

SEKSUALNOŚĆ OSÓB OTYŁYCH ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM OKRESU PRZEKWITANIA

SEXUALITY OBESE PEOPLE WITH A PARTICULAR EMPHASIS ON THE PERIOD OF MENOPAUSE

Grażyna Jarząbek-Bielecka¹, Małgorzata Mizgier², Maciej Wilczak^{3,4}, Magdalena Pisarska-Krawczyk^{3,4}, Anna Potasińska-Sobkowska³, Karolina Andrzejak⁵, Joanna Buks⁵, Witold Kędzia¹, Stefan Sajdak⁶

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

² Zakład Dietetyki, Katedra Higieny Żywności Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

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

⁴ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

⁵ Klinika Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁶ Klinika Ginekologii Operacyjnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Zaburzenia seksualne zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn mogą mieć podłoże w czynnikach: biologicznych, społecznych i psychicznych. Wzrastające tempo życia, wysoki poziom stresu, pogorszenie ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa i stały wzrost zachorowalności na choroby cywilizacyjne (w tym otyłość) mają wpływ na powszechność występowania zaburzeń seksualnych.

Słowa kluczowe: ginekologia, seksuologia, otyłość.

ABSTRACT

Sexual dysfunction in both women and men can have the origin in biological, social and psychological factors. The increasing pace of life, high level of stress, deterioration in general health of society and the development of lifestyle diseases (including obesity), affects the prevalence of sexual dysfunction.

Keywords: gynecology, sexology, obesity.

Jak wynika z danych literaturowych, szereg dysfunkcji seksualnych jest związanych zarówno z nadwagą i otyłością, jak i chorobami będącymi często konsekwencją otyłości, czyli cukrzycą, chorobami układu sercowo-naczyniowego, ponadto z czynnikami psychicznymi.

W ramach prewencji oraz leczenia tych zaburzeń otyli pacjenci winni być objęci opieką interdyscyplinarnego zespołu specjalistów składającego się m.in. z ginekologa, seksuologa, dietetyka, psychologa i psychiatry współpracujących ze sobą. W przypadku kobiet w okresie przekwitania powinno się rozważyć zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej (najczęściej są to preparaty zawierające estrogeny podawane doustnie, dopochwowo, przezskórnio lub domięśniowo), właściwą dietoterapię z odpowiednio ukierunkowaną aktywnością fizyczną, często w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi (zwykle z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny). Współpraca specjalistów ma znaczenie nie tylko na etapie wdrażania leczenia – jest również istotna w związku z koniecznością monitorowania efektów terapii i nasilenia ewentualnych działań niepożądanych związanych ze sto-

sowaniem preparatów hormonalnych i leków psychotropowych.

Seksualność człowieka to istotny czynnik rozwoju osobowości. Jest z reguły pozytywną siłą napędową w populacji ludzkiej, motywującą do nawiązywania kontaktów i więzi interpersonalnych [1, 2].

Okres okołomenopauzalny, zwany też okresem przekwitania, klimakterium, jest naturalnym procesem biologicznym, w przebiegu którego u kobiet (w wieku około 45–50 lat) dochodzi do zmniejszenia produkcji estrogenów i ostatecznie jej zatrzymania. Wiąże się to początkowo z nieregularnym występowaniem cykli miesięczkowych, a następnie ich ostatecznym zatrzymaniem, czyli menopauzą [1, 3, 4].

Kobiety w tym okresie zgłaszają: uderzenia gorąca i poty nocne, uczucie zmęczenia i apatii, obniżenie nastroju, spadek libido, drażliwość, nerwowość, osłabienie zdolności do koncentracji uwagi i zapamiętywania, zaburzenia snu, suchość w pochwie, trudności we współżyciu, wysiłkowe nietrzymanie moczu. Nasilenie i czas trwania tych dolegliwości są różne. Mogą się ujawnić już około 5 lat

przed menopauzą i trwać nawet do 5 lat po menopauzie [1, 5, 6].

U części kobiet w tym okresie rozwija się również depresja, a zarówno doświadczenie kliniczne, jak i wyniki wielu badań wskazują na częstsze występowanie tego zaburzenia u kobiet w wieku okołomenopauzalnym niż w populacjach kobiet przed tym okresem i po nim. W badanej grupie nie stwierdzano objawów depresji, co mogło mieć pozytywny wpływ na funkcjonowanie w sferze seksualnej i znalazło odzwierciedlenie w uzyskanych wynikach. Pamiętać należy, że źródłem estradiolu jest też tkanka tłuszczowa. Za funkcjonowanie organizmu odpowiada poziom każdego z hormonów oraz ich stosunek, który jest kontrolowany przez aromatyzację [1, 6].

Obecnie uważa się, że pojawienie się i/lub nasilenie objawów depresyjnych w okresie okołomenopauzalnym i wtórnie dysfunkcji seksualnych wiąże się nie tylko z wahaniami stężeń estrogenów. Zmiany w obszarach życia rodzinnego, zawodowego i społecznego, zmiany obrazu własnego ciała i poczucia kobiecości, co szczególnie mocno wyraża się u kobiet otyłych, rzutują zazwyczaj na seksualność kobiet [1, 6].

Ryzyko depresji i wtórnych do niej zaburzeń w sferze seksualnej w okresie okołomenopauzalnym jest również większe w związku z nasilonym negatywnym przeżywaniem zmiany stylu życia, dotyczącym obszarów: macierzyństwa, płodności, sprawności i atrakcyjności fizycznej [2–4].

W tym miejscu warto więc podkreślić znaczenie współpracy między ginekologiem, dietetykiem i psychiatrą w prowadzeniu otyłej pacjentki w okresie okołomenopauzalnym. Rozpoznanie depresji okołomenopauzalnej opiera się głównie na dokładnie zebranych wywiadzie lekarskim dotyczącym obecnego samopoczucia, ale też uwzględniającym wcześniejsze epizody zaburzeń nastroju i ewentualne inne kryzysy psychiczne – jak wspomniano, badane kobiety nie zgłaszały cech depresji, co mogło mieć wpływ na brak istotnych statystycznie różnic FSFI w obu grupach. Prawidłowe funkcjonowanie w sferze seksualnej z kolei chroni przed depresją – w tym depresją okołomenopauzalną [3, 5, 7].

Zalecanie hormonalnej terapii zastępczej (estrogenowej) kobietom z objawami okresu okołomenopauzalnego jest uzasadnione. Decyzję o wdrożeniu tej terapii należy jednak podjąć w porozumieniu z opiekującym się pacjentką lekarzem ogólnym, po uwzględnieniu czynników ryzyka (choroba sercowo-naczyniowa i rak piersi) oraz potencjalnych korzyści związanych z takim postępowaniem.

Zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej może zmniejszyć nasilenie uderzeń gorąca i może korzystnie

wpłynąć na jakość funkcjonowania w sferze seksualnej, jakość snu, a u niektórych kobiet może też złagodzić objawy depresyjne. Wprowadzie takie postępowanie nie jest działaniem typowo przeciwdepresyjnym, jednak poprzez zwiększenie aktywności neuroprzekaźników może: pozytywnie wpłynąć na nastrój, zmniejszyć nasilenie objawów somatycznych menopauzy, zwiększyć zdolność do koncentracji uwagi, poprawić pamięć oraz jakość snu. U niektórych kobiet może być wskazane łączenie leczenia hormonalnego i stosowania leków przeciwdepresyjnych. Obserwacje kliniczne wskazują, że podawanie pacjentkom estrogenów ogólnie i/lub dopochwowo poprawia jakość życia seksualnego [1, 6].

Ekspertki zalecają również zmiany stylu życia: aktywność fizyczną oraz prawidłowy sposób odżywiania się. U niektórych pacjentek wskazana może być także psychoterapia (wspierająca lub poznawczo-behawioralna) [2, 3, 7].

Od lat wiadomo, że udane życie seksualne ma wpływ na jakość i długość życia, stanowi protekcję przed wieloma chorobami: zawałami, udarami, migreną i wymienioną wyżej depresją.

Prace opisujące badania związku otyłości oraz dysfunkcji w zakresie seksualności u kobiet są niejednoznaczne [8, 9]. Otyłość i nadwaga zostały uznane za czynnik ryzyka w odniesieniu do zaburzeń seksualnych u mężczyzn [8].

Należy zwrócić uwagę na fakt, że wraz ze wzrostem odsetka osób cierpiących na zaburzenia funkcji seksualnych [10, 11] jednocześnie obserwuje się wzrost występowania czynników ryzyka tych dysfunkcji, do których zalicza się nadwagę i otyłość, zaburzenia gospodarki węglowodanowej, nadciśnienie oraz zaburzenia lipidowe [12–16].

Leczenie chorób mających związek z występowaniem zaburzeń seksualnych lub modyfikacja czynników ryzyka związanych ze stylem życia (poprzez włączenie indywidualnej dietoterapii i odpowiednio ukierunkowanej aktywności fizycznej) mogą zapobiec występowaniu tychże dysfunkcji lub zmniejszyć ich nasilenie. Jest to tym bardziej istotne zagadnienie u kobiet w wieku okołomenopauzalnym, że dysfunkcje w zakresie seksualności kobiet (podobnie zresztą jak zaburzenia erekcji u mężczyzn) zwiększają się wraz z wiekiem [17, 18].

Otyłość, która może być wynikiem niezdrowego żywienia i braku ruchu, ma wyraźnie negatywny wpływ na zdrowie seksualne mężczyzn i kobiet. Otyłość jest często przyczyną zaburzeń seksualnych. Duża otyłość brzuszna jednego z partnerów nawet uniemożliwia kontakty seksualne. Poza tym wpływa negatywnie na poczucie kobiecości, a u mężczyzn powoduje złe samopoczucie, co uniemożliwia często inicjację seksualną.

Otyli ludzie w społeczeństwie są mniej lubiani od swych szczuplejszych rówieśników, co sprawia, że z punktu widzenia oceny społecznej są na gorszej pozycji.

U osób otyłych w porównaniu z populacją osób o prawidłowej masie ciała obserwuje się zmienny rytm wydzielania insuliny, a tym samym podwyższone ryzyko rozwoju cukrzycy. Wtórne zmiany w naczyniach krwionośnych i w obwodowym układzie nerwowym przyczyniają się do dysfunkcji seksualnych – głównie spadku libido u obydwu płci. Uogólnione zmiany naczyniowe prowadzą do opóźnienia funkcji śródbłonka naczyń, a także neuropatii układu autonomicznego.

Chorzy na cukrzycę mają trzykrotnie większe ryzyko wystąpienia problemów z erekcją w porównaniu z populacją zdrową.

Powstało wiele tez na temat patogenezы biochemicznej zmniejszonego poziomu testosteronu u osób z cukrzycą, co najprawdopodobniej związane jest z wydzielaniem zmniejszonej ilości serotoniny oraz czynników prozapalnych.

Mężczyźni z otyłością, z zespołem metabolicznym, a także z cukrzycą typu II mają zmniejszone wartości wolnego i związanego testosteronu oraz zmniejszone wartości SHBG (ang. *sex hormone binding globulin*). Otyłość, a właściwie nadmiar tkanki tłuszczowej wpływa na supresję SHBG, a tym samym na ilość testosteronu krążącego we krwi.

Obwodowa tkanka tłuszczowa to aktywna tkanka wydzielająca czynniki prozapalne, biochemiczne modulatory, które mogą wpływać na zapalenie naczyń, tym samym prowadząc do dysfunkcji śródbłonka naczyniowego.

Zaburzenia funkcji seksualnej są częstym zjawiskiem w populacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Patologie dotyczące systemu odpowiedzialnego za obkurczanie naczyń krwionośnych odgrywają znaczącą rolę w rozwoju zaburzeń erekcji. Tym samym wcześniejsze wykrycie zmian miażdżycowych skutkuje predykcją zaburzeń erekcji.

Analogicznie u pacjentów z zaburzeniami erekcji istnieje ryzyko rozwoju chorób serca i układu krwionośnego.

Leki stosowane w terapii nadciśnienia tętniczego mogą także przyczyniać się do dysfunkcji seksualnych, co powoduje, że pacjenci są niezadowoleni z farmakoterapii.

Wyjątkowo niekorzystnie na erekcję wpływają preparaty z grupy beta-adrenalityków – poprzez hamujące działanie na układ współczulny mogą blokować rozkurcz ciał jamistych prącia, a ponadto mają działanie uspokajające i depresyjne.

U pacjentów otyłych z nadciśnieniem tętniczym należy unikać terapii diuretykami i beta-adrenalitykami, gdyż leki te mogą nasilać występowanie zaburzeń metabolicznych

i tym samym zaostrzać zaburzenia erekcji. Preferowaną formą farmakoterapii jest leczenie inhibitorami ACEI i antagonistami wapna, które wykazują neutralny wpływ na sprawność seksualną.

Jak już wspomniano, zmiany stylu życia mogą mieć pozytywny wpływ zarówno bezpośrednio na poprawę funkcji seksualnych, jak i na terapię i profilaktykę nadwagi i otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego czy zaburzeń lipidowych.

W przeprowadzonych przez Aversa i wsp. badaniach, w których do oceny seksualności otyłych kobiet (w wieku 18–49 lat) zastosowano kwestionariusz FSFI-6, wykazano, że już po 16 tygodniach odpowiednio zbilansowanej diety i prawidłowo ukierunkowanej aktywności fizycznej nastąpiła istotna poprawa zarówno nawilżenia, podniecenia, jak i odczucia satysfakcji kobiet ze współżycia. Zmiany stylu życia wpłynęły ponadto na spadek masy ciała, poprawę czynności śródbłonka oraz zmniejszenie insulinooporności [19].

W badaniach z udziałem kobiet Hamilton i wsp. wykazali, że wzrost aktywności fizycznej wpłynął po pierwsze na regulację masy ciała, co ma duże znaczenie dla sfery psychicznej pacjentek (poprawa samooceny), a po wtóre na wzrost odczuwania podniecenia seksualnego [20]. W badaniach Dąbrowskiej stwierdzono ponadto mniej zaburzeń funkcji seksualnych, które były oceniane na podstawie kwestionariusza FSFI, u kobiet o wyższym poziomie aktywności fizycznej [21].

Gugliano i wsp. w badaniach nad wpływem diety śródziemnomorskiej na sprawność seksualną, która oceniana była za pomocą kwestionariusza FSFI u kobiet z cukrzycą typu II, w wieku 35–70 lat, wykazali mniejszy stopień zaburzeń czynności seksualnych u tych pacjentek, które w większym stopniu stosowały się do założeń diety [22].

Jednocześnie, jak wynika z licznych badań, dieta śródziemnomorska może mieć korzystne znaczenie zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu otyłości, chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego [23–25].

Bardzo dobre rezultaty w przypadku obniżenia masy ciała, stężenia cholesterolu frakcji LDL oraz redukcji nadciśnienia uzyskuje się po wprowadzeniu niskotłuszczowej ($\leq 10\%$ dziennej racji pokarmowej) diety opartej na nieprzetworzonych produktach roślinnych, a eliminującej produkty pochodzenia zwierzęcego [26, 27].

Wydaje się zatem bardzo zasadne włączanie powyższych modeli dietetycznych zarówno w ramach uzupełnienia leczenia zaburzeń funkcji seksualnych, jak i w ramach profilaktyki u kobiet wkraczających w wiek okołomenopauzalny.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Jarząbek-Bielecka G, Sowińska-Przepiera E, Pawlaczyk M. Aging and sexual activity: gynecological, sexological and psychological aspects. *Przegląd Menopauzalny*. 2012;6:487–489.
2. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Supl. 7):9–15.
3. Freeman EW, Sammel MD, Lin H et al. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(4):375–382.
4. Parry BL. Perimenopausal depression. *Am J Psychiatry*. 2008;165(1):23–27.
5. Rajewska J, Rybakowski JK. Depression in premenstrual women: gonadal hormones and serotonergic system assessed by D-fenfluramine challenge test. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2003;27(4):705–709.
6. Rasgon NL, Altschuler LL, Fairbanks LA et al. Estrogen replacement therapy in the treatment of major depressive disorder in perimenopausal women. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(Supl. 7):45–48.
7. Sloan DM, Kornstein SG. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26(3):581–594.
8. Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *International Journal of Impotence Research*. 01/2010.
9. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, Cobellis L, De Sio M, Colacurci N, Giugliano D. Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*. 01/2007.
10. McKinlay JB. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2000;12(Supl. 4):6–11.
11. Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int*. 1999;84:50–56.
12. Watts RJ. Sexual function of diabetic and nondiabetic African American women: a pilot study. *J Natl Black Nurses Assoc*. 1994;7:50–59.
13. Esposito K, Ciotola M, Marfella R et al. Sexual dysfunction in women with the metabolic syndrome. *Diabetes Care*. 2005;28:756.
14. Esposito K, Ciotola M, Maiorino MI, Giugliano F, Autorino R, De Sio M, Cozzolino D, Saccomanno F, Giugliano D. Hyperlipidemia and Sexual Function in Premenopausal Women. *J Sex Med*. 2009;6:1696–1703.
15. Miner M, Esposito K, Guay A, Montorsi P, Goldstein I. Cardio-metabolic Risk and Female Sexual Health: The Princeton III Summary (CME). *J Sex Med*. 2012;9:641–651.
16. Mizgier M, Jarząbek-Bielecka G. Diabetes and sexual dysfunctions during menopause and andropause. *Archives of Perinatal Medicine*. 2014;20(1):35–39.
17. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *International Journal of Impotence Research*. 01/2006.
18. Shah MB. Obesity and sexuality in women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009;36(2):347–360.
19. Aversa A, Bruzziches R, Francomano D, Greco EA, Violi F, Lenzi A, Donini LM. Weight loss by multidisciplinary intervention improves endothelial and sexual function in obese fertile women. *J Sex Med*. 2013;10(4):1024–1033.
20. Hamilton LD, Fogle EA, Meston CM. The roles of testosterone and alpha-amylase in exercise – induced sexual arousal in women. *J Sex Med*. 2008;5:845–853.
21. Dąbrowska J, Droszol A, Skrzypulec V, Plinta R. Physical activity and sexuality in perimenopausal women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15:423–432.
22. Gugliano F, Maiorino M, Di Palo C. et al. Adherence to Mediterranean diet and sexual function in women with type 2 diabetes. *J Sex Med*. 2010;7:1883–1890.
23. Schroder H, Marrugat J, Vila J et al. Adherence to the traditional Mediterranean diet is inversely associated with body mass index and obesity in a Spanish population. *J Nutr*. 2004;134(12):3355–3361.
24. Sofi F, Cesari F, Abbate R et al. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *Br Med J*. 2008;337:1344.
25. Mizgier M, Jeszka J, Jarząbek-Bielecka G. Rola diety śródziemnomorskiej w zapobieganiu nadwadze i otyłości, niektórym chorobom dietozależnym oraz jej wpływ na długość życia. *Nowiny Lekarskie*. 2010;79(6):451–454.
26. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, Gould KL, Merritt TA, Sparler S, Armstrong WT, Ports TA, Kirkeeide RL, Hogeboom Ch, Brand RJ. Intensive Lifestyle Changes for Reversal of Coronary Heart Disease. *Jama*. 1998;280(23):2001–2007.
27. Mc Dougall J, Thomas LE, McDougall C, Moloney G, Saul B, Finnell JS, Richardson K, Petersen KM. Effects of 7 days on an ad libitum low-fat vegan diet: the Mc Dougall Program cohort. *Nutrition Journal*. 2014.

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

Adres do korespondencji:

Grażyna Jarząbek-Bielecka
Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
ul. Polna 33, 60-535 Poznań