

MATKOWSKI, Igor, BIGOS, Paula, DENDYS, Konrad, BIENIASZ, Jan, KUŹNICKI, Wojciech and POTYRAŁA, Piotr. The impact of childbirth on women's sexuality and methods of treating its disorders. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;45(1):175-192. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.45.01.012>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/45294>
<https://zenodo.org/record/8271193>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 17.07.2023 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 17.07.2023 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).
© The Authors 2023;
This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 21.07.2023. Revised:21.08.2023. Accepted: 21.08.2023. Published: 24.08.2023.

Wpływy porodu na seksualność kobiet i metody leczenia jej zaburzeń

The impact of childbirth on women's sexuality and methods of treating its disorders

Matkowski Igor¹ ORCID: 0009-0008-2829-9055, igor.matkowski2@gmail.com,

Jan Mikulicz-Radecki University Teaching Hospital, Borowska 213, 50-556 Wrocław

Bigos Paula¹ ORCID: 0009-0003-5791-8963, bigospaula@gmail.com

Jan Mikulicz-Radecki University Teaching Hospital, Borowska 213, 50-556 Wrocław

Dendys Konrad¹ ORCID: 0000-0002-5631-9948, konrad.dendys1@gmail.com

Jan Mikulicz-Radecki University Teaching Hospital, Borowska 213, 50-556 Wrocław

Bieniasz Jan¹ ORCID: 0000-0001-9139-9309, bjasiekb@interia.pl

Jan Mikulicz-Radecki University Teaching Hospital, Borowska 213, 50-556 Wrocław

Kuźnicki Wojciech¹ ORCID: 0009-0008-8971-1410, wojciechkuznicki05@gmail.com

Lower Silesian Oncology, Pulmunology and Hematology Center (DCOPiH), Ludwika Hirszfelda Square 12, 53-413 Wrocław

Potyrała Piotr¹ ORCID: 0009-0006-6304-9778, piotrekpotyrala@gmail.com,

Lower Silesian Oncology, Pulmunology and Hematology Center (DCOPiH), Ludwika Hirszfelda Square 12, 53-413 Wrocław

Abstract:

Postpartum sexual disorders can significantly impact individuals and their partner relationships, affecting a considerable percentage of women, with reduced libido being the most common symptom. Factors such as breastfeeding, postpartum depression, and communication issues with partners increase the risk of experiencing these disorders.

This review aimed to explore scientific reports on the frequency, contributing factors, and treatment options for postpartum sexual disorders. The analysis was conducted by reviewing literature available in PubMed.

The mode of delivery (natural or cesarean) does not significantly differ in its impact on postpartum sexual disorders.

Non-pharmacological treatments encompass psychotherapy, from which mindfulness-based cognitive is the most effective and physical exercises. Engaging in regular physical exercises contributes to enhanced sexual experiences, notably in terms of sexual arousal and offers other health benefits. Moreover, Kegel exercises have been demonstrated as a method to increase sexual satisfaction.

Medications used to treat libido dysfunction include flibanserin, bremelanotide, and bupropion. For women experiencing depression and sexual dysfunction, antidepressants with a lesser impact on sexual function may be considered.

Vaginal dryness can be effectively addressed with moisturizing gels, globules, and lubricants. When considering pharmacotherapy, it is essential to evaluate the severity of symptoms, potential side effects for both the woman and her child being breastfed, and psychological discomfort. Physicians play a vital role, as women with sexual disorders may find it challenging to express their concerns. Partner support is crucial in improving a woman's sexual life.

Key words: Postpartum, Mode of delivery, Sexual Dysfunction

PRACA:

Wstęp

Dysfunkcje seksualne są bardzo istotnym i rozpowszechnionym problemem medycznym. Są klasyfikowane w czterech kategoriach: zaburzenia libido (popędu, pożądania), zaburzenia związane z podnieceniem, zaburzenia orgazmu i zaburzenia bólowe ¹. Z obniżeniem libido związany jest zespół obniżonego popędu seksualnego - hypoactive sexual desire disorder (HSDD). Jest on definiowany przez Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) jako ciągły bądź nawracający brak fantazji seksualnych i pożądania, które powodują cierpienie lub problemy interpersonalne. International Society for the Study of

Women's Sexual Health uznało, że wyżej wymienione symptomy powinny utrzymywać się przez przynajmniej 6 miesięcy aby mogły być zdiagnozowane jako HSDD ². Symptomy te nie mogą być lepiej wyjaśnione przez inną diagnozę i nie są spowodowane przez stosowanie leku lub stan zdrowia pacjentki.

Bardzo duże badanie ankietowe przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych przez Shifren i wsp. z udziałem 31,531 kobiet wykazało że aż 43% zgłaszało przynajmniej jeden problem w życiu seksualnym. U 12% uczestniczek problemy seksualne powodowały cierpienie. Najczęstszym problemem był brak pożądania występujący u 37,7% populacji tego badania. U 10% występował HSDD i zgłaszany był częściej niż problemy z podnieceniem czy orgazmem ³.

W badaniu ankietowym przeprowadzonym przez Lwa-Starowicza i wsp. z udziałem 1054 mieszkańców Polski, z których 52% stanowiły kobiety, 40% z nich miało przynajmniej jedną dysfunkcję seksualną. Najczęściej respondentki zgłaszały: obniżone libido (29%), rzadkie orgazmy (28,5%) i anorgazmię (21%) ⁴.

Problemy seksualne są również powszechne u kobiet, które niedawno urodziły. W pracy Fuchs A. i wsp. z udziałem 398 pacjentek katowickiego szpitala, które dwukrotnie wypełniały ankietę badającą ich satysfakcję seksualną przed ciążą i 6 miesięcy po porodzie. Wykazano, że liczba kobiet z dysfunkcjami seksualnymi wzrosła pięciokrotnie w porównaniu do stanu przed ciążą i sięgała nawet 40% respondentek ⁵. Podobna częstość występowania dysfunkcji seksualnych u kobiet po porodzie jak w populacji ogólnej może być związana z tym, że problemy takie częściej występują u starszych osób, podczas gdy kobiety rodzące są zwykle młodsze ^{3,4}.

W badaniu Australijskim z udziałem 325 ankietowanych kobiet, które przez rok po porodzie wypełniały ankietę dotyczące ich życia seksualnego wykazano, że 64,3% uczestniczek zgłaszało dysfunkcję seksualną w ocenianym okresie. Najczęstszymi problemami były brak libido (81,2%), zaburzenia orgazmu (53,5%) i zaburzenia podniecenia (52,3%) ⁶.

Badanie Fodstada i wsp. wykazało, że 51,4% uczestniczek wracało do aktywności seksualnej 8 tygodni po porodzie, 75,2% 12 tygodni po porodzie, a aż 94,7% 12 miesiącach ⁷. W polskim badaniu ankietowym na 200 kobietach Zyśk i wsp. ustalono, że od porodu do pierwszego stosunku płciowego upływało około 3,43 miesiąca ⁸.

Czynniki wpływające na życie seksualne po porodzie

Poród

Kobiety ciężarne decydują się jaki typ porodu będzie najlepszy dla nich i dla dziecka - siłami natury czy przez cięcie cesarskie. Jednym z rozważanych aspektów jest wpływ porodu na życie seksualne. Jednym z mitów powszechnych wśród kobiet jest przekonanie, że cięcie cesarskie pozwoli lepiej zachować ich funkcje seksualne po porodzie⁹. Badania wykazały, że rodzaj porodu nie ma istotnego wpływu na funkcjonowanie seksualne po porodzie. Co prawda poród naturalny powoduje, że pochwa staje się bardziej wiotka w porównaniu do porodu drogą cięcia cesarskiego. Potwierdziło to badanie przeprowadzone na 165 kobietach, których połowa urodziła siłami natury i połowa drogą cięcia cesarskiego. Rodzące zostały zbadane instrumentem złożonym specjalnie na potrzeby tego badania - sfigmomanometrem, który badał ciśnienie w pochwie. Wykazano, że niższe wartości odnotowano w grupie kobiet rodzących naturalnie, jednakże satysfakcja seksualna mierzona przez ocenę funkcjonowania seksualnego kobiet - Female Sexual Function Index (FSFI) w obu grupach były takie same¹⁰. Inni badacze również wykazali, że rodzaj porodu, nie ma wpływu na satysfakcję seksualną kobiet. Prace wskazują, że nawet fakt wykonania nacięcia krocza (episiotomii) w czasie porodu naturalnego nie ma wpływu na wskaźnik FSFI¹¹⁻¹⁵.

W norweskim badaniu z udziałem 800 kobiet udowodniono, że nacięcie krocza jak i samoczynne pęknięcie krocza, nie jest czynnikiem predykcyjnym dyspareuni czy opóźnienia rozpoczęcia współżycia po porodzie. Takim czynnikiem jest uraz zwieracza odbytu spowodowany czynnikami położniczymi (obstetric anal sphincter injury) choć występował rzadko u około 1,5% rodzących⁷.

Fakt, że rodzaj porodu nie ma istotnego wpływu na późniejsze kwestie seksualne, jest istotny z uwagi na to, że poród naturalny w przypadku niepowikłanej ciąży jest uważany za bezpieczniejszy niż planowe cięcie cesarskie. Z tego powodu ważne jest, aby ciężarne były edukowane w tym zakresie, aby mogły podejmować świadome decyzje dotyczące rodzaju porodu¹⁶.

Karmienie piersią

Czynnikiem o udowodnionym negatywnym wpływie na aktywność seksualną kobiet po porodzie jest karmienie piersią¹¹. Kobiety, które karmią piersią, mają wyższy poziom

prolaktyny w surowicy krwi niż kobiety niekarmiące. Prolaktyna hamuje wydzielanie hormonu folikulotropowego (FSH) i luteinizującego (LH). Niskie poziomy FSH i LH powodują spadek wydzielania estrogenów charakteryzujący się:

- zmniejszeniem libido
- ścięzieniem błony śluzowej pochwy przez co orgazmy są mniej satysfakcjonujące ⁸
- Zmniejszeniem lubrykacji. W badaniu 236 kobiet, karmiących i niekarmiących piersią stwierdzono, że 13,3% karmiących doświadczyło suchości pochwy w porównaniu do 3,8% u kobiet niekarmiących ¹⁷.

Wsparcie partnera

W badaniu Fuentealba-Torres et. al. z udziałem 372 brazylijskich kobiet karmiących zwrócono uwagę na fakt, że czynnikiem wpływającym negatywnie na życie seksualne była słaba komunikacja z partnerem. Wykazano, że wsparcie psychologiczne partnera jest ważnym czynnikiem poprawiającym życie seksualne kobiety ¹⁸.

Rola lekarza w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń seksualnych po porodzie

Niezwykle istotną rolę w leczeniu zaburzeń seksualnych po porodzie pełni lekarz. W pracy Parish i wsp. z 2016 wykazano, że pacjentki z niskim libido nie zgłaszają tego problemu lekarzowi z powodu wstydu, a mniej niż połowa pacjentek z problemami seksualnymi nie szuka pomocy u lekarza ¹⁹.

Istotne jest indywidualne rozważenie, kiedy i jakie metody leczenia należy wprowadzić. Jak wykazały badania przytoczone wyżej, lekarz powinien brać pod uwagę fakt, że zaburzenia seksualne po porodzie u większości kobiet z czasem się normują i kobiety wracają do aktywności seksualnej. Należy ocenić czas jaki upłynął od porodu, jakich dysfunkcji seksualnych kobieta doświadcza a także jakie negatywne skutki wywołują u pacjentki.

Niefarmakologiczne sposoby leczenia zaburzeń seksualnych

Aktywność fizyczna

Badania naukowe przynoszą interesujące wnioski dotyczące wpływu aktywności fizycznej na zdrowie seksualne kobiet. W jednym z badań przeprowadzonym przez Maseroli i wsp. na

grupie 322 kobiet stwierdzono, że regularne ćwiczenia fizyczne przyczyniają się do poprawy popędu seksualnego, łatwiejszego osiągnięcia podniecenia oraz lepszej lubrykacja u kobiet. Jednym z mechanizmów, które mogą polepszać seksualność kobiet uprawiających sport jest wzrost ukrwienia łechtaczki. W badaniu tym wzrost ukrwienia wykazano wykonując USG Doppler tego narządu ²⁰.

Warto podkreślić, że korzyści z aktywności fizycznej nie ograniczają się jedynie do zdrowia seksualnego. Sport może wpłynąć pozytywnie na ogólne samopoczucie, a poprawa jakości życia seksualnego może stanowić dodatkową motywację dla kobiet do zaangażowania się w regularną aktywność fizyczną ²⁰. Ponadto, wykonanie ćwiczeń fizycznych tuż przed stosunkiem może zwiększyć podniecenie seksualne poprzez pobudzenie układu współczulnego, który odgrywa kluczową rolę w reakcjach podniecenia seksualnego ²¹.

Długotrwała aktywność fizyczna również przyczynia się do korzystnego wpływu na funkcje seksualne, dzięki zwiększeniu wydolności sercowo-naczyniowej ^{20,21}.

Warto jednak zaznaczyć, że choć regularna aktywność fizyczna może korzystnie wpływać na funkcje seksualne u większości kobiet, wykonywanie ćwiczeń fizycznych o ekstremalnym natężeniu może zwiększać ryzyko wystąpienia zaburzeń seksualnych ^{20,21}.

Jednym z możliwych ćwiczeń fizycznych jest wzmacnianie mięśni dna miednicy przez ćwiczenia Kegla, polegające na ich naprzemiennym napinaniu i rozluźnianiu. Badanie z udziałem 32 pierworódek wykonujących przez 6 tygodni ćwiczenia Kegla, wykazało istotny wzrost satysfakcji z życia seksualnego. Kobiety wykonywały ćwiczenia przez 30 minut dziennie, 3 razy w tygodniu. Ćwiczenia te nie są czasochłonne, a kobiety mają zwykle niewiele czasu do dyspozycji po urodzeniu dziecka ²². W irańskim badaniu na 79 kobietach, z których połowa 8 tygodni po porodzie zaczęła wykonywać ćwiczenia mięśni Kegla a połowa nie, wykazano wzrost satysfakcji seksualnej w grupie kobiet wykonujących ćwiczenia ²³.

Ciekawe badanie przeprowadzone przez Lowensteina i wsp. na 176 kobietach, w którym wykazano, że kobiety z silniejszymi mięśniami dna miednicy odczuwają silniejsze podniecenie i orgazmy ²⁴.

Psychoterapia

Jedną z opcji do rozważenia u kobiet po porodzie z niskim libido jest pomoc psychologiczna. Jedyna terapia o udowodnionym działaniu to terapia poznawcza oparta na uważności - mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ²⁵. Jest to terapia łącząca terapię poznawczo-behawioralną oraz medytacyjne techniki mindfulness. Istnieje niewiele dowód na

skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej - cognitive-behavioral therapy (CBT) i multimodal therapy (MMT) ²⁶. Ograniczeniem dostępu pacjentek do terapii jest wysoka cena. Niestety w Polsce dostęp do terapeutów finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest często opóźniony i pacjentki muszą czekać kilka miesięcy, aby otrzymać odpowiednią pomoc.

Wyroby medyczne stosowane w suchości pochwy

Jak wcześniej wspomniano po porodzie, szczególnie u kobiet karmiących może występować suchość pochwy. W celu jej zmniejszenia można stosować żele, globulki lub lubrykanty. Globulki i żele można aplikować codziennie, natomiast lubrykant stosuje się przed stosunkiem ²⁷.

Farmakologiczne sposoby leczenia zaburzeń seksualnych

Leczenie farmakologiczne zespołu obniżonego popędu seksualnego (HSDD)

Jak wykazały badania przytoczone wyżej najczęstszym zaburzeniem seksualnym u kobiet po porodzie jest brak libido. Znane są farmakologiczne metody jego leczenia. Dostępne są dwa nowe leki, których jedynym zastosowaniem jest terapia HSDD: flibanseryna oraz bremelanotyd zarejestrowane w Stanach Zjednoczonych, niedostępne w Polsce ^{28,29}. Inną opcją, która może być stosowana off-label jest bupropion - lek przeciwdepresyjny, który może być używany w leczeniu braku popędu seksualnego.

Zestawienie stosowanych produktów leczniczych przedstawia tabela nr 1.

Leczenie farmakologiczne zespołu obniżonego popędu seksualnego (HSDD)				
Lek	Dostępny w Polsce	Droga podania	Karmienie piersią	Przeciwwskazania
Bupropion	Tak	Doustna	Mała liczba badań klinicznych. Nie wykazano efektów ubocznych. Możliwe po rozważeniu korzyści i zagrożeń	Występujące aktualnie napady drgawkowe, nowotwory OUN, ciężka marskość wątroby, bulimia, jadłowstręt, stosowanie inhibitorów MAO
Flibasneryna	Nie	Doustna	Przeciwwskazane	Niewydolność wątroby, stosowanie inhibitorów CYP3A4, w czasie kuracji nie wolno spożywać alkoholu
Bremelanotyd	Nie	Podskórna	Brak badań. Możliwe po rozważeniu korzyści i zagrożeń	Niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, choroby serca

Tabela S1. Zestawienie stosowanych produktów leczniczych stosowanych w leczeniu zespołu obniżonego popędu seksualnego.

Table S1. Compilation of Pharmaceutical drugs used in the treatment of hypoactive sexual desire disorder.

W okresie laktacji i karmienia piersią stosowanie leków jest trudniejsze, gdyż wiele z nich nie zostało ze względów etycznych przebadanych pod kątem bezpieczeństwa stosowania u kobiet karmiących.

Biorąc pod uwagę, że powrót do aktywności seksualnej po porodzie może zająć u zdrowej kobiety nawet kilka miesięcy, zasadnym jest stosowanie leków u kobiet, które długo po porodzie nie wracają do seksu i powoduje to u nich dyskomfort psychiczny. Przed

wszystkim powinno się wykluczyć inne przyczyny braku lub spadku libido takie jak depresja, dyspareunia, suchość pochwy czy inne stosowane leki³⁰.

Flibanseryna

Flibanseryna stosowana jest w leczeniu obniżenia popędu seksualnego u kobiet, które nie przeszły jeszcze menopauzy. Została zarejestrowana przez amerykańską Agencję Żywności i Leków - Food and Drug Administration (FDA) w 2015 roku. Jest stosowana doustnie w dawce 100 mg raz dziennie przed snem. Najczęściej występujące działania niepożądane to: zawroty głowy, senność, zmęczenie i mdłości. Z powodu efektów ubocznych należy stosować lek przed snem.²⁹ Niestety mogą one utrudnić opiekę nad dzieckiem w nocy. Nie powinna być łączona z alkoholem, zlecana pacjentom z niewydolnością wątroby oraz zażywającymi inhibitory CYP3A4.

W charakterystyce produktu leczniczego wydanego przez FDA (prescribing information) zawarto informację, że podczas badań na zwierzętach lek został oznaczony w mleku szczurzym. Nie jest znane przechodzenie leku do mleka u ludzi jak i wpływ na dzieci karmione piersią. Z tych powodów niewskazana jest terapia podczas karmienia piersią³¹.

Bremelanotyd

Kolejnym lekiem jest bremelanotyd zarejestrowany w 2019 roku przez FDA³². Podawany jest podskórnym za pomocą autostrzykawką, co może być mniej akceptowalne przez pacjentki. Lek przyjmuje się nie wcześniej niż 45 minut przed planowanym stosunkiem w dawce 1,75 mg. Jest dobrze tolerowany, a do najczęstszych objawów ubocznych należą: nudności (zwłaszcza na początku terapii), uderzenia gorąca, bóle głowy oraz miejscowe reakcje alergiczne. W trakcie terapii można spożywać alkohol. Przeciwwskazaniami do stosowania są niekontrolowane nadciśnienie tętnicze oraz choroby serca. Konieczność zaplanowania zbliżeń może stanowić pewien problem dla par^{28,33}.

Bremelanotyd jest nowym lekiem, dlatego nie ma jeszcze dostępnych wielu danych na temat bezpieczeństwa stosowania podczas karmienia piersią³³. Lek jest cyklicznym peptydem o masie molekularnej 1025. Można przypuszczać, że ilość leku wydzielanego do mleka będzie bardzo mała, a absorpcja przez dziecko również będzie minimalna, ponieważ lek jako białko zostanie strawiony do aminokwasów w przewodzie pokarmowym. Zaletą uwzględniającą karmienie piersią jest okazjonalne przyjmowanie leku - nie w stałej terapii. Prescribing

information wydana przez FDA informuje o konieczności uwzględnienia korzyści dla matki i zagrożeń dla dziecka³³.

Bupropion

Bupropion poprawia libido nawet u kobiet bez objawów depresji²⁵. Metaanaliza przeprowadzona przez Razali i wsp. opublikowana w *Current Neuropharmacology* w 2022, wykazała, że bupropion może być stosowany do leczenia HSDD w skutecznej dawce wynoszącej 150 mg³⁴.

Przeciwwskazania do stosowania leku to występujące aktualnie napady drgawkowe, nowotwory ośrodkowego układu nerwowego, ciężka marskość wątroby, bulimia, jadłowstręt, stosowanie inhibitor monoaminooksydazy. Najczęstsze działania uboczne to bezsenność (należy unikać podawania leku wieczorem), ból głowy, suchość w jamie ustnej, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, w tym nudności i wymioty. Bupropion wydzielany jest z mlekiem matki³⁵. Jednakże w badaniach klinicznych z udziałem małej liczby matek i dzieci nie zaobserwowano efektów ubocznych u karmionych dzieci^{36,37}. Opisano przypadek pojawienia się drgawek u dziecka, którego matka stosowała bupropion³⁸. Wydaje się możliwe podawanie bupropionu karmiącym. Charakterystyka produktu leczniczego (ChPL) Wellbutrinu, zawierającego bupropion, dostępnego na polskim rynku informuje o uwzględnieniu korzyści dla matki i zagrożeń dla dziecka³⁹.

Leczenie obniżonego libido w przebiegu depresji lub depresji poporodowej

Musimy pamiętać, że częstym objawem depresji bądź depresji poporodowej jest między innymi spadek libido, a więc kobiety, które zgłaszają się z tym problemem, powinny być również diagnozowane pod ich kątem. Brak libido jest również czynnikiem prognostycznym pojawienia się depresji^{40,41}. Kobiety leczone z powodu depresji czy lęku lekami typu SSRI lub SNRI mogą mieć obniżone libido z powodu stosowanej terapii. W takich przypadkach zaleca się zmianę leku, zmniejszenie dawki, lub włączenie innego leku, w zależności od stanu klinicznego. Agomelatyna, bupropion, wenlafaksyna, moklobemid, trazodon i wortioksetyna powinny być w pierwszej kolejności brane pod uwagę w leczeniu depresji u osób z zaburzonym libido, u których celem leczenia jest również jego poprawa^{28,42-44}.

Moklobemid jest wskazywany jako lek poprawiający funkcje seksualną u osób z depresją. Opisany jest jeden przypadek nadmiernego pobudzenia seksualnego u osoby stosującej

moklobemid⁴⁵. Wpływ leku na karmione przez matki zażywające lek noworodki nie jest dobrze zbadany⁴⁶. Istnieją jedyne badania przeprowadzone na małej liczbie noworodków, przez krótki czas, które nie wykazały negatywnego wpływu na ich rozwój i zdrowie^{47,48}. ChPL preparatu Aurorix, który zawiera substancję czynną moklobemid i jest dopuszczony do sprzedaży w Polsce, również dopuszcza karmienie piersią po uwzględnieniu korzyści dla matki i zagrożeń dla dziecka⁴⁹.

Podsumowanie

Badania potwierdzają negatywny wpływ porodu na aktywność seksualną kobiet, a zaburzenia seksualne są częstym problemem, z których najczęściej odnotowywanym jest brak libido. Większość matek rozpoczyna ponownie życie seksualne w ciągu roku po porodzie, a średni czas w Polsce wynosi 3,43 miesiąca, co sugeruje, że zaburzenia te mają charakter przemijający co powinno być brane pod uwagę przy rozważaniu wdrożenia leczenia.

Karmienie piersią i uraz zwieracza odbytu spowodowany czynnikami położniczymi są niekorzystnymi czynnikami wpływającymi na funkcje seksualne. Nie wykazano natomiast wpływu na dysfunkcje seksualne wynikające z różnic między porodem przez cięcie cesarskie a naturalnym, nawet jeśli w trakcie porodu siłami natury doszło do pęknięcia lub nacięcia krocza. Zatem nie należy podejmować decyzji o sposobie zakończenia ciąży ze względu na wpływ na funkcje seksualne.

Metody pomocy kobietom z dysfunkcjami seksualnymi po porodzie zawiera rycina 1.

Metody pomocy kobietom z dysfunkcjami seksualnymi po porodzie.



Rysunek S1. Metody pomocy kobietom z dysfunkcjami seksualnymi po porodzie. Opracowanie własne.

Figure 1. Methods of helping women with sexual dysfunctions postpartum. Own elaboration.

Niefarmakologiczne metody leczenia obejmują kilka nurtów psychoterapeutycznych, z których najbardziej skuteczny jest mindfulness-based cognitive therapy oraz ćwiczenia fizyczne. Regularne uprawianie aktywności fizycznej przyczynia się do poprawy życia seksualnego, zwłaszcza jeśli chodzi o podniecenie seksualne, a także przynosi inne korzyści zdrowotne. Ponadto, są badania wykazujące, że ćwiczenia Kegla przez wzmocnienie mięśni dna macicy zwiększają satysfakcję seksualną.

Terapia farmakologiczna powinna być wdrażana po dokładnym rozważeniu korzyści i możliwych skutków ubocznych zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Do leków poprawiających libido u kobiet z zespołem braku popędu seksualnego należą flibanseryna oraz bremelanotyd dostępne na rynku amerykańskim, natomiast w Polsce dostępny jest tylko

jeden lek - bupropion, stosowany off-label. U kobiet z depresją i depresją poporodową rozsądne wydaje się stosowanie leków mniej wpływających na libido jak agomelatyna, bupropion, wenlafaksyna, moklobemid, trazodon i wortioksetyna.

U kobiet cierpiących na suchość pochwy, która występuje szczególnie u kobiet karmiących piersią można rozważyć stosowanie środków nawilżających, takich jak globulki, żele czy lubrykanty.

Ważne jest, aby lekarze opiekujący się kobietami po porodzie, ginekolodzy podczas wizyty poporodowej, sami poruszali temat dysfunkcji seksualnych i pytali pacjentki o ewentualne problemy. Wsparcie partnera jest ważnym czynnikiem poprawiającym życie seksualne kobiety.

Materiały dodatkowe

Tabela S1. Zestawienie stosowanych produktów leczniczych stosowanych w leczeniu zespołu obniżonego popędu seksualnego.

Table S1. Compilation of Pharmaceutical drugs used in the treatment of hypoactive sexual desire disorder.

Rysunek S1. Metody pomocy kobietom z dysfunkcjami seksualnymi po porodzie. Opracowanie własne.

Figure 1. Methods of helping women with sexual dysfunctions postpartum. Own elaboration.

Wkład autorski

Konceptualizacja: Igor Matkowski; metodologia: Igor Matkowski, Paula Bigos; zasoby: Jan Bieniasz, Wojciech Kuźnicki, Piotr Potyrała; pisanie - przygotowanie zgrubne: Jan Bieniasz, Paula Bigos, Konrad Dendys, Wojciech Kuźnicki, Piotr Potyrała; pisanie - recenzja i redakcja: Jan Bieniasz, Igor Matkowski, Konrad Dendys; nadzór: Igor Matkowski, Wojciech Kuźnicki. Wszyscy autorzy przeczytali i zgodzili się na opublikowaną wersję manuskryptu.

Oświadczenie o finansowaniu

Badanie to nie otrzymało żadnego zewnętrznego finansowania.

Oświadczenie instytucjonalnej komisji rewizyjnej

Nie dotyczy

Oświadczenie o świadomej zgodzie

Nie dotyczy

Oświadczenie o dostępności danych

Nie dotyczy

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorzy oświadczają, że badanie zostało przeprowadzone przy braku jakichkolwiek powiązań handlowych lub finansowych, które mogłyby być interpretowane jako potencjalny konflikt interesów.

Piśmiennictwo:

1. Andel T, Boer H, Towns A. Gynaecological, Andrological and Urological Problems: An Ethnopharmacological Perspective. In: *Ethnopharmacology*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015:199-212. doi:10.1002/9781118930717.ch18
2. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clin Proc*. 2018;93(4):467-487. doi:10.1016/j.mayocp.2017.11.002
3. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics and gynecology*. 2008;112(5):970-978. doi:10.1097/AOG.0b013e3181898cdb
4. Lew-Starowicz Z, Czajkowska K. Prevalence of sexual dysfunctions and associated risk factors in Poland. *Archives of Medical Science*. Published online July 22, 2019. doi:10.5114/aoms.2019.86794
5. Fuchs A, Czech I, Dulaska A, Drosdzol-Cop A. The impact of motherhood on sexuality. *Ginekol Pol*. 2021;92(1):1-6. doi:10.5603/GP.a2020.0162
6. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJM, Sauer K. Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Postpartum Australian Women. *J Sex Med*. 2015;12(6):1415-1426. doi:10.1111/jsm.12901
7. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J*. 2016;27(10):1513-1523. doi:10.1007/s00192-016-3015-7

8. Zyśk NDP. Wpływ macierzyństwa na seksualność kobiet. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2015;42.
9. Bracken JN, Dryfhout VL, Goldenhar LM, Pauls RN. Preferences and concerns for delivery: an antepartum survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(11):1527-1531. doi:10.1007/s00192-008-0680-1
10. Cai L, Zhang B, Lin H, Xing W, Chen J. Does vaginal delivery affect postnatal coitus? *Int J Impot Res*. 2014;26(1):24-27. doi:10.1038/ijir.2013.25
11. Saleh DM, Hosam F, Mohamed TM. Effect of mode of delivery on female sexual function: A cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019;45(6):1143-1147. doi:10.1111/jog.13962
12. Alimi R, Marvi N, Azmoude E, Heidarian Miri H, Zamani M. Sexual function after childbirth: a meta-analysis based on mode of delivery. *Women Health*. 2023;63(2):83-96. doi:10.1080/03630242.2022.2158412
13. Ugwu EO, Dim CC, Eleje GU. Effects of mode of delivery on sexual functions of parturients in Nigeria: a prospective cohort study. *Int Urogynecol J*. 2021;32(7):1925-1933. doi:10.1007/s00192-020-04541-9
14. Fan D, Li S, Wang W, et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):408. doi:10.1186/s12884-017-1583-2
15. Nikolaidou E, Antoniou E, Sarella A, Iliadou M, Orovou E, Dagla M. The Effect of Type of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(7). doi:10.3390/healthcare10071212
16. Negrini R, da Silva Ferreira RD, Guimarães DZ. Value-based care in obstetrics: comparison between vaginal birth and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):333. doi:10.1186/s12884-021-03798-2
17. Agarwal SK, Kim J, Korst LM, Hughes CL. Application of the estrogen threshold hypothesis to the physiologic hypoestrogenemia of lactation. *Breastfeed Med*. 2015;10(2):77-83. doi:10.1089/bfm.2014.0030
18. Fuentealba-Torres M, Cartagena-Ramos D, Fronteira I, et al. What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ Open*. 2019;9(4):e025833. doi:10.1136/bmjopen-2018-025833
19. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sex Med Rev*. 2016;4(2):103-120. doi:10.1016/j.sxmr.2015.11.009

20. Maseroli E, Rastrelli G, Di Stasi V, et al. Physical Activity and Female Sexual Dysfunction: A Lot Helps, But Not Too Much. *J Sex Med.* 2021;18(7):1217-1229. doi:10.1016/j.jsxm.2021.04.004
21. Stanton AM, Handy AB, Meston CM. The Effects of Exercise on Sexual Function in Women. *Sex Med Rev.* 2018;6(4):548-557. doi:10.1016/j.sxmr.2018.02.004
22. Lolowang NL, Afyanti Y, Ungsianik T. Kegel's exercise to improve sexual self-efficacy in primiparous women. *Enferm Clin.* 2019;29:535-540. doi:10.1016/j.enfcli.2019.04.082
23. Golmakani N, Zare Z, Khadem N, Shareh H, Shakeri MT. The effect of pelvic floor muscle exercises program on sexual self-efficacy in primiparous women after delivery. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(3):347-353.
24. Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y. Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *Int Urogynecol J.* 2010;21(5):553-556. doi:10.1007/s00192-009-1077-5
25. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(1):114-128. doi:10.1016/j.mayocp.2016.09.018
26. Pyke RE, Clayton AH. Psychological Treatment Trials for Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Sexual Medicine Critique and Perspective. *J Sex Med.* 2015;12(12):2451-2458. doi:10.1111/jsm.13056
27. Edwards D, Panay N. Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause: how important is vaginal lubricant and moisturizer composition? *Climacteric.* 2016;19(2):151-161. doi:10.3109/13697137.2015.1124259
28. Krzystanek MKRCAPA. Farmakologiczne możliwości leczenia zaburzeń libido. *Psychiatria Spersonalizowana.* 2022;1/2022.
29. Pierrelus C, Carlson K. *Flibanserin.*; 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12383030>
30. Pachano Pesantez GS, Clayton AH. Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder Among Women: General Considerations and Pharmacological Options. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2021;19(1):39-45. doi:10.1176/appi.focus.20200039
31. Prescribing information produktu ADDYI wydana przez FDA: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2015/022526lbl.pdf.
32. Edinoff AN, Sanders NM, Lewis KB, et al. Bremelanotide for Treatment of Female Hypoactive Sexual Desire. *Neurol Int.* 2022;14(1):75-88. doi:10.3390/neurolint14010006
33. Prescribing information produktu VYLEESI wydana przez FDA: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2019/210557s000lbl.pdf.

34. Razali NA, Sidi H, Choy CL, Roos NAC, Baharudin A, Das S. The Role of Bupropion in the Treatment of Women with Sexual Desire Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Neuropharmacol*. 2022;20(10):1941-1955. doi:10.2174/1570159X20666220222145735
35. Huecker MR, Smiley A, Saadabadi A. *Bupropion*.; 2023.
36. Baab SW, Peindl KS, Piontek CM, Wisner KL. Serum bupropion levels in 2 breastfeeding mother-infant pairs. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(10):910-911. doi:10.4088/jcp.v63n1008
37. Briggs GG, Samson JH, Ambrose PJ, Schroeder DH. Excretion of bupropion in breast milk. *Ann Pharmacother*. 1993;27(4):431-433. doi:10.1177/106002809302700406
38. Chaudron LH, Schoenecker CJ. Bupropion and breastfeeding: a case of a possible infant seizure. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(6):881-882. doi:10.4088/jcp.v65n0622f
39. Charakterystyka produktu leczniczego Wellbutrin XR, 150 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu pobrana ze strony <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public> 13.07.2023.
40. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2012;9(6):1497-1507. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x
41. Zeleke BM, Bell RJ, Billah B, Davis SR. Hypoactive sexual desire dysfunction in community-dwelling older women. *Menopause*. 2017;24(4):391-399. doi:10.1097/GME.0000000000000767
42. Jing E, Straw-Wilson K. Sexual dysfunction in selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and potential solutions: A narrative literature review. *Ment Health Clin*. 2016;6(4):191-196. doi:10.9740/mhc.2016.07.191
43. Chokka PR, Hankey JR. Assessment and management of sexual dysfunction in the context of depression. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8(1):13-23. doi:10.1177/2045125317720642
44. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29(3):259-266. doi:10.1097/JCP.0b013e3181a5233f
45. Lauerma H. A case of moclobemide-induced hyperorgasmia. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995;10(2):123-124. doi:10.1097/00004850-199506000-00011
46. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation : practical recommendations. *CNS Drugs*. 2006;20(3):187-198. doi:10.2165/00023210-200620030-00002
47. Taylor T KD. Safety of moclobemide in pregnancy and lactation, four case reports. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. Published online 2008.

48. Buist A, Dennerstein L, Maguire KP, Norman TR. Plasma and human milk concentrations of moclobemide in nursing mothers. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 1998;13(8):579-582. doi:10.1002/(SICI)1099-1077(1998120)13:8<579::AID-HUP45>3.0.CO;2-4
49. Charakterystyka produktu leczniczego Aurorix 150 mg pobrana ze strony:<https://rejstrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public> 13.07.2023.