 1. można wywnioskować, że najwyżej przez badane kobiety ocenione zostało libido (pyt. 1) – średnia ocena 2,88 ± 0,76 punktów i pozycje (pyt. 15) – średnia ocena 2,85 ± 0,90 punktów. Kobiety te wyrażały chęć kontaktów sek-

Tabela 1. Ocena potrzeb i reakcji seksualnych

Nr pyt.	Ocena potrzeb i reakcji seksualnych	Średnia	SD
1	Libido	2,88	0,76
2	Potrzeba kontaktów seksualnych	2,54	0,77
3	Częstość orgazmu	2,00	0,83
4	Częstotliwość orgazmu w stosunku	2,27	0,71
5	Częstotliwość stosunków	2,35	0,86
6	Odsetek stosunków z orgazmem	2,67	1,14
7	Podniecenie przed stosunkiem	2,67	0,88
8	Odczucia podczas stosunku	2,75	1,18
9	Szybkość osiągnięcia orgazmu	2,18	1,14
10	Zgranie z partnerem w orgazmie	2,42	1,09
11	Nastrój przed stosunkiem	2,43	0,93
12	Nastrój po stosunku	2,71	0,93
13	Samooceana	2,76	0,85
14	Aktywność podczas stosunku	2,51	1,12
15	Pozycje	2,85	0,90
16	Zachowanie podczas orgazmu	2,46	1,01
17	Skurcze pochwy podczas orgazmu	2,50	1,19
18	Częstość reakcji pochwy w orgazmie	2,33	0,99
19	Orgazmy nocne	0,70	0,62
20	Czas trwania zaburzeń seksualnych	2,19	1,48

sualnych i chętnie próbowały różnych pozycji seksualnych. Najniżej ocenione zostały przez badane kobiety orgazmy nocne.

Dyskusja

Zaburzenia statyki narządów płciowych i związane z nimi problemy uroginekologiczne są swoistym kalectwem, skutkującym ograniczeniem w aktywności fizycznej i seksualnej. Fakt ten przed leczeniem uroginekologicznym występował u wszystkich pacjentek, co przyznawały w wywiadzie lekarskim – badanie ankietowe przeprowadzono po leczeniu uroginekologicznym. Jak wskazują wyniki badań właściwie przeprowadzone leczenie i dalsza opieka ginekologiczna dają pacjentkom możliwość realizowania swych potrzeb seksualnych. Wyniki badań wskazują, że kobiety po takim leczeniu wyrażały chęć kontaktów seksualnych i chętnie próbowały różnych pozycji seksualnych.

Najniżej ocenione zostały przez badane kobiety orgazmy nocne. Badane kobiety, jak wykazały wyniki badań, rzadko miewają nocne orgazmy.

Do zaburzeń seksualnych okresu przekwitania związanych z tym swoistym kalectwem należą: hypo- lub anorgazmia, dyspareunia oraz klimakturia (wyciekanie moczu w czasie współżycia), hypolibidemia lub alibidemia stowarzyszone ze wspomnianym poczuciem własnej atrakcyjności. Tym problemom towarzyszy suchość pochwy, wtórne stany zapalne układu moczowo-płciowego [1–3]. Dane z piśmiennictwa oraz obserwacje kliniczne wskazują, że w przypadku analizowanych zaburzeń uroginekologicznych ponad 50% kobiet przejawia hypo- lub alibidemię, czując się mniej atrakcyjnie unikają one kontaktów seksualnych, co często zakłóca relacje partnerskie [4–6]. Do tego stanu przyczynia się dyskomfort przy współżyciu, spowodowany wtórnymi do hypostrogenizmu okresu przekwitania zmianami atroficznymi i podrażnieniem skóry i błony śluzowej narządów płciowych przez mocz (klimakturia). Należy podkreślić przy tym tendencję do nawracających stanów zapalnych i zakażeń narządów moczowo-płciowych u takich pacjentek [7–9]. Badane pacjentki, po leczeniu uroginekologicznym, leczeniu preparatami estriolu, pochodnymi kwasu hialuronowego, mogły realizować swe potrzeby seksualne.

Obserwacje kliniczne autorów wskazują jednak, że o ile pacjentki w lekarskim wywiadzie ginekologicznym same uskarżają się na dolegliwości uroginekologiczne, o tyle same zazwyczaj nie zgłaszają problemów seksuologicznych związanych z zaburzeniami statyki – trzeba je zazwyczaj o to w sposób empatyczny zapytać – wtedy istotnie zgłaszają opisane wyżej zaburzenia w sferze seksualnej. Autorzy pragną podkreślić, że zawsze istnieje konieczność poszerzenia wywiadu lekarskiego ginekologicznego o aspekty seksuologicz-

ne, co przeprowadzić należy z poszanowaniem intymności i dużą empatią [9–11].

Problemem bezpośrednio związanym z zaburzeniami statyki narządów płciowych jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, co dodatkowo negatywnie wpływa także na sferę psychoseksualną. Negatywny wpływ na życie w każdym jego aspekcie u pacjentek z zaburzeniami statyki narządów płciowych i nietrzymaniem moczu skłania do poszukiwania jak najskuteczniejszych metod leczenia nietrzymania moczu i zaburzeń statyki narządów płciowych [11–14].

Badane pacjentki miały zastosowane leczenie uroginekologiczne, które, jak same przyznawały w wywiadzie lekarskim, poprawiło ich funkcjonowanie także w aspekcie seksualnym – chętnie poddały się badaniu ankietowemu. Aktualnie obowiązujący algorytm postępowania u pacjentek z zaburzeniami statyki i nietrzymaniem moczu obejmuje leczenie zachowawcze, polegające na ćwiczeniach wzmacniających mięśnie dna miednicy (chodzi o tzw. gimnastykę Kegla – napinanie mięśni krocza kilkanaście razy w ciągu dnia) w skojarzeniu z miejscowym stosowaniem terapii estrogenowej. Pierwszym etapem leczenia są metody zachowawcze. Szczególną formą jest fizjoterapia, obejmująca kinezyterapię – trening mięśni dna miednicy, elektrostymulację, biofeedback, stymulację magnetyczną oraz terapię behawioralną. Zastosowanie odpowiedniej terapii jest uzależnione od rodzaju nietrzymania moczu. Sposoby postępowania fizjoterapeutycznego są skuteczne, jednak wymagają od pacjentki cierpliwości oraz samodyscypliny [13–15].

W leczeniu farmakologicznym stosowane są preparaty antycholinergiczne, blokujące receptory muskarynowe: oksybutynina, tolterodyna, trospium, solifenacyna i darifenacyna lub niedostępna w Polsce duloksetyna, a także zmniejszające wydzielanie moczu (desmopresyna). U części pacjentek można stosować terapię odnerwienia pęcherza, używając w tym celu toksyny botulinowej. Wspomagające działanie mają także stosowane dodatkowo doraźnie urządzenia, np. Kolpexin, wewnątrzcewkowe wkładki i zaciskacze cewki moczowej hamujące „ucieczkę” moczu. Nie należy zapominać o możliwości używania wkładek wchłaniających i w odróżnieniu od typowych – neutralizujących zapach moczu, a przez to poprawiających komfort życia. Istnieją rekomendacje PTG dotyczące leczenia operacyjnego pacjentek z zaburzeniami statyki i nietrzymania moczu – u pacjentek zastosowano metody leczenia wg rekomendacji PTG [16–19].

Decyzja co do wyboru sposobu leczenia zależy od wielu warunków i kryteriów, w tym od wieku pacjentki, jej stanu ogólnego, aktywności fizycznej, ewentualnie od poprzedzających operacji uroginekologicznych, a także od decyzji pacjent-

ki w sprawie kontynuacji życia seksualnego, co jak wskazują dane z piśmiennictwa i poczynione obserwacje stanowi ważny aspekt diagnostyki i terapii [18–21].

Wnioski

Zarówno z punktu widzenia profilaktyki jak i terapii pacjentek z zaburzeniami statyki stowarzyszonymi z zaburzeniami uroginekologicznymi, istotnym aspektem jest seksualność kobiet i problemy relacji partnerskich.

Właściwe leczenie uroginekologiczne, poprawna opieka ginekologiczna uwzględniająca aspekty seksuologiczne pozwalają na realizowanie potrzeb seksualnych pacjentek z zaburzeniami statyki stowarzyszonymi z nietrzymaniem moczu.

Piśmiennictwo

- [1] Pawlaczyk M, Jarząbek-Bielecka G, Menopause and sexual activity. *Nowiny Lekarskie*. 2009;78(5–6): 317–320.
- [2] Jarząbek-Bielecka G, Wilczak M. Sexual dysfunction caused not by organic disorders or somatic diseases. *Dyspareunia and climacterium. Prz Menopauz*. 2012;11(5):428–430.
- [3] Pisarska-Krawczyk M. Epidemiologia i postacie nietrzymania moczu. W: *Czynność dolnego odcinka układu moczowego u kobiet leczonych z powodu wybranych chorób ginekologicznych*. Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2004:16–24.
- [4] Rechberger T, Aleksandra Bartuzi A, Perżyło K. Zaburzenia statyki narządu rodowego – przyczyny, diagnostyka, symptomatologia i leczenie. *Przegląd Menopauzalny*. 2011;3:206–217.
- [5] Hunskaar S. A 2006 update on definitions, reviews, metaanalyses, and clinical guidelines regarding management of urinary incontinence in women. *Fam Med Prim Care Rev*. 2006;8:1301–9.
- [6] Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82:327–38.
- [7] Surkont G, Właźlak E, Suzin J. Nietrzymanie moczu u kobiet – problem społeczny, medyczny i naukowy. *Prz Menopauz*. 2003;2:59–65.
- [8] Rechberger T, Skorupski P. Nietrzymanie moczu – problem medyczny, socjalny i społeczny. W: Rech-

berger T, Jakowicki JA (red.). *Nietrzymanie moczu u kobiet. Patologia, diagnostyka, leczenie*. Bifolium, Lublin 2005:29–34.

- [9] Futyma K, Rechberger T. Życie seksualne kobiet po leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu. *Przegląd Urologiczny*, 2003;3:74–76.
- [10] Strauss G, Schmidt AW. Zmiany położenia narządów płciowych. W: *Pschyrembl W, Strauss G, Petri E (red.). Ginekologia praktyczna*. PZWL 1994: 317–356.
- [11] Payne CK. Behavioral therapy for overactive bladder. *Urology*. 2000;55(supl. 5A):3–6.
- [12] Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167–78.
- [13] Seim A, Eriksen BC, Hunskaar S. A study of female urinary incontinence in general practice. Demography, medical history, and clinical findings. *Scand J Urol Nephrol*. 1996;30:465–71.
- [14] Bidzan M. Medyczne aspekty nietrzymania moczu. W: *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008:25–34.
- [15] Słojewski M, Gołubiński A, Torbe B, Sikorski A. Nietrzymanie moczu u kobiet. *Lekarz Rodzinny*. 2005;10:680–5.
- [16] Banach R, Zdziennicki A. Diagnostyka i aktualne wytyczne postępowania terapeutycznego w nietrzymaniu moczu. *Gin Prakt*. 2004;4:37–43.
- [17] Piechota E, Baranowski W. Nietrzymanie moczu u kobiet. *Pediatr Med Rodz*. 2006;2:163–75.
- [18] Zielińska A, Smolarek N, Pisarska-Krawczyk M. Nietrzymanie moczu u młodych kobiet. *Gin Prakt*. 2009;2:19–23.
- [19] Zespół ekspertów; Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące profilaktyki oraz leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych i wysiłkowego nietrzymania moczu u pacjentek zakwalifikowanych do histerektomii. *Ginekol Pol*. 2009;80:459–465.
- [20] Ellerkmann MR, Cundiff GW, Melick CF, et al. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:1332–1338.
- [21] Burrows LJ, Meyn LA, Walters MD, et al. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2004;104:982–988.

adres do korespondencji

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Klinika Ginekologii I
ul. Polna 33
60-535 Poznań